



Allgemeine Unfallversicherungs- bedingungen (AUB)

September 2024

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: AXA Versicherung AG Deutschland 5515

Produkt: Unfallversicherung

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Diese sichert Sie gegen die Risiken durch Unfallverletzungen ab. Grundlage sind die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB 2024) sowie alle im Antrag vereinbarten Leistungen.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle, die Ihnen oder einer versicherten Person aus dem Antrag zustoßen.
Ein Unfall liegt zum Beispiel durch eine Verletzung durch Stolpern, Ausrutschen oder Stürzen vor.
Dafür bieten wir folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen). Die Höhe der Leistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und der Höhe der Invalidität
- ✓ Lebenslange monatliche Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen. Die Leistung wird ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % gezahlt
- ✓ Todesfallleistung, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalls verstirbt
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen aufgrund eines Unfalls
- ✓ Rooming-In, Nachhilfegeld und Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers für Kinder unter 18 Jahren
- ✓ Schmerzensgeld für Beschäftigte im Öffentlichen Dienst
- ✓ Gipsgeld für Verletzungen, die nicht zur Invalidität führen
- ✓ Professionelles Rehabilitations-Management, wie z. B. gezielte Förderung der medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation
- ✓ Kosten für kosmetische Operationen aufgrund eines Unfalls
- ✓ Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze durch Rettungsdienste
- ✓ Vorsorgeschutz für Neugeborene im ersten Lebensjahr

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



Was ist nicht versichert?

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Vorsätzliche Selbstbeschädigung oder Selbstmord
- ! Unfälle als Berufs- oder Privatflieger sowie beim Luftsport
- ! Unfälle bei der Ausübung von Motorsport
- ! Unfälle bei dem vorsätzlichen Versuch oder der Begehung einer Straftat

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



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben rund um die Uhr weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

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



Wann und wie zahle ich?

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



Wann beginnt und endet die Deckung?

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



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag, auch während des ersten Versicherungsjahres, monatlich kündigen. Wir können den Vertrag jeweils zum Ende des Versicherungsjahres, frühestens zum vereinbarten Ablauf, kündigen. Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.





Vertragsinformationen

1. Vertragspartner

AXA Versicherung AG
Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln
Postanschrift: 51171 Köln
Internet: www.AXA.de
Vorsitzender des Vorstandes: Dr. Thilo Schumacher
Sitz der Gesellschaft: Köln
Handelsregister Köln HRB Nr. 21298

2. Weitere Ansprechpartner

Den Namen und die Anschrift Ihres Vermittlers finden Sie im Antrag oder im Angebot.

3. Ladungsfähige Anschriften des Vertragspartners/ Vermittlers

Die ladungsfähige Anschrift der AXA Versicherung AG ist unter Punkt 1 genannt, die Ihres Vermittlers finden Sie im Antrag oder im Angebot.

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Geschäftstätigkeit der AXA Versicherung AG bezieht sich hauptsächlich auf

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

5. Garantiefonds

Ein Garantiefonds ist gesetzlich nicht vorgesehen.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Der Leistungsumfang ergibt sich aus dem Antrag oder dem Angebot. Es gelten die zu Vertragsbeginn gültigen und Ihnen zuvor ausgehändigten Versicherungsbedingungen.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Bei dem im Antrag oder im Angebot genannten Preis handelt es sich um den Beitrag gemäß vereinbarter Zahlweise inklusive der Versicherungssteuer.

Der vom Gesetzgeber erhobene Versicherungssteuersatz beträgt in der:

Schadenversicherung allgemein	19,00 %
Feuerversicherung	13,20 %
Gebäudeversicherung mit Feueranteil	16,34 %
Gebäudeversicherung o. Feueranteil	19,00 %
Hausratversicherung mit Feueranteil	16,15 %

8. Zusätzlich anfallende Kosten und/oder Gebühren

Für Tätigkeiten, die über die gewöhnliche Verwaltung des Vertrages hinausgehen, stellen wir Gebühren in Rechnung. Es handelt sich dabei insbesondere um Gebühren für Mahnungen (zurzeit 1,50 Euro) und für Lastschriftrückläufer, bestehend aus Porto (zurzeit 0,90 Euro), einer AXA Bankgebühr (zurzeit 0,61 Euro) sowie der individuellen Kundenbankgebühr. Sollten die Kosten im konkreten Einzelfall geringer sein, werden nur diese erhoben. Bei einem Rücktritt vom Vertrag wegen Nichtzahlung des Erstbeitrages, erheben wir eine angemessene Geschäftsgebühr. Hierzu verweisen wir auf § 39 Abs. 1 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung

Angaben zur Fälligkeit des Beitrags finden Sie in den dem Vertrag zugrundeliegenden Bedingungen.

Sie haben Ihre Pflicht zur Zahlung des Beitrags erfüllt, wenn die Zahlung bei uns eingegangen ist. Das ist bei einer Überweisung der Zeitpunkt, zu dem der Beitrag auf unserem Konto gutgeschrieben wird. Bei Zahlung im Wege des SEPA-Lastschriftinzugsverfahrens ist zusätzlich die wirksame Belastung Ihres Kontos erforderlich.

Die Zahlung ist rechtzeitig, wenn

- bei einem Überweisungsauftrag an Ihre Bank der Beitrag innerhalb der Zahlungsfrist von Ihrem Konto abgebucht wurde;
- Einzahlungen auf unser Konto bei Bank oder Post innerhalb der Zahlungsfrist vorgenommen werden.

