

Mein ERGO Unfallschutz

Versicherungsbedingungen KT2017U, Stand 01.03.2017

I. Allgemeine Bedingungen

1. Was leistet mein ERGO Unfallschutz?

- 1.1** Der ERGO Unfallschutz hilft, wenn die versicherte Person während der Wirksamkeit des Vertrages einen Unfall hat. Der ERGO Unfallschutz gilt weltweit, rund um die Uhr, im beruflichen und außerberuflichen Bereich. Wir unterstützen nach einem Unfall mit den vereinbarten Geld-, Hilfe- und Pflegeleistungen, um die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen des Unfalles zu mildern.
- 1.2** Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch
- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
 - unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.3** Als Unfall gilt bzw. gelten auch
- 1.3.1** wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.3.2** wenn die versicherte Person bei der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren, Sachen oder bei der rechtmäßigen Verteidigung gegen Angriffe Dritter eine bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.3.3** Gesundheitsschädigungen durch plötzlich einwirkende Gase, Dämpfe und andere flüchtige Stoffe.
- Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen bis zu sieben Tagen unvorhergesehen und unentrinnbar ausgesetzt war. Berufs- und Gewerkrankheiten sind ausgeschlossen.
- 1.3.4** tauchtypische Gesundheitsschäden
- 1.3.5** unfreiwillig erlittene Erfrierungen sowie der unfallbedingte Tod durch Erfrieren, Ersticken oder Ertrinken.
- 1.3.6** Bauch- und Unterleibsbrüche, die durch ein Unfallereignis eintreten.
- 1.3.7** Impfschäden
- Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsbeeinträchtigung.
- 1.4** Ein wichtiger Hinweis für Sie!
- Im Schadenfall berücksichtigen wir auch folgende Ziffern:
- Ziffer I.3: Was ist in welchem Umfang versichert?
 - Ziffer I.4: Was ist nicht bzw. nicht in vollem Umfang versichert?

- Ziffer I.5: Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

2. Wer ist versichert?

- 2.1** Alle Personen, die im Versicherungsschein als "versicherte Personen" genannt sind, sind versichert.
- Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Daher können nur Sie die Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausüben.
- 2.2** Kein Versicherungsschutz besteht für Pflegebedürftige mit einem Pflegegrad vier oder höher im Sinne der sozialen Pflegeversicherung.
- Sobald die versicherte Person in einen Pflegegrad vier oder höher eingestuft ist, endet für diese die Versicherung.

3. Was ist in welchem Umfang versichert?

Der ERGO Unfallschutz bietet unterschiedliche Leistungsarten, die je nach Bedarf vereinbart werden können. Sie werden im Folgenden aufgeführt.

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

3.1 Voraussetzungen für eine Kapitalleistung / Rentenleistung bei Invalidität

- 3.1.1** 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.
- 3.1.2** Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität
- Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall
- eingetreten und
 - von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.
- Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- 3.1.3** Geltendmachung der Invalidität
- Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.
- Versäumen Sie schuldhaft diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.
- 3.1.4** Gliedertaxe (Grad der Invalidität)

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit von Sinnesorganen oder Körperteilen gelten folgende 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 %
Anderer Zehe	2 %
Niere	20 %
Milz	10 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

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

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit - nach ausschließlich medizinischen Gesichtspunkten - insgesamt beeinträchtigt ist.

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion bereits vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um diese Vorinvalidität gemindert. Diese bemisst sich nach den vorstehenden Maßstäben.

Sind durch einen Unfall mehrere Körperteile oder Sinnesorgane dauerhaft betroffen, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade bis zu maximal 100 % zusammengerechnet.

Maßgeblich für den festzustellenden Grad der Invalidität ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres (bzw. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des fünften Jahres) nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für die spätere Neubemessung der Invalidität (Ziffer I.3.1.5).

3.1.5 Neubemessung des Grades der Invalidität

Sie und wir können den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen lassen.

Bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht,
- oder von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die neue Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, verzinsen wir den Mehrbetrag mit 5 % jährlich.

3.1.6 Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall,
- oder
- gleichgültig aus welcher Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Leistung entstanden, so leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Leistung aus der Invalidität.

3.2 Kapitalleistung bei Invalidität

Wir zahlen einen Kapitalbetrag, wenn eine Invalidität gemäß Ziffer I.3.1 (siehe auch Ziffer I.5) vorliegt. Bei vollständiger Invalidität zahlen wir die volle Versicherungssumme. Bei Teilinvalidität zahlen wir den dem Invaliditätsgrad entsprechenden Teil der Versicherungssumme.

3.3 Rentenleistung bei Invalidität

- nicht vereinbart

3.4 Verletzungsgeld

- nicht vereinbart

3.5 Krankenhaus-Tagegeld

- nicht vereinbart

3.6 Rooming-in-Leistung

- entfällt

3.7 Tagegeld

- nicht vereinbart

3.8 Todesfalleistung

- nicht vereinbart

3.9 Kosten für kosmetische Operationen

Ändert sich unfallbedingt das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person, zahlen wir die Kosten für die ärztliche Behandlung. Bei unfallbedingtem Verlust bzw. Teilverlust von Schneide- oder Eckzähnen zahlen wir die zahnärztlichen Behandlungs- und Zahnersatzkosten. Die Kosten übernehmen wir insgesamt bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Die Maßnahme muss innerhalb von fünf Jahren ab dem Unfalltag bzw. bei Minderjährigen bis zum 21. Geburtstag erfolgen.

Erbringen Dritte hierfür Leistungen, entfällt für diesen Teil unsere Leistungspflicht.

3.10 Rettungs- und Bergungskosten

3.10.1 Wir zahlen nach einem Unfall der versicherten Person bis zur vereinbarten Versicherungssumme die Kosten für

- Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, auch wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war,
- einen ärztlich angeordneten Transport zum Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik,
- den notwendigen Mehraufwand zur Rückkehr an den ständigen Wohnsitz,
- eine Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen,
- die Überführung an den letzten Wohnsitz bei unfallbedingtem Tod.

3.10.2 Bei Unfällen im Ausland ersetzen wir zusätzlich bis zur vereinbarten Versicherungssumme

- Dolmetscherkosten
- die Heimfahrt- und Unterbringungskosten für mitreisende Partner und Kinder,
- bei unfallbedingtem Tod die Kosten für die Bestattung im Ausland oder die Überführungskosten zum letzten ständigen Wohnsitz im Inland.