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

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

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

11. Spezielle Risiken

Für die Unfallversicherung mit Beitragsrückzahlung gilt:

Die Leistungen aus der Überschussbeteiligung können nicht garantiert werden, da die Überschussentwicklung von den künftigen Kapitalerträgen und der Entwicklung der Kosten abhängig ist.

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

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

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

Für Sach- und Unfallversicherungen gilt:

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

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

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



13. 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 zugänglich sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

AXA Versicherung AG
Colonia-Allee 10 – 20, 51067 Köln
Postanschrift: 51171 Köln
E-Mail: service@axa.de

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter „www.axa.de“ ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

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

Anzahl der Tage an denen Versicherungsschutz bestanden hat	X	1/360 des im Antrag ausgewiesenen Jahresbeitrags
		1/180 des im Antrag ausgewiesenen Halbjahresbeitrags
		1/90 des im Antrag ausgewiesenen Vierteljahresbeitrags
		1/30 des im Antrag ausgewiesenen Monatsbeitrags

Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalles aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für uns mit dem Zugang und für Sie mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

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 von uns oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und uns betrifft. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens zwölf Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Wir haben Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben zu unserer Identität und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem unser Unternehmen eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität unserer Vertreterin oder unseres Vertreters in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als uns, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) unsere ladungsfähige Anschrift und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen uns und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen unserer Vertreterin oder unserem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. unsere Hauptgeschäftstätigkeit;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistung;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über uns abgeführt oder von uns in Rechnung gestellt werden;
9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge;
10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
11. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
12. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
14. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
15. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht wir der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legen;
16. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
17. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen wir uns verpflichten, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
18. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
19. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung





Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von personenbezogenen Daten und Schweigepflichtentbindungserklärung für die AXA Versicherung AG

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, der EU-Datenschutzgrundverordnung, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von bestimmten personenbezogenen Daten durch Versicherungen. Um diese Daten für Ihren Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfall- und Existenzschutzversicherung benötigen wir ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z.B. Assistance-Gesellschaften, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Der Widerruf ist zu richten an: AXA Versicherung AG, Colonia-Allee 10-20, 51067 Köln oder per Fax an 0800/3557035 oder per E-Mail an info@axa.de.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von personenbezogenen Daten zur Ihrer Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit die Gewährung entsprechender Sonderkonditionen in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren gem. Art. 9 DSGVO besonders geschützten personenbezogenen Daten und nach §203 StGB geschützten Daten

- durch die AXA Versicherung AG selbst (unter 1.) und
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der AXA Versicherung AG (unter 2.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten personenbezogenen Daten zur Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit

Ich willige in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Angaben zur Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit ein, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Vertrages, insbesondere zur Berechnung meiner Versicherungsprämie, erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten zur Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit sowie nach § 203 StGB geschützten Daten an Stellen außerhalb der AXA Versicherung AG

Wir verpflichten die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten zur Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft der AXA-Gruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten für uns erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter (www.axa.de/datenschutz) eingesehen oder bei Ihrem persönlichen Betreuer, den Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen können, angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Daten zur Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Daten zur Gewerkschafts- und Verbandszugehörigkeit an die in der Liste genannten Stellen übermittelt und dass diese Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die AXA Versicherung AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der AXA-Gruppe und sonstiger Stellen zudem im Hinblick auf die Weitergabe von nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

2.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Wir geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit zulassen oder gemäß §203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und zu welchen Konditionen Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt zudem, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über die Ihnen gewährten Sonderkonditionen an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe der Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die AXA Versicherung AG meine Daten zur Gewerkschafts-/Verbandszugehörigkeit und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen. Diese Einwilligung gilt entsprechend für die Datenverarbeitung von Maklerpools oder anderen Dienstleistern (z.B. Betreiber von Vergleichssoftware, Maklerverwaltungsprogrammen), die mein Vermittler zum Abschluss und zur Verwaltung meiner Versicherungsverträge einschaltet. Die betreffenden Dienstleister kann ich bei meinem Vermittler erfragen.
--

Inhaltsverzeichnis

1	In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz?	5
1.1	Grundsatz	5
1.2	Allgemeine Definition des Unfallbegriffs	5
1.3	Erweiterte Definition des Unfallbegriffs	5
2	Welche Leistungen erhalten Sie bei einem Unfall?	7
2.1	Invaliditätsleistung	7
2.1.1	Definition	7
2.1.2	Voraussetzungen	7
2.1.3	Beantragung und Nachweis	7
2.1.4	Art und Höhe der Leistungen	7
2.1.5	Bemessung der Invalidität	7
2.1.6	Leistungen beim Tod der versicherten Person	8
2.2	Progression	8
2.3	Sofortleistungen bei bestimmten schweren Verletzungen	11
2.4	Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungen	12
2.5	Kosten für Such-/Bergungs- oder Rettungseinsätze	12
2.6	Vorsorgeschutz für Neugeborene	12
3	Wie beantragen Sie Leistungen und welche Mitwirkungspflichten haben Sie?	13
3.1	Was müssen Sie nach einem Unfall beachten – was sind Ihre Obliegenheiten?	13
3.2	Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten oder Obliegenheiten	14
4	Was ist für Sie während der Leistungsprüfung wichtig?	14
4.1	Mitteilung über die Leistungsentscheidung	14
4.2	Fälligkeit der Leistung	14
4.3	Vorschüsse	14
4.4	Neubemessung der Invalidität	15
4.5	Auswirkung von Krankheiten und Gebrechen	15
5	Welche anderen Leistungen kann Ihr Vertrag optional enthalten?	15
5.1	Dynamik	15
5.2	Kapitalturbo	16
5.3	Mindestinvalidität	17
5.4	Unfall-Rente	17
5.5	Todesfallleistung	17
5.6	Krankenhaustagegeld	18
5.7	Gipsgeld	18
5.8	Reha	19
5.9	Baustein Kinder	20
5.9.1	Rooming-In	20
5.9.2	Nachhilfegeld	20
5.9.3	Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers	21
5.10	Baustein Öffentlicher Dienst	21
6	Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	22
6.1	Ausschlüsse wegen der Unfallart und Beeinträchtigungen der Gesundheit	22
6.2	Nicht versicherbare Personen	24
7	Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?	24
7.1	Bedeutung unserer Fragen vor Vertragsabschluss	24
7.2	Rücktritt vom Vertrag	24
7.3	Kündigung des Vertrags	25
7.4	Änderung des Vertrags	25
7.5	Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	25
7.6	Anfechtung des Vertrages	25
7.7	Nachträgliche Erweiterung des Versicherungsschutzes	25
8	Was passiert, wenn sich das Leben ändert?	26
8.1	Auswirkungen von Altersgruppen auf Beiträge	26
8.2	Anpassungen bei Volljährigkeit	26
8.3	Anpassungen ab dem 65. Geburtstag	26
8.4	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung	27

9	Was gilt für unser Vertragsverhältnis?	27
9.1	Das Versicherungsjahr	27
9.2	Beginn und Dauer des Vertrages	27
9.3	Kündigung des Vertrages	27
9.4	Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens	28
9.5	Verlegung des Wohnsitzes in einen Staat innerhalb der EU oder EWR	28
9.6	Ende des Vertrages durch Umzug in einen Staat außerhalb der EU oder EWR	28
9.7	Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen	28
9.8	Verjährung	29
9.9	Mitteilungen zu diesem Vertrag	29
9.10	Kontakte, wenn Sie nicht mit uns zufrieden sind	29
9.11	Geltendes Recht und Gerichtsstand	30
10	Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?	30
10.1	Modalitäten der Beitragszahlung	30
10.2	Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge	30
10.3	Zahlung mit SEPA-Lastschriftmandat	31
10.4	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	31
11	Mindeststandard des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)	31
12	Innovationsklausel	31
13	Glossar	31



Wer ist wer?

Versicherungsnehmer:in: Das sind Sie als unser:e Vertragspartner:in.

Versicherte Person: Das können Sie selbst sein oder jede andere Person, für die Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbaren.

1 In welchen Fällen besteht Versicherungsschutz?

1.1 Grundsatz

Wir bieten Ihnen den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person während der Gültigkeit des Vertrages

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.2 Allgemeine Definition des Unfallbegriffs

Ein Unfall liegt vor, wenn der versicherten Person Folgendes passiert:

- Ein Ereignis wirkt plötzlich von außen auf ihren Körper ein. Das nennen wir Unfallereignis.
- Dieses führt zu einer unfreiwilligen Schädigung der Gesundheit.

1.3 Erweiterte Definition des Unfallbegriffs

Als Unfälle gelten auch folgende Situationen, bei denen die versicherte Person unfreiwillig ihre Gesundheit schädigt:

Ereignis	Schädigung der Gesundheit
Unfälle durch erhöhte Kraftanstrengung oder eigene Bewegungen	Ein Gelenk an Gliedmaßen (Armen und Beinen) oder der Wirbelsäule ist verrenkt. Beispiel: Beim Abstützen eines Gegenstands verrenkt sich die versicherte Person das Ellbogengelenk.
	Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln, Menisken oder sonstige Knorpel an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule sind gezerrt oder gerissen. Beispiel: Die versicherte Person reißt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.
	Ausnahme: Schäden an Bandscheiben Ein Bauch- oder Unterleibsbruch liegt vor.
	Beispiel: Beim Heben eines Gegenstandes zieht sich die versicherte Person einen Nabelbruch zu.
	Ein Knochenbruch liegt vor. Beispiel: Beim Gehen knickt die versicherte Person ohne erkennbare äußere Ursache um und bricht sich das Sprunggelenk. Ausnahme: Stress- und Ermüdungsbrüche, Brüche als Folge einer Erkrankung
Schäden bei Rettungsmaßnahmen	Bei dem Versuch, Menschen, Tiere oder Sachen rechtmäßig zu verteidigen oder zu retten, schädigt die versicherte Person ihre Gesundheit. Der Versicherungsschutz gilt hier auch, wenn sie die Schäden ihrer Gesundheit bewusst in Kauf nimmt.
Dämpfe und Gase	Schäden an der Gesundheit durch ausströmende gasförmige Stoffe. Vorausgesetzt, die versicherte Person war diesen unbewusst oder unentrinnbar bis zu 7 Tage ausgesetzt. Ausnahme: Berufs- und Gewerkrankheiten
Vergiftungen	Vergiftungen durch verdorbene Nahrungsmittel oder durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Eingang der Speiseröhre. Ausnahme: Vergiftungen durch Alkohol
Unfälle unter Wasser	Ersticken, Ertrinken, tauchtypischer Schaden der Gesundheit Beispiel: Caissonkrankheit, Verletzungen des Trommelfells
Kälte und Hitze	Schäden an der Gesundheit durch Kälte und Hitze. Vorausgesetzt, die versicherte Person war diesen unerwartet und unentrinnbar ausgesetzt. Beispiel: Die versicherte Person gerät durch einen unvorhersehbaren Wetterumschwung in Bergnot und erleidet Erfrierungen an den Fingern.
Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff	Schäden an der Gesundheit durch den unfreiwilligen und unentrinnbaren Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff. Beispiel: Die versicherte Person wird auf einer Wanderung in einem Felsspalt eingeklemmt und verhungert.