3.10.3 Erbringen Dritte hierfür Leistungen, entfällt für diesen Teil unsere Leistungspflicht.

3.11 Familien-Plus

3.11.1 Heiraten Sie oder die versicherte Person, ist der hinzukommende Ehepartner ab diesem Tag sechs Monate lang mitversichert.

Das gilt auch für durch Geburt, Adoption oder durch Heirat hinzukommende minderjährige Kinder.

Es gelten dafür folgende Versicherungssummen:

Kapitalleistung bei Invalidität	50.000 Euro
Todesfallleistung	5.000 Euro
Krankenhaus-Tagegeld	
- im Inland	10 Euro
- im Ausland	20 Euro
Rettungs- und Bergungskosten	
- im Inland	25.000 Euro
- im Ausland	50.000 Euro

Mögliche Leistungserweiterungen, wie z. B. Mehrleistungen, Progressionen und verbesserte Gliedertaxen (siehe Ziffern III.1 bis III.4, III.7 und III.11), gelten hier nicht.

3.11.2 Melden Sie uns die Geburt, Adoption oder Heirat innerhalb von sechs Monaten, verlängert sich der Versicherungsschutz auf zwölf Monate.

3.12 Treue-Plus

3.12.1 Für Unfälle, die nach dem zweiten Versicherungsjahr der versicherten Person eintreten, erhöhen sich im Versicherungsfall die Kapitalleistung/Rentenleistung bei Invalidität oder die Todesfallleistung um die im Geschäftsbericht der ERGO Versicherung AG aufgeführten Gewinnanteile.

3.12.2 Erhöhte Kapitalleistungen aus Mehrleistung/Progression (siehe Ziffern III.1 bis III.4) sowie die Verdoppelung der Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von 90 % (siehe Ziffern III.5 bis III.6) unterliegen nicht der Gewinnbeteiligung.

3.12.3 Die Höhe der Gewinnanteile legen wir im Voraus jeweils für die in einem Kalenderjahr eintretenden Unfälle in Prozenten der gewinnberechtigten Versicherungsleistungen fest. Sie richtet sich nach der Anzahl der bis zum Eintritt des Unfallereignisses abgelaufenen Jahre, in denen für die versicherte Person bei uns eine Unfallversicherung mit Gewinnbeteiligung bestanden hat. Wir nennen sie in den jeweiligen Geschäftsberichten immer für drei Jahre im Voraus.

Die Gewinnbeteiligung wird zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt.

Ein wichtiger Hinweis für Sie!

Die Gewinnanteile sind nicht garantiert. Sie können daher auch wieder reduziert werden.

4. Was ist nicht bzw. nicht in vollem Umfang versichert?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle:

4.1.1 Wir leisten nicht bei Unfällen der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese

- beim Führen von Kraftfahrzeugen mit einer Blutalkoholkonzentration von mindestens 1,1 Promille eintreten oder
- auf der Einnahme von sonstigen Drogen oder Rauschmitteln beruhen.

4.1.2 Wir leisten nicht bei Unfällen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat versucht oder ausführt.

4.1.3 Wir leisten nicht bei Unfällen der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des sieben Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch ABC-Waffen,
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

4.1.4 Wir leisten nicht bei Unfällen der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
- bei einer mithilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

4.1.5 Wir leisten nicht bei Unfällen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Auch die dazugehörigen Übungsfahrten sind ausgeschlossen.

4.1.6 Wir leisten nicht bei Unfällen der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschädigungen:

4.2.1 Gesundheitsschäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen oder Gehirnblutungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versichert sind diese Gesundheitsschäden jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer I.1.2 die überwiegende Ursache ist.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Maser-, Laser- oder künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Diese dürfen aber nicht Folgen des regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden

genden Apparaturen sein. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.

- 4.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versichert sind diese Gesundheitsschäden jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis veranlasst waren. Dies gilt auch für strahlendiagnostische und -therapeutische Maßnahmen.

- 4.2.4 Infektionen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versichert sind jedoch

- durch Zeckenstich übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Borreliose, wenn die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen des Versicherungsschutzes ausbricht. Für die durch Zeckenstich übertragenen genannten Infektionskrankheiten beginnen die in Ziffer I.3.1.2 genannten Fristen für eine Kapitalleistung/Rentenleistung bei Invalidität nicht mit dem Unfalltag (Zeckenstich), sondern mit der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.

- Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person verursacht sind, wenn diese durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis veranlasst wurden.
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind.

Ausgeschlossen bleiben Infektionen durch Insektenstiche/-bisse oder durch sonstige geringfügige Haut-/Schleimhautverletzungen.

- 4.2.5 Vergiftungen durch Nahrungs- oder Genussmittel sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz für Vergiftungen durch Genussmittel besteht jedoch, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Vergiftung das zehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

- 4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Dies gilt auch, wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Versicherungsschutz besteht jedoch für solche krankhaften Störungen, die durch unfallbedingte organische Verletzungsfolgen hervorgerufen werden.

5. Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens

- bei Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- in allen anderen Fällen die Leistung.

Wir verzichten darauf, wenn der Anteil unter 50 % liegt.

6. Welche Pflichten bestehen im Versicherungsfall?

- 6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, muss die versicherte Person schnellstmöglich einen Arzt hinzuziehen und seine Anordnungen befolgen. Sie müssen uns unverzüglich über den Unfall informieren.

Erschienen die Unfallfolgen zunächst geringfügig oder wurde davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, ist die Information so schnell wie möglich nachzuholen.

- 6.2 Wir schicken Ihnen eine Unfall-Schadenanzeige. Diese müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurückschicken. Wenn wir Sie um weitere Informationen bitten, müssen Sie uns diese geben.

- 6.3 Falls wir eine medizinische Beurteilung benötigen, können wir Ärzte beauftragen, von denen sich die versicherte Person untersuchen lassen muss. Wir tragen die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalls.

Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, müssen ermächtigt werden, uns alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden.

- 6.4 Hat der Unfall den Tod zur Folge, muss uns dies innerhalb von 48 Stunden gemeldet werden. Dies gilt auch, wenn uns der Unfall schon gemeldet war. Wir können eine Obduktion verlangen.

7. Welche Folgen hat die Verletzung von Pflichten?

- 7.1 Sie verlieren Ihren Versicherungsschutz, wenn Sie die genannten Pflichten vorsätzlich verletzen.