Ereignis	Schädigung der Gesundheit
Strahlen	Schäden an der Gesundheit durch Röntgen-, Laser- oder Maserstrahlen, soweit diese einen Unfall darstellen. Schäden an der Gesundheit durch künstlich oder natürlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Beispiel: Sonnenbrand und Sonnenstich Ausnahme: Schäden an der Gesundheit als Folge des beruflichen Umgangs mit Apparaten, die Strahlen erzeugen.
Infektionen bei Ausübung des Berufs	Infektionen, die entstehen, wenn die versicherte Person ihren Beruf ausübt, sind unter folgenden Voraussetzungen mitversichert: Die Erreger der Krankheit sind über einen der beiden genannten Wege in den Körper gelangt. Das geht aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Art der Erkrankung hervor: – über eine Beschädigung der Haut – dabei muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein oder – durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn Viren oder Bakterien über die Luft oder per Tröpfchen- oder Schmierinfektionen übertragen werden. Mit dem Tag, an dem eine Infektion zum ersten Mal ärztlich diagnostiziert wurde, beginnen die Fristen für – den Eintritt und – die ärztliche Feststellung der Invalidität und – das Geltendmachen der Leistungsansprüche sowie – die Neubemessung der Invalidität.
Infektionskrankheiten	Die erstmalige Infektion mit einem Erreger der aufgeführten Infektionskrankheiten ist versichert. Für eine Krankheit, die in der folgenden Aufzählung nicht genannt ist, besteht kein Versicherungsschutz. – Borreliose, – Brucellose, – Cholera, – Diphtherie, – Dreitagefieber, – Fuchsbandwurm (Echinokokkose), – epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), – FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis), – Fleckfieber, – Gelbfieber, – Hirnhautentzündung (Meningitis), – Keuchhusten, – Lepra, – Malaria, – Masern, – Mumps, – Pest, – Röteln, – Schlafkrankheit, – Tollwut, – Hasenpest (Tularämie), – Wundstarrkrampf (Tetanus), – Tuberkulose Mit dem Tag, an dem eine Infektion zum ersten Mal ärztlich diagnostiziert wurde, beginnen die Fristen für – den Eintritt und – die ärztliche Feststellung der Invalidität und – das Geltendmachen der Leistungsansprüche sowie – die Neubemessung der Invalidität.
Impfschäden	Ein Impfschaden ist eine Schädigung der Gesundheit durch eine Schutzimpfung. Sie geht über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinaus. Voraussetzungen: – Die Impfung wurde ärztlich empfohlen und durchgeführt. – Die Impfung ist auf Empfehlung der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) von der Europäischen Kommission zugelassen. – Der Impfschaden wurde nach den Vorgaben des deutschen Infektionsschutzgesetzes ärztlich gemeldet und von der zuständigen Behörde erfasst. Der Unfalltag ist der Tag der Schutzimpfung.

Für bestimmte Unfälle und Schädigungen der Gesundheit können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen. Bitte beachten Sie deshalb die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen in Abschnitt 4.5 sowie zu den Ausschlüssen in Abschnitt 6.

2 Welche Leistungen erhalten Sie bei einem Unfall?

In diesem Kapitel beschreiben wir die im Vertrag enthaltenen Leistungen und deren Voraussetzungen.

In Abschnitt 5 haben wir weitere optionale Leistungen geregelt, die Sie zusätzlich mit uns vereinbart haben können.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Definition

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten, wenn durch einen Unfall die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist.

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn

- sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und
- nicht zu erwarten ist, dass sich dieser Zustand ändern wird.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Knochenbruch, der innerhalb von 24 Monaten ohne Folgen ausheilt. In diesem Fall ist die Beeinträchtigung nicht dauerhaft.

2.1.2 Voraussetzungen

Ein Anspruch auf Invalidität besteht, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die Invalidität ist innerhalb von **24 Monaten** nach dem Unfall

- eingetreten und
- ärztlich schriftlich bestätigt worden.

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

Stirbt die versicherte Person innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall an dessen Folgen, besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung. Haben Sie eine Todesfalleistung vereinbart, wie in Abschnitt 5.5 definiert, dann bezahlen wir diese Leistung.

2.1.3 Beantragung und Nachweis

Sie müssen die Invalidität innerhalb von **24 Monaten** nach dem Unfall bei uns geltend machen. Das heißt, Sie müssen uns innerhalb dieses Zeitraumes mitteilen, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Halten Sie diese Frist nicht ein, ist der Anspruch auf diese Leistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen ist es entschuldbar, dass Sie diese Frist versäumen. Sie müssen es dann unverzüglich nachholen, uns über die Invalidität zu informieren.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und konnten deshalb keinen Kontakt zu uns aufnehmen.

2.1.4 Art und Höhe der Leistungen

Sie erhalten die Invaliditätsleistung als einmalige Zahlung. Wir berechnen sie auf Grundlage:

- der vereinbarten Versicherungssumme sowie
- dem durch den Unfall verursachten Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem Invaliditätsgrad von 20 % bezahlen wir eine Invaliditätsleistung von 20.000 Euro.

2.1.5 Bemessung der Invalidität

Der Invaliditätsgrad richtet sich nach:

- der unten aufgeführten Gliedertaxe, wenn die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Ausmaß die normale, körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist. Das haben wir im Abschnitt Bemessung für andere Körperteile und Sinnesorgane beschrieben.

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Das gilt sowohl wenn wir die Invalidität zum ersten Mal bemessen als auch für die spätere Überprüfung des Invaliditätsgrades. Das haben wir in Abschnitt 4.4 beschrieben.

Gliedertaxe – die Invaliditätsgrade im Überblick

Verlieren Sie ein Körperteil oder ein Sinnesorgan vollständig oder ist die Funktion vollständig eingeschränkt, gelten die hier aufgeführten Invaliditätsgrade:

Verlust von Gliedmaßen	Grad der Invalidität
Arm einschließlich Schulter	85 %
Arm bis oberhalb des Ellbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellbogengelenks	70 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
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 %
Großer Zeh	15 %
Anderer Zeh	5 %
Milz	10 %
Niere	20 %
Beide Nieren sind vollständig verloren oder funktionsunfähig oder eine zweite Niere, wenn eine bereits verloren oder funktionsunfähig war.	100 %
Auge	80 %
Gehör auf einem Ohr	60 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Stimme	100 %

Verlieren Sie ein Körperteil oder ein Sinnesorgan teilweise oder ist die Funktion teilweise eingeschränkt, gelten die entsprechenden Anteile der aufgeführten Invaliditätsgrade.

Bemessung für andere Körperteile und Sinnesorgane außerhalb der Gliedertaxe

Der Invaliditätsgrad richtet sich danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab dafür ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und gleichen Geschlechts. Die Bemessung richtet sich ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

Leistungen bei einer vor dem Unfall bestehenden, dauerhaften Beeinträchtigung – Vorinvalidität

Waren Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt, nennt man das Vorinvalidität. Wie sie bemessen wird, beschreiben wir in den vorherigen Abschnitten. Diese Vorinvalidität reduziert den Invaliditätsgrad.

Beispiel: Ist ein Bein vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 80 %. War die Funktion dieses Beins bereits vor dem Unfall um ein Zehntel beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 8 % – ein Zehntel von 80 %. Diese Vorinvalidität von 8 % ziehen wir von den 80 % ab. Es bleibt dann ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 72 %.

Leistungen bei mehreren betroffenen Körperteilen oder Sinnesorganen

Ein Unfall kann mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigen. Ist das der Fall, ermitteln wir die einzelnen Invaliditätsgrade wie in den vorherigen Abschnitten beschrieben. Wir können jedoch maximal 100 % berücksichtigen.

Beispiel: Nach einem Unfall ist ein Arm vollständig und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt. Das ergäbe einen gesamten Invaliditätsgrad von 85 % plus 40 % – also 125 %. Die Invalidität ist jedoch auf 100 % begrenzt.

2.1.6 Leistungen beim Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person, bevor wir die Invalidität bemessen können, leisten wir unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall nicht an dessen Folgen verstorben.
- Die übrigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung, die wir in Abschnitt 2.1 beschrieben haben, sind erfüllt.

Wir leisten dann entsprechend dem Invaliditätsgrad, der aufgrund der ärztlichen Befunde zu erwarten gewesen wäre.

2.2 Progression

Definition

Sie haben in Ihrer Unfallversicherung mit uns vereinbart, dass sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht. Das nennt man Progression.

Wie wir den Invaliditätsgrad ermitteln, haben wir in Abschnitt 2.1.4 beschrieben.

Ende der Progression

Die Progression gilt bis zur Hauptfälligkeit nach dem 80. Geburtstag der versicherten Person.

Art und Höhe der Leistungen

Ihr gewähltes Progressionsmodell finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 %

- Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrades über 25 % bezahlen wir zusätzlich 1 % aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrades über 50 %, bezahlen wir zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

Beispiel: Sie haben durch einen Unfall ein Bein verloren. Der Invaliditätsgrad beträgt 80 %. Bei einer Progression von 225 % bezahlen wir 165 % der versicherten Invaliditätssumme. Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro bezahlen wir demnach 165.000 Euro.

So wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen auf die Höhe der Invaliditätsleistung aus:

Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 225 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 225 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 225 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 225 %
1-25	1-25	44	63	63	114	82	171
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225

Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 %

- Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrades über 25 %, bezahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrades über 50 %, bezahlen wir zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.

Beispiel: Sie haben durch einen Unfall ein Bein verloren. Der Invaliditätsgrad beträgt 80 %. Bei einer Progression von 350 % bezahlen wir 250 % der versicherten Invaliditätssumme. Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro bezahlen wir demnach 250.000 Euro.

So wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen auf die Höhe der Invaliditätsleistung aus:

Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 350 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 350 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 350 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 350 %
1 bis 25	1 bis 25	44	82	63	165	82	260
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350

Progressive Invaliditätsstaffel bis 600 %

- Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrades über 25 % bezahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrades über 50 % bezahlen wir zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrades über 90 % bezahlen wir zusätzlich weitere 10 % aus der Versicherungssumme.