- 7.2 Bei grober Fahrlässigkeit können wir die Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Pflichten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

- 7.3 Verletzen Sie eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungspflichten, kann der Versicherungsschutz vollständig oder teilweise entfallen. Voraussetzung hierfür ist, dass wir Sie mit einer gesonderten Mitteilung in Textform auf diese Folge hingewiesen haben.

- 7.4 Ihr Versicherungsschutz bleibt bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Pflichtverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Pflichten arglistig verletzt haben.

8. Wann sind die Leistungen fällig?

- 8.1 Die Leistungen sind fällig, wenn uns alle für die Leistungsprüfung benötigten und von uns angeforderten Nachweise vollständig vorliegen. Dann erklären wir in Textform

- beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten,
 - bei allen anderen Leistungen innerhalb von einem Monat,
- ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei der Kapital- und Rentenleistung bei Invalidität zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

- 8.2 Wir leisten innerhalb von zwei Wochen, nachdem wir den Anspruch anerkannt oder uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt haben.

- 8.3 Wir übernehmen ärztliche Gebühren zur Begründung des Leistungsanspruches.
- 8.4 Auf Ihren Wunsch zahlen wir einen angemessenen Vorschuss auf die Kapitalleistung bei Invalidität, wenn die Leistungspflicht zumindest dem Grunde nach feststeht.
- 8.5 Auch nach Feststellung des Invaliditätsgrades können Sie oder wir eine Neubemessung vornehmen lassen (siehe Ziffer I.3.1.5).
- 8.6 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

9. Was muss ich bei meiner Beitragszahlung beachten?

- 9.1 Den Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Allerdings nicht vor dem im Versicherungsschein genannten Beginn Ihrer Versicherung.

Mögliche Folgen bei einer verspäteten Zahlung:

Zahlen Sie zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst dann. Wir können vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Beides gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf die beschriebenen Rechtsfolgen aufmerksam gemacht haben.

- 9.2 Alle weiteren Beiträge sind, je nach Zahlungsweise, zu Beginn des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

Mögliche Folgen bei einer verspäteten Zahlung:

Zahlen Sie nicht rechtzeitig, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug. Dies gilt nicht, soweit Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir sind berechtigt, Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen zu bestimmen. Diese Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern. Zusätzlich müssen die nachfolgenden Rechtsfolgen, die mit dem Fristablauf verbunden sind, angegeben werden.

Sind Sie nach der Frist von 2 Wochen noch in Zahlungsverzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag fristlos kündigen. Beide Rechtsfolgen gelten nur, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen haben. Haben wir den Vertrag gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

- 9.3 Im Lastschriftverfahren gilt: Die Zahlung ist rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie einer berechtigten Abbuchung nicht widersprechen.

Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, gilt: Die Zahlung ist noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

10. Warum und wann können sich die Leistungen bzw. Beiträge ändern?

Mit zunehmenden Alter erhöht sich das Unfallrisiko. Nachstehend sind die Altersgrenzen aufgeführt, bei denen sich die Leistungen bzw. die Beiträge ändern.

10.1. Volljährigkeit der mitversicherten Kinder im ERGO Unfallschutz

- entfällt

10.2. Vollendung des 27. Lebensjahres

- entfällt

10.3. Vollendung des 70. Lebensjahres

- 10.3.1 Nach Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt zu Beginn des neuen Versicherungsjahres eine Vertragsänderung. Zu diesem Zeitpunkt entfallen folgende Unfall-Assistenzleistungen und Leistungserweiterungen – sofern sie bis dahin vereinbart sind:

- Unfall-Assistenzleistungen SofortHilfe Aktiv (siehe Ziffer II.1),
- Unfall-Assistenzleistungen RehaHilfe Aktiv (siehe Ziffer II.2),
- Mehrleistung 50, 75 und 90 Prozent (siehe Ziffer III.1),
- Progression 400 Prozent (siehe Ziffer III.2),
- Progression 500 Prozent (siehe Ziffer III.3),
- Progression 600 Prozent (siehe Ziffer III.4),
- Rentenleistung bei Invalidität ab 90 Prozent (siehe Ziffer III.5),
- Rentenleistung bei Invalidität ab 35 und 90 Prozent (siehe Ziffer III.6),
- Verbesserte Gliedertaxe (siehe Ziffer III.7),
- Dynamik 3 Prozent (siehe Ziffer III.8),
- Dynamik 6 Prozent (siehe Ziffer III.9).

Ist bei Selbstständigen das Tagegeld (siehe auch Ziffer III.7) vom 1. bis 28. Tag vereinbart, wird das Tagegeld nach Vollendung des 70. Lebensjahres in ein Tagegeld für Nichtselbstständige vom 43. bis 365. Tag geändert.

Der Beitrag wird neu berechnet.

- 10.3.2 Wir informieren Sie mindestens zwei Monate vor dem Umstellungstermin. Innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung können Sie den Vertrag zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.

11. Wie lange läuft mein Vertrag und wann kann ich ihn beenden?

- 11.1 Die vereinbarte Vertragslaufzeit finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

- 11.2 Beträgt sie mindestens ein Jahr, verlängert sich Ihr Vertrag um ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir ihn nicht mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit oder zum Ablauf jedes Folgeversicherungsjahres in Textform kündigen. Bei einer Laufzeit von mehr als drei Jahren können Sie bereits zum Ablauf des dritten Jahres kündigen. Eine Kündigung ist fristgerecht, wenn sie uns drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf zugegangen ist.