Beispiel: Sie haben durch einen Unfall ein Bein verloren. Der Invaliditätsgrad beträgt 80 %. Bei einer Progression 600 bezahlen wir 340 % der versicherten Invaliditätssumme. Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro bezahlen wir demnach 340.000 Euro.

So wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen auf die Höhe der Invaliditätsleistung aus:

Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %
1 bis 25	1 bis 25	44	82	63	204	82	356
26	28	45	85	64	212	83	364
27	31	46	88	65	220	84	372
28	34	47	91	66	228	85	380
29	37	48	94	67	236	86	388
30	40	49	97	68	244	87	396
31	43	50	100	69	252	88	404
32	46	51	108	70	260	89	412
33	49	52	116	71	268	90	420
34	52	53	124	72	276	91	438
35	55	54	132	73	284	92	456
36	58	55	140	74	292	93	474
37	61	56	148	75	300	94	492
38	64	57	156	76	308	95	510
39	67	58	164	77	316	96	528
40	70	59	172	78	324	97	546
41	73	60	180	79	332	98	564
42	76	61	188	80	340	99	582
43	79	62	196	81	348	100	600

2.3 Sofortleistungen bei bestimmten schweren Verletzungen

Bei bestimmten schweren Verletzungen bezahlen wir sofort eine finanzielle Unterstützung – die sogenannte Sofortleistung.

Voraussetzungen

Die versicherte Person hat eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten. Sie hat diese **innerhalb von 12 Monaten** nach dem Unfall mit einem ärztlichen Attest bei uns geltend gemacht:

- Eine Schädigung des Rückenmarks führt zu einer Querschnittslähmung.
- Mindestens ein Fuß oder eine Hand müssen vollständig amputiert werden.
- Es liegt ein Schädel-Hirn-Trauma dritten Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung vor.
- Es besteht eine Fraktur von zwei langen Röhrenknochen an unterschiedlichen Abschnitten der Gliedmaßen wie Ober- und Unterarm, Ober- und Unterschenkel.
- Es liegt eine Kombination aus mindestens zwei der vier folgenden Verletzungen vor:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur eines Wirbelkörpers
 - Schaden eines inneren Organs, der das Gewebe zerstört
- Es liegen Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche vor.
- Es liegt eine vollständige Erblindung auf einem Auge vor.

Ausnahme: Stirbt die versicherte Person innerhalb von **48 Stunden** nach dem Unfall an den Folgen oder bevor die Sofortleistung geltend gemacht wurde, besteht kein Anspruch auf diese Leistung.

Art und Höhe der Leistungen

Wir bezahlen als Sofortleistung 10 % der vereinbarten Versicherungssumme für die Invalidität ohne Progression – maximal jedoch 10.000 Euro.

Hat die versicherte Person durch den Unfall mehrere der unter den Voraussetzungen aufgeführten Verletzungen erlitten, bezahlen wir die Sofortleistung nur einmal.

Bezahlen wir später eine Invaliditätsleistung wie in Abschnitt 2.1 beschrieben, rechnen wir die Sofortleistung darauf an.

Hat die versicherte Person keinen Anspruch auf Invaliditätsleistung oder fällt die Leistung niedriger aus als die bereits gezahlte Sofortleistung, fordern wir den Betrag nicht zurück.

Wir fordern die gezahlte Sofortleistung auch nicht zurück, wenn die versicherte Person innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall an den Folgen stirbt.

2.4 Kosten für kosmetische Operationen und Zahnbehandlungen

Wir übernehmen die Kosten für die nach einem Unfall erforderlichen kosmetischen Operationen sowie Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

Voraussetzungen

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch eine:n Ärzt:in,
- nach dem Ende der Heilbehandlung und
- mit dem Ziel, das durch den Unfall beeinträchtigte, äußere Erscheinungsbild der versicherten Person wiederherzustellen.

Die Zahnbehandlung erfolgt

- wenn natürliche Zähne der versicherten Person durch den Unfall beschädigt oder ganz oder teilweise verloren sind – dies gilt unabhängig vom Ende der Heilbehandlung.

Die kosmetische Operation oder Zahnbehandlung muss bei Erwachsenen innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall durchgeführt werden, bei Minderjährigen, bevor sie 21 Jahre alt sind.

Art und Höhe der Leistungen

Wir erstatten folgende Kosten:

- Honorare für ärztliche Leistungen sowie sonstige Kosten der Operation,
- notwendige Kosten, um die versicherte Person im Krankenhaus unterzubringen und zu verpflegen sowie
- Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz, wenn die versicherte Person durch den Unfall natürliche Zähne vollständig oder teilweise verloren hat oder diese beschädigt wurden.

Wir erstatten Kosten, die Sie uns nachweisen und die Dritte nicht übernehmen, bis zu einer Höhe von 50.000 Euro. Dritte sind beispielsweise Kranken-, Zahnzusatz- oder Haftpflichtversicherungen.

Bestehen bei AXA weitere Versicherungen mit vergleichbaren Leistungen, zum Beispiel Unfall- oder Existenzschutzversicherungen, bezahlen wir die Leistungen nur aus einem dieser Verträge.