- 11.3 Ist der Versicherungsfall eingetreten, können Sie oder wir den Vertrag kündigen, wenn wir geleistet haben. Gleiches gilt, wenn Sie gegen uns eine Klage auf Leistung erheben. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird die Kündigung sofort nach Zugang bei uns wirksam. Sie können aber bestimmen, dass die

- Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird – spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres. Kündigen wir, wird die Kündigung einen Monat nach Zugang bei Ihnen wirksam.
- 11.4 Nach Ihrem Tod führen wir für nach dem Kindertarif mitversicherte minderjährige Kinder den Unfallvertrag beitragsfrei fort. Dies erfolgt bis zum Beginn des neuen Versicherungsjahres nach Vollendung des 18. Lebensjahres.
- Die Voraussetzungen für die beitragsfreie Fortführung sind, dass Sie
- bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - der Unfallvertrag nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Selbstmord oder Kriegereignisse verursacht wurde.
- Zum Beginn des neuen Versicherungsjahres nach Vollendung des 18. Lebensjahres erlischt der Unfallschutz für das mitversicherte Kind automatisch
- 12. Welche Anzeigepflichten habe ich bei Vertragsabschluss? Welche Folgen hat eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht?**
- 12.1 Stellen wir in Textform Fragen zu Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umständen, müssen Sie uns diese bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform beantworten. Ihre Antworten müssen richtig und vollständig sein.
- Das gleiche gilt, wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung aber vor unserer Vertragsannahme Fragen stellen.
- Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die richtige und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an Sie gestellten Fragen verantwortlich.
- Wenn eine vertretungsberechtigte 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.
- 12.2 Sind Ihre Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen unrichtig oder unvollständig, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt zu haben.
- Verletzen Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig, besteht auch dann kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- Treten wir vom Vertrag zurück, besteht kein Versicherungsschutz.
- Treten wir erst nach Eintritt des Versicherungsfalles vom Vertrag zurück, besteht unsere Leistungspflicht weiterhin. Dafür müssen Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.
- Wir müssen nicht leisten, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

- Uns steht der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 12.3 Verletzen Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig, können wir jedoch den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- 12.4 Haben Sie die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt, können wir den Vertrag ändern, wenn wir diesen bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätten. Kommt es zu einer Vertragsänderung, können wir verlangen, dass die anderen Bedingungen rückwirkend ab Vertragsschluss gelten. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab dem laufenden Versicherungsjahr Vertragsbestandteil.
- Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag jedoch um mehr als 10 %, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos in Textform kündigen. Gleiches gilt, wenn wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- 12.5 Die Rechte nach den Ziffern I.12.2 bis I.12.4 stehen uns nur dann zu, wenn wir sie innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht erfahren. Bei der Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die sich unsere Erklärung stützt. Wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung angeben, sofern für diese die Frist von einem Monat nicht verstrichen ist. Außerdem müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- 12.6 Unsere Rechte nach den Ziffern I.12.2 bis I.12.4 sind jeweils dann ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte nach den Ziffern I.12.2 bis I.12.4. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
- 13. Anfechtung**
- Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 14. Was gilt, wenn sich die berufliche Situation der versicherten Person ändert?**
- 14.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit und dem damit verbundenen Unfallrisiko der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser in den Antragsunterlagen enthaltenes Berufsgruppenverzeichnis.
- Wenn sich die Berufstätigkeit der versicherten Person ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.
- Erhöht sich das Unfallrisiko durch die Änderung der Berufstätigkeit, reduzieren sich die Versicherungssummen. Diese berechnen wir nach dem bei Vertragsschluss gül-

tigen Tarif. Die neuen Versicherungssummen gelten nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Der Beitrag bleibt gleich.

Sinkt das Unfallrisiko durch die Änderung der Berufstätigkeit, erhöhen sich die Versicherungssummen. Diese berechnen wir nach dem bei Vertragsschluss gültigen Tarif. Die neuen Versicherungssummen gelten, sobald uns Ihre Erklärung zugeht – spätestens nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Der Beitrag bleibt gleich.

Die jeweiligen Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch außerberufliche Unfälle.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder reduziertem Beitrag fort, sobald uns Ihre Erklärung in Textform zugegangen ist.

14.2 Fortfall der Selbstständigkeit

14.2.1 Als selbstständig gilt jede hauptberuflich gewerbliche, freiberufliche oder sonstige selbstverantwortliche Berufstätigkeit auf eigenes finanzielles und soziales Risiko.

14.2.2 Ist die versicherte Person nicht mehr selbstständig, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Besondere Regelungen für Selbstständige für diese versicherte Person entfallen ab dem Zeitpunkt, ab dem sie nicht mehr selbstständig ist.

Besondere Regelungen für Selbstständige finden Sie in den:

- Unfall-Assistenzleistungen SofortHilfe Aktiv (siehe Ziffer II.1),
- Unfall-Assistenzleistungen RehaHilfe Aktiv (siehe Ziffer II.2),

II. Unfall-Assistenzleistungen

Die folgenden Unfall-Assistenzleistungen gelten nur, wenn sie ausdrücklich vereinbart worden sind.

1. Unfall-Assistenzleistungen SofortHilfe Aktiv

1.1. Was leistet unsere SofortHilfe?

Wir bieten nach einem Unfall einen Beratungsservice sowie einen Unfallmanager, einen Unfall-Mobilitäts-Service, Leistungen für haushaltsnahe Hilfen sowie Pflegeleistungen. Diese Leistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

Für uns übernehmen dies qualifizierte Dienstleister.

1.2. Welche Leistungen erbringen wir wann und in welcher Höhe?

1.2.1 Beratungsservice

Wir stellen nach einem Unfall unter einer gebührenfreien Rufnummer einen medizinisch geschulten Ansprechpartner zur Verfügung. Dieser berät im Rahmen einer Situationsanalyse über wichtige Themen rund um den Unfall. Dazu gehören je nach Bedarf z. B. Diagnose- und Behandlungsmethoden, eine ärztliche Zweitmeinung oder die Nennung von kompetenten Dienstleistern.

Ist bei Selbstständigen das Tagegeld (siehe Ziffer I.3.7) vom 1. bis 28. Tag vereinbart, wird das Tagegeld bei Wegfall der Selbstständigkeit in ein Tagegeld für Nichtselbstständige vom 43. bis 365. Tag geändert.

15. Wann verjähren Ansprüche aus dieser Versicherung?

Die Ansprüche verjähren in drei Jahren. So regelt es das Bürgerliche Gesetzbuch. Wurde ein Anspruch bei uns angemeldet, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16. Welches Recht gilt, und welches Gericht ist zuständig?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht. Wenn Sie etwas gerichtlich mit uns klären möchten, können Sie Ihre Klage an folgenden Gerichtsständen erheben: unseren Firmensitz oder den Sitz der für Ihren Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung, das Gericht Ihres Wohnsitzes zum Zeitpunkt der Klageerhebung bzw. Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsorts. Haben wir etwas mit Ihnen gerichtlich zu klären, ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz bzw. Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Weiterhin informieren wir über unsere vertraglichen Serviceleistungen und stimmen mit Ihnen ab, welche dieser Leistungen benötigt werden.