2.5 Kosten für Such-/Bergungs- oder Rettungseinsätze

Voraussetzungen

Wir erstatten folgende Kosten für:

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze öffentlicher oder privatrechtlich organisierter Rettungsdienste. Das gilt auch, wenn ein Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkret vorliegenden Umständen zu vermuten war.
- Den Transport der verletzten Person vom Unfallort in das nächstgelegene Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik. Dieser Transport muss ärztlich angeordnet sein.
- Den Aufwand, wenn die verletzte Person zu ihrem ständigen Wohnsitz zurückkehrt. Dieser zusätzliche Aufwand muss ärztlich angeordnet sein oder aufgrund der Verletzung unvermeidbar.
- Die zusätzliche Fahrt nach Hause oder um mitreisende, minderjährige Kinder sowie den:die mitreisende:n Partner:in der versicherten Person unterzubringen, wenn der Unfall im Ausland passiert ist.
- Die medizinisch notwendige Heilbehandlung vor Ort bei einem Unfall im Ausland.
- Aufwände, wenn die versicherte Person bei einem Unfall im Ausland stirbt, um sie vor Ort zu bestatten oder zu ihrem letzten ständigen Wohnsitz zu überführen.

Art und Höhe der Leistungen

Sind durch den Unfall Transporte im Krankenwagen notwendig, übernehmen wir den gesetzlichen Eigenanteil.

Wir erstatten Kosten, die Sie uns nachweisen und die Dritte wie eine Kranken-, Auslandsreisekranken- oder Haftpflichtversicherung nicht übernehmen, bis zu einer Höhe von 50.000 Euro.

Bestehen bei AXA weitere Versicherungen mit vergleichbaren Leistungen, zum Beispiel Unfall- oder Existenzschutzversicherungen, bezahlen wir die Leistungen nur aus einem dieser Verträge.

2.6 Vorsorgeschutz für Neugeborene

Wir bieten für jedes leibliche neugeborene Kind sowie für jedes adoptierte oder dauerhaft in Pflege genommene Kind der versicherten Person eine beitragsfreie Unfallabsicherung – den sogenannten Vorsorgeschutz. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person mindestens 18 Jahre alt ist.

Art und Höhe der Leistungen

Es gelten folgende Versicherungssummen:

- Invaliditätsleistung 50.000 Euro mit Progression 350 %
- Todesfallleistung 10.000 Euro
- Krankenhaustagegeld 30 Euro

Der beitragsfreie Vorsorgeschutz endet zur Hauptfälligkeit, die auf den 1. Geburtstag folgt.

Bestehen bei AXA weitere Versicherungen mit vergleichbaren Leistungen, zum Beispiel Unfall- oder Existenzschutzversicherungen, bezahlen wir die Leistungen nur aus einem dieser Verträge.



Schritt für Schritt zur Leistung:

- Um einen Unfall zu melden, können Sie zunächst formlos mit uns Kontakt aufnehmen. Ein Anruf oder eine E-Mail genügen:
E-Mail: schaden@axa.de
Telefon: 0221 148-24091
www.AXA.de
- Bitte halten Sie dafür Ihre Versicherungsnummer bereit. Sie finden diese auf Ihrem Versicherungsschein oder den Nachträgen dazu. Wer künftig für Sie zuständig ist, entnehmen Sie bitte unserer Antwort.
- Benötigen wir weitere Angaben von Ihnen, erhalten Sie einen Fragebogen von uns. Bitte füllen Sie diesen aus und schicken ihn mit den erforderlichen Unterlagen an uns zurück.
- Die nächsten Schritte bespricht die Person, die Sie im Versicherungsfall persönlich betreut, individuell mit Ihnen.

3.1 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten – was sind Ihre Obliegenheiten?

Die Fristen und die sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen haben wir in Abschnitt 2 und 5 definiert. In diesem Abschnitt beschreiben wir, worauf Sie oder die versicherte Person nach einem Unfall achten müssen. Das bezeichnen wir als Ihre Obliegenheiten. Denn ohne Ihre Mithilfe, beziehungsweise die der versicherten Person, können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Ihre Pflichten nach einem Unfall

Führt ein Unfall voraussichtlich zu einer Leistung aus dieser Versicherung, müssen Sie oder die versicherte Person Folgendes tun:

- unverzüglich ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen,
- die ärztlichen Anordnungen befolgen und
- uns informieren.

Alle Angaben, die Sie oder die versicherte Person machen, müssen

- wahr und vollständig sein und
- unverzüglich erfolgen.

Um unsere Leistungspflicht zu prüfen, dürfen wir Ärzt:innen beauftragen, die versicherte Person zu untersuchen. Wir übernehmen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

Auskünfte von Ärzt:innen

Um unsere Leistungspflicht zu prüfen, benötigen wir möglicherweise Informationen von:

- Ärzt:innen, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall untersucht haben,
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen sicherstellen, dass wir diese Informationen erhalten. Die versicherte Person kann Ärzt:innen und anderen Institutionen erlauben, uns diese Informationen direkt zu übermitteln. Alternativ kann die versicherte Person die Informationen selbst einholen und an uns weiterleiten.

Pflichten im Todesfall

Führt der Unfall zum Tod der versicherten Person, muss uns das **innerhalb von 7 Tagen** mitgeteilt werden. Um unsere Leistungspflicht zu prüfen, können wir eine Obduktion durch Ärzt:innen unserer Wahl veranlassen.

3.2 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten oder Obliegenheiten

Verletzen Sie oder die versicherte Person eine der in Abschnitt 3.1 beschriebenen Obliegenheiten, hat das Auswirkungen auf den Versicherungsschutz.

Verletzung einer Obliegenheit	Folge
Vorsätzlich	Sie verlieren den Versicherungsschutz. Es sei denn, Sie weisen uns Folgendes nach: – Der Verstoß war weder Ursache für: – den Eintritt oder das Feststellen des Versicherungsfalls noch – das Feststellen oder den Umfang der Leistung. Das gilt nur, wenn wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Grob fahrlässig	Wir sind berechtigt, unsere Leistung entsprechend dem Grad Ihres Verschuldens zu kürzen. Es sei denn, Sie weisen uns Folgendes nach: – Sie haben nicht grob fahrlässig gehandelt oder – der Verstoß war weder Ursache für: – den Eintritt oder das Feststellen des Versicherungsfalls noch – das Feststellen oder den Umfang der Leistung. Das gilt nur, wenn wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Arglistig	Sie verlieren den Versicherungsschutz.

4 Was ist für Sie während der Leistungsprüfung wichtig?

4.1 Mitteilung über die Leistungsentscheidung

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir den Versicherungsfall festgestellt und den Umfang unserer Leistungspflicht bestimmt haben.

Es gilt Folgendes:

Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, Ihnen innerhalb eines Monats mitzuteilen, ob und in welchem Umfang wir leisten.

Bei einer Invaliditätsleistung und einer Unfall-Rente beträgt die Frist **3 Monate**.

Die Frist beginnt, nachdem wir folgende Unterlagen erhalten haben:

- Einen Nachweis über den Unfallhergang und die Unfallfolgen.
- Bei einer Invaliditätsleistung und einer Unfall-Rente ist zusätzlich ein Nachweis über das Ende des Heilverfahrens erforderlich. Das gilt nur, wenn er notwendig ist, um den Invaliditätsgrad zu bemessen.

Bitte beachten Sie zusätzlich die Verhaltensregeln in Abschnitt 3.1.

Wir übernehmen die ärztlichen Gebühren, die Ihnen entstehen, um Ihren Leistungsanspruch zu begründen. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

4.2 Fälligkeit der Leistung

Wir leisten innerhalb von 2 Wochen, wenn

- wir Ihren Anspruch auf Leistung anerkennen oder
- uns mit Ihnen über den Grund und die Höhe der Leistung geeinigt haben.

4.3 Vorschüsse

Wir bezahlen auf Ihren Wunsch angemessene Vorschüsse.

Voraussetzung

Unsere Pflicht zur Leistung steht zunächst nur dem Grunde nach fest.

Beispiel: Es steht fest, dass Sie eine Invaliditätsleistung von uns erhalten. Wir können die Höhe dieser Leistung jedoch noch nicht bestimmen.

Art und Höhe der Leistungen

Bevor das Heilverfahren abgeschlossen ist, können Sie einen Vorschuss auf die Invaliditätsleistung innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beanspruchen.

4.4 Neubemessung der Invalidität

Nachdem wir den Invaliditätsgrad bemessen haben, kann sich der Gesundheitszustand verändern. Deshalb sind sowohl Sie als auch wir berechtigt, den Grad der Invalidität jedes Jahr ärztlich neu bemessen zu lassen.

Dieses Recht steht Ihnen und uns maximal bis zu 3 Jahre nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zum 14. Geburtstag verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre.

Dafür gelten folgende Regeln:

- Wünschen Sie, dass der Grad der Invalidität neu bemessen wird, müssen Sie uns Ihren Wunsch vor Ablauf der Frist mitteilen.
- Wünschen wir, dass der Grad der Invalidität neu bemessen wird, teilen wir Ihnen unseren Wunsch gemeinsam mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

Ergibt sich aus der endgültigen Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits bezahlt haben, bezahlen wir den restlichen Betrag nach.

Ergibt sich aus der endgültigen Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als wir bereits bezahlt haben, fordern wir den zu viel bezahlten Betrag zurück.

4.5 Auswirkung von Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für die Folgen eines Unfalls. Das sind Schädigungen der Gesundheit sowie deren Folgen, die durch den Unfall verursacht worden sind. Für Krankheiten oder Gebrechen leisten wir nicht.

Krankheiten oder Gebrechen können zum Beispiel Diabetes oder eine Fehlstellung der Wirbelsäule sein.

Treten die Folgen eines Unfalls zusammen mit Krankheiten oder Gebrechen auf, sprechen wir von Mitwirkung. Dann gilt Folgendes:

Entscheidend ist der Anteil, den Krankheiten oder Gebrechen an der Schädigung der Gesundheit oder ihren Folgen haben. Das nennen wir den sogenannten Mitwirkungsanteil. Er wirkt sich wie folgt aus:

- bei der Invaliditätsleistung und der Unfall-Rente reduziert er den Prozentsatz des Invaliditätsgrades;
- bei allen übrigen Leistungsarten reduziert er die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Verletzung des Beins besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Eine Rheumaerkrankung hat daran einen Anteil von 50 % – also zu 50 % daran mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt deshalb 5 %.

Liegt der Mitwirkungsanteil unter 50 %, nehmen wir keine Minderung vor.

Bei allergischen Reaktionen durch Insektenstiche oder -bisse nehmen wir keine Minderung aufgrund einer Mitwirkung von Krankheit oder Gebrechen vor.

5 Welche anderen Leistungen kann Ihr Vertrag optional enthalten?



Alle Leistungen, die wir in diesem Kapitel beschreiben, sind optional wählbar. Welche Leistungen Sie in welcher