1.2.2 Unfall-Mobilitäts-Service

Führt ein Unfall bei der versicherten Person zu einer der folgenden Verletzungen

- Splitter- und Schnittverletzung im Auge,
- Knochenbruch (nicht Nasenbeinbruch oder einzelner Finger-/Zehenbruch),
- Zerreißen an Muskeln (nicht Muskelfaserrisse), Bändern, Sehnen, Kapseln

oder

- hat ein Unfall aus medizinischen Gründen zu einer vollstationären Heilbehandlung von mindestens sieben Tagen geführt, bieten wir Fahrdienste. Die Leistungen bekommt die versicherte Person innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall bis zu sechs Monate ab der erstmaligen Inanspruchnahme. Tage der vollstationären Behandlung rechnen wir nicht an.

Wir organisieren und zahlen folgende Fahrdienste zum und vom ständigen Wohnsitz für die versicherte Person:

- Fahrt nach Krankenhausentlassung/ambulanter Erstbehandlung,
- Fahrdienst zur Krankengymnastik, Rehamaßnahme und ambulanten Weiterbehandlung,
- Hin- und Rückfahrt zum Kur- und Rehaaufenthalt,
- Zubringdienst für bereits gebuchte Urlaubsfahrten,
- Fahrten zu ehrenamtlichen Tätigkeiten, zur Arbeitsstelle, zu vorher geplanten Veranstaltungen (z. B. Familienfeiern, Konzerte, Sportveranstaltungen).

Wir organisieren und zahlen folgende Fahrdienste für die Kinder der versicherten Person, die im gleichen Haushalt leben und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

- zum Kindergarten oder zur Kindertagesstätte, Tagesmutter und Schule,
- zu Vereinen, in denen das Kind Mitglied ist,
- zu entgeltlichen Kursen und Unterrichtsstunden,
- zu Arztterminen, zu ärztlich verordneten Anwendungen und zurück.

Darüber hinaus organisieren und übernehmen wir die Kosten für Besuche von Ehe-/Lebenspartnern und/oder minderjährigen Kindern der versicherten Person, die sich in einer stationären Heilbehandlung bzw. Rehamaßnahme befindet. Voraussetzung dafür ist, dass die stationäre Heilbehandlung bzw. Rehamaßnahme mindestens 50 km entfernt vom Erstwohnsitz der versicherten Person durchgeführt wird. Die Besuche können an Wochenenden (samstags/sonntags) – maximal für sechs Monate – erfolgen.

Wir zahlen für alle Fahrdienste je Unfallereignis insgesamt bis zu 2.500 Euro.

Nur bei Selbstständigen:

Zusätzlich erbringen wir für die versicherte selbstständige Person Fahrdienste für Mitarbeiter. Wir organisieren und zahlen Fahrten der Mitarbeiter des versicherten Selbstständigen für geschäftliche Besprechungen zum Aufenthaltsort des versicherten Selbstständigen

- an seinem Wohnsitz,
- zur stationären Erstbehandlung oder
- zu Rehamaßnahmen.

1.2.3 Haushaltsnahe Hilfen

Führt ein Unfall bei der versicherten Person zu einer Hilfebedürftigkeit, stellen wir haushaltsnahe Hilfen zur Verfügung. Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe benötigt wird.

Die Leistungen bekommt die versicherte Person innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall bis zu sechs Monate ab der erstmaligen Inanspruchnahme. Tage der vollstationären Behandlung rechnen wir nicht an.

Haushaltsnahe Hilfen für die versicherte Person sind:

- Menüservice
Täglich ein Mittagmenü für die versicherte Person sowie im Haushalt wohnende Ehe- oder Lebenspartner und Verwandte ersten Grades (Eltern/Kinder).
- Einkäufe und Besorgungen

Zweimal pro Woche bis zu jeweils zwei Stunden Einkauf von Waren des täglichen Bedarfs und Erledigung notwendiger Besorgungen, z. B. Beschaffung von Medikamenten, Lebensmitteln sowie deren Unterbringung. Kosten für die Einkäufe übernehmen wir nicht.

- Wohnungsreinigung
Einmal pro Woche für maximal vier Stunden.
- Versorgung der Wäsche
Waschen, Trocknen und Bügeln einmal pro Woche für maximal fünf Stunden.
- Gartenpflege
Einmal pro Woche für maximal drei Stunden.
- Begleitung bei Arzt- und Behördengängen
Zweimal pro Woche im Umkreis von maximal 50 km vom ständigen Wohnsitz.
- Installation eines Hausnotrufes
Soweit die technischen Voraussetzungen vorhanden sind.
- Vermittlung einer Haustierbetreuung
Die Kosten der Betreuung übernehmen wir nicht
- Betreuung minderjähriger Kinder

Wir organisieren und zahlen die Betreuung der minderjährigen, im Haushalt der versicherten Person lebenden Kinder, sofern dies unfallbedingt nicht mehr gewährleistet werden kann. Diese Hilfeleistung wird innerhalb der drei Monate für höchstens 28 Tage gezahlt.

1.2.4 Pflegeleistungen

Führt ein Unfall bei der versicherten Person zu einer Hilfedürftigkeit, stellen wir die folgenden Pflegeleistungen zur Verfügung. Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe benötigt wird.

Die Leistungen bekommt die versicherte Person innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall bis zu sechs Monate ab der erstmaligen Inanspruchnahme. Tage der vollstationären Behandlung rechnen wir nicht an.

Pflegeleistungen für die versicherte Person sind:

- Pflegeberatung
Bis zu drei Stunden zur gesetzlichen Pflegeversicherung (Leistungsumfang und Antragstellung) und von zu notwendigen Hilfsmitteln.
- Leistungen der Grundpflege
Bis zu 21 Stunden wöchentlich. Hierzu gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, Hilfe bei Nahrungszubereitung und -aufnahme, Unterstützung beim Gang zur Toilette sowie bei der Durchführung von Gymnastikübungen.
- Einmalige Beratung für erforderliche Umbauten von Haus, Wohnung bzw. Kraftfahrzeug ohne Kostenübernahme für diese Umbaumaßnahmen.

- Haushaltsnahe Hilfen und Pflegeleistungen für Verwandte

Wir stellen haushaltsnahe Hilfen (gemäß Ziffer II.1.2.3) und die hier beschriebenen Pflegeleistungen auch für

pfllegebedürftige Ehe- oder Lebenspartner, Verwandte ersten Grades oder Schwiegereltern der versicherten Person zur Verfügung. Voraussetzung dafür ist, dass die zu pflegende Person zum Zeitpunkt des Unfalls mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt. Für die zu pflegende Person muss ein Pflegegrad im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellt worden sein. Die Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen wir so lange, wie die versicherte Person durch den Unfall hierzu nicht in der Lage ist, längstens jedoch bis zu sechs Monaten.

1.3. Was muss ich im Leistungsfall beachten?

Damit wir leisten können, benötigen wir umfassende Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Auch während der Leistungserbringung müssen uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitgeteilt werden. Wir können verlangen, dass der Anspruch auf Leistung durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird.

Werden von dritter Seite Leistungen erbracht, endet oder entfällt unsere Leistungspflicht – sofern es sich um Leistungen aus dem vorher beschriebenen Leistungsumfang handelt.

Die Leistungen müssen mindestens 24 Stunden vor der Leistungserbringung bestellt werden.

1.4. Was passiert mit Vollendung des 70. Lebensjahres?

Unsere Assistenzleistungen Soforthilfe Aktiv und damit auch die Beitragszahlungspflicht für diese Assistenzleistungen enden mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet. Leistungspflichten, die in der Zeit davor entstanden sind, bleiben davon unberührt.

1.5. Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädi-

gung oder deren Folgen mitgewirkt, schränken wir die Leistungen aus der Soforthilfe Aktiv nicht ein.

1.6. Wie ist das Verhältnis zwischen versicherter Person und Dienstleister?

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

Kosten für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person beauftragt haben, zahlen wir nicht, es sei denn, die Beauftragung erfolgte mit unserer ausdrücklichen Zustimmung.

1.7. In welchen Fällen können wir den Beitrag neu festsetzen?

Wir dürfen den Beitrag für die Soforthilfe neu festsetzen. Voraussetzung dafür ist, dass sich gegenüber den Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfes für die Erfüllung der Leistungen ergibt. Diese Veränderung darf nicht als vorübergehend anzusehen sein. Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn sie erforderlich ist, um die genannten Leistungen dauerhaft zu erfüllen.

Wir setzen den Beitrag dann entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres neu fest.

Erhöht sich der Beitrag, können Sie innerhalb eines Monats die Soforthilfe kündigen. Die Frist beginnt mit Zugang unserer Mitteilung. Sie können mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

2. Unfall-Assistenzleistungen RehaHilfe Aktiv

2.1. Was leistet unsere RehaHilfe Aktiv?

Wir bieten nach einem Unfall einen Beratungsservice, sowie einen Unfallmanager, Leistungen für Fitness und Physiotherapie, medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen sowie Leistungen zur Nachsorge. Zudem erstatten wir Kosten für behindertengerechten Umbau im privaten Umfeld im hierfür vereinbarten Rahmen.

Für uns übernehmen dies qualifizierte Dienstleister.

2.2. Welche Leistungen erbringen wir wann und in welcher Höhe?

2.2.1 Beratungsservice

Wir stellen nach einem Unfall unter einer gebührenfreien Rufnummer einen medizinisch geschulten Ansprechpartner zur Verfügung. Dieser berät im Rahmen einer Situationsanalyse über wichtige Themen rund um den Unfall. Dazu gehören je nach Bedarf z. B. Diagnose- und Behandlungsmethoden, eine ärztliche Zweitmeinung oder die Nennung von kompetenten Dienstleistern.

Weiterhin informieren wir über unsere vertraglichen Serviceleistungen und stimmen mit Ihnen ab, welche dieser Leistungen benötigt werden.

2.2.2 Fitness und Physiotherapie

Führt ein Unfall bei der versicherten Person zu einer der folgenden Verletzungen:

- Knochenbruch (nicht Nasenbeinbruch oder einzelner Finger-/Zehenbruch)
- Zerreißung an Muskeln (nicht Muskelfaserriss), Bändern, Sehnen, Kapseln (jeweils nicht an einzelnen Fingern bzw. Zehen)

oder

hat ein Unfall aus medizinischen Gründen zu einer vollstationären Heilbehandlung von mindestens sieben Tagen geführt,

erbringen wir Fitnessmaßnahmen/physiotherapeutische Maßnahmen.

Wir stellen auf unsere Kosten einen persönlichen Reha- oder Personal-Trainer zur Verfügung und bezahlen eine zwölfmonatige Mitgliedschaft in einem Fitness-Club.

Sie müssen den Anspruch auf die Leistungen innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall geltend machen. Die Fitnessmaßnahmen/physiotherapeutischen Maßnahmen

men müssen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall beginnen.

Wir zahlen für Fitnessmaßnahmen/physiotherapeutische Maßnahmen je Unfallereignis insgesamt bis zu 2.500 Euro.

2.2.3 Unterstützung durch einen Unfall-Manager

Unser Unfall-Manager unterstützt als Dienstleister bei Leistungen zur Rehabilitation (gemäß Ziffer II.2.2.4), und zu behindertengerechten Umbaumaßnahmen im privaten Umfeld (gemäß Ziffer II.2.2.5) bzw. zur Nachsorge (gemäß Ziffer II.2.2.6). Er berät zur medizinischen, schulischen/beruflichen und sozialen Rehabilitation und bietet eine enge persönliche Betreuung.

In der Rehabilitation erstellt er vor Ort eine Situationsanalyse und informiert über Therapie- und Rehabilitationsoptionen. Er erarbeitet in Abstimmung mit allen Beteiligten ein individuelles therapeutisches Reha-Konzept und begleitet den Versicherten bei der Umsetzung durch Kontakte mit Ärzten und Therapeuten. Soweit erforderlich, bietet er die Unterstützung bei der schulischen Wiedereingliederung, Vermittlung eines adäquaten Ausbildungsplatzes bzw. Hilfe bei der Wiederaufnahme der Arbeit.

Bei behindertengerechten Umbaumaßnahmen im privaten Umfeld nennt er mögliche Leistungsträger und unterstützt bei der Abstimmung der erforderlichen Umbaumaßnahmen auch mit dem Vermieter.

Bei der Nachsorge berät er zum Thema „Leben mit Einschränkungen“, zu Hilfsmitteln, Hilfsangeboten, Alternativtherapien und unterstützt bei der Auswahl geeigneter Sportangebote. Außerdem informiert er über mögliche Leistungen der Sozialversicherungen oder anderer Leistungsträger sowie über soziale Einrichtungen und Selbsthilfegruppen am Wohnort der versicherten Person.

2.2.4 Rehabilitation

Wir erbringen Rehabilitationsleistungen für die versicherte Person, wenn ein Unfall

- nach ärztlicher Einschätzung voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach Ziffer I.3.1 (siehe auch Ziffer I.5) von mindestens 20 % führt,

oder

- aus medizinischen Gründen zu einer vollstationären Heilbehandlung von mindestens 14 Tagen geführt hat.

Den Anspruch auf diese Leistungen müssen Sie innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Die Maßnahmen müssen innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall beginnen.

Wir vermitteln und beauftragen die notwendigen ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen und übernehmen deren Kosten. Indem wir die Situation an Ihrem Arbeitsplatz analysieren lassen, unterstützen wir Sie bei der Wiederaufnahme Ihrer Arbeit. Die Kosten von notwendigen beruflichen Wiedereingliederungs- und Umschulungsmaßnahmen tragen wir ebenfalls.

Wir unterstützen Sie auch bei der schulischen Wiedereingliederung des versicherten Kindes mit Maßnahmen zur Sicherung der Schulpflicht bzw. Sicherung des Schulabschlusses. Hierzu gehören z. B. die Vermittlung von Förderschulen oder die Vermittlung eines adäquaten Ausbildungsplatzes.

Für diese Rehabilitationsmaßnahmen zahlen wir je Unfallereignis insgesamt bis zu 25.000 Euro.

Nur bei Selbstständigen:

Zusätzlich unterstützen wir den versicherten Selbstständigen durch behindertengerechte Umbaumaßnahmen in seinem beruflichen Umfeld. Zu diesen Umbaumaßnahmen gehören

- Umbau oder Ersatzbeschaffung eines Firmenautos,
- Umbau oder Umzug am Arbeitsplatz inklusive aller Kommunikationsmittel,
- Umbau oder Beschaffung der Arbeits- und Betriebsmittel.

Ist eine Vertretung für den versicherten Selbstständigen erforderlich, erstatten wir die Kosten für Zeit-/Leiharbeitskräfte.

Für diese Maßnahmen sowie die Zeit-/Leiharbeitskräfte zahlen wir zusätzlich bis zu 25.000 EUR.

2.2.5 Kostenerstattung für behindertengerechten Umbau im privaten Umfeld

Wir helfen und unterstützen bei behindertengerechten Umbaumaßnahmen im privaten Umfeld (im Haus, in der Wohnung, am Kfz). Werden Umbaumaßnahmen im Mietobjekt erforderlich, unterstützen wir auch bei der Abstimmung mit dem Vermieter. Die entsprechenden Umbaukosten erstatten wir.

Wir zahlen hierfür je Unfallereignis insgesamt bis zu 25.000 Euro.

Wir erbringen diese Leistungen, wenn der Unfall voraussichtlich zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit nach Ziffer I.3.1 (siehe auch Ziffer I.5) von mindestens 40 % führt. Weitere Voraussetzung ist die medizinische Notwendigkeit einer behindertengerechten Wohnstätte bzw. eines behindertengerechten Kraftfahrzeuges für die versicherte Person.

2.2.6 Nachsorge

Wir leisten aus der Nachsorge, wenn ein Unfall zu einer abgerechneten Invalidität nach Ziffer I.3.1 (siehe auch Ziffer I.5) von mindestens 40 % führt. Wir bieten nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation folgende Leistungen:

- Unterstützung und Kostenübernahme bei der Auswahl geeigneter Sportangebote,
- Beratung und Kostenübernahme für Hilfsmittel, wie z. B. Sportprothesen, Rollstühle, Gehhilfen,
- Beratung und Kostenübernahme für Hilfsangebote, wie z. B. Logopädie, Ernährung,
- Beratung und Kostenübernahme zu sonstigen Alternativtherapien wie z. B. Schmerztherapien, Traumabehandlung,
- Hilfestellung und Beratung – auch für die Familienangehörigen – in allen Fragen zum Thema „Leben mit Einschränkungen“.

Wir zahlen für die Nachsorge je Unfallereignis insgesamt bis zu 25.000 Euro.

2.3 Was muss ich im Leistungsfall beachten?

Damit wir leisten können, benötigen wir umfassende Informationen über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Auch während der Leistungserbringung müssen uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitgeteilt werden. Wir können verlangen, dass

der Anspruch auf Leistung durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird.

Werden von dritter Seite Leistungen erbracht, endet oder entfällt unsere Leistungspflicht – sofern es sich um Leistungen aus dem vorher beschriebenen Leistungsumfang handelt.

2.4. Was passiert mit Vollendung des 70. Lebensjahres?

Unsere Assistenzleistungen RehaHilfe Aktiv und damit auch die Beitragszahlungspflicht für diese Assistenzleistungen enden mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet. Leistungspflichten, die in der Zeit davor entstanden sind, bleiben davon unberührt.

2.5. Wie ist das Verhältnis zwischen versicherter Person und Dienstleister?

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

Kosten für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person beauftragt haben, zahlen wir nicht, es sei denn,

die Beauftragung erfolgte mit unserer ausdrücklichen Zustimmung.

2.6. In welchen Fällen können wir den Beitrag neu festsetzen?

Wir dürfen den Beitrag für die RehaHilfe neu festsetzen. Voraussetzung dafür ist, dass sich gegenüber den Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfes für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt. Diese Veränderung darf nicht als vorübergehend anzusehen sein. Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn sie erforderlich ist, um die genannten Leistungen dauerhaft zu erfüllen.

Wir setzen den Beitrag dann entsprechend den berechtigten Berechnungsgrundlagen zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres neu fest.

Erhöht sich der Beitrag, können Sie innerhalb eines Monats die RehaHilfe Aktiv kündigen. Die Frist beginnt mit Zugang unserer Mitteilung. Sie können mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

III. Leistungserweiterungen

Die folgenden Leistungserweiterungen gelten nur, wenn sie ausdrücklich vereinbart worden sind.

1. Mehrleistung 50, 75 und 90 Prozent

- nicht vereinbart

2. Progression 400 Prozent

- nicht vereinbart

3. Progression 500 Prozent

- nicht vereinbart

4. Progression 600 Prozent

Sie haben mit uns ergänzend zu Ziffern I.3.1 und I.3.2 (siehe auch Ziffer I.5) eine Kapitaleistung bei Invalidität mit Progression vereinbart.

Progression 600 % bedeutet, dass sich ab einem bestimmten Invaliditätsgrad die Versicherungsleistung überproportional erhöht.

Die jeweilige Leistung nach dem Invaliditätsgrad entnehmen Sie bitte der nachstehenden Tabelle.

Die Progression 600 % entfällt zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

Unfall- bed. Inv.- Grad	Leistung aus der Vers.summe	Unfall- bed. Inv.- Grad	Leistung aus der Vers.summe	Unfall- bed. Inv.- Grad	Leistung aus der Vers.summe	Unfall- bed. Inv.- Grad	Leistung aus der Vers.sum- me
%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	26	29	51	131	76	284
2	2	27	33	52	137	77	293
3	3	28	37	53	143	78	302
4	4	29	41	54	149	79	311
5	5	30	45	55	155	80	320
6	6	31	49	56	161	81	329
7	7	32	53	57	167	82	338
8	8	33	57	58	173	83	347
9	9	34	61	59	179	84	356
10	10	35	65	60	185	85	365
11	11	36	69	61	191	86	374
12	12	37	73	62	197	87	383
13	13	38	77	63	203	88	392
14	14	39	81	64	209	89	401
15	15	40	85	65	215	90	410
16	16	41	89	66	221	91	429
17	17	42	93	67	227	92	448
18	18	43	97	68	233	93	467
19	19	44	101	69	239	94	486
20	20	45	105	70	245	95	505
21	21	46	109	71	251	96	524
22	22	47	113	72	257	97	543
23	23	48	117	73	263	98	562
24	24	49	121	74	269	99	581
25	25	50	125	75	275	100	600

5. Rentenleistung bei Invalidität ab 90 Prozent

- nicht vereinbart

6. Rentenleistung bei Invalidität ab 35 und 90 Prozent

- nicht vereinbart

7. Verbesserte Gliedertaxe

- nicht vereinbart

8. Dynamik 3 Prozent

- nicht vereinbart

9. Dynamik 6 Prozent

9.1. Sie haben mit uns eine dynamische Anpassung der Leistungen und Beiträge vereinbart. Dynamisch bedeutet, dass sich die Versicherungssummen für bestimmte Leistungsarten in Ihrem Vertrag jedes Jahr erhöhen, und zwar immer zum Beginn des Versicherungsjahres Ihres Vertrages.

9.2. Wir erhöhen die Versicherungssummen um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird – mindestens aber um 6 %.

9.3. Wir erhöhen die Versicherungssummen der nachstehenden Leistungsarten. Diese runden wir wie folgt auf. Für

- die Kapitalleistung/Rentenleistung bei Invalidität und die Todesfalleistung auf den vollen Euro,
- das Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld auf den Cent.

Durch diese neuen Versicherungssummen errechnet sich dann der neue Beitrag.

- Alle anderen versicherten Leistungsarten werden durch die Dynamik nicht erhöht.
- 9.4. Die Dynamik endet automatisch zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.
- 9.5. Rechtzeitig vor der Erhöhung schreiben wir Sie regelmäßig an. Wenn Sie die jeweilige Erhöhung nicht wünschen, können Sie dieser widersprechen. Sie können

dies innerhalb von sechs Wochen, nachdem Sie unsere Information erhalten haben, tun.

- 9.6. Falls Sie sich dazu entscheiden, dass Sie für den Rest Ihrer Vertragslaufzeit keine Erhöhung mehr wünschen, müssen Sie uns dies spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres mitteilen (Widerruf der Dynamik). Das gilt auch für den Fall, dass wir eine Dynamik widerrufen.

10. **Einschluss von medizinischen Infektionen**

- entfällt

11. **Verbesserte Gliedertaxe für Heilberufe**

- entfällt

12. **Einschluss von chemischen Infektionen**

- entfällt


Zusätzliche Leistungsvereinbarungen

Die folgenden zusätzlichen Leistungsvereinbarungen gelten nur, wenn sie ausdrücklich vereinbart worden sind.

Vorläufiger Versicherungsschutz

Bei mindestens einjähriger Vertragsdauer gilt Folgendes:

- A. Erfolgt die Antragstellung innerhalb des Monats vor dem beantragten Vertragsbeginn, so besteht ab dem ersten Tag nach Antragstellung vorläufiger Versicherungsschutz in Höhe der beantragten Versicherungssummen für die Unfallversicherung (Hauptvertrag).
- Erfolgt die Antragstellung nicht innerhalb des Monats vor dem beantragten Vertragsbeginn, sondern schon vorher, so besteht auch dann vorläufiger Versicherungsschutz in Höhe der beantragten Versicherungssummen für die Unfallversicherung, wenn Sie
- zur Zeit der Antragstellung noch bei einem anderen Versicherer unfallversichert sind,
 - diesen anderen Vertrag gekündigt haben und
 - zwischen Beendigungstermin dieses anderen Vertrages und späterem Versicherungsbeginn bei uns weniger als ein Monat liegt.
- Der vorläufige Versicherungsschutz besteht ab dem Tag der Beendigung des vorherigen Vertrages.
- Tritt während des vorläufigen Versicherungsschutzes ein Unfall ein, schicken Sie uns bitte zusammen mit Ihrer ersten Information einen Nachweis über den aufgehobenen Vorvertrag zu (z.B. Kündigungsbestätigung des Vorversicherers). Dadurch vermeiden Sie Verzögerungen in der Regulierung.
- B. Der vorläufige Versicherungsschutz endet
- mit Beginn des Versicherungsschutzes nach dem Hauptvertrag,
 - mit Zugang eines Widerrufs, eines Widerspruchs, eines Rücktritts oder einer Anfechtung,
 - wenn die Abbuchung des Einlösungsbeitrages des Hauptvertrages aus von Ihnen zu vertretenden Gründen entweder nicht möglich war oder ihr widersprochen wurde, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
- C. Sie und wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.
- D. Soweit vorstehend nichts anderes bestimmt ist, gelten die allgemeinen Bestimmungen und die Bestimmungen



für die Zusatzleistungen für die beantragte Versicherung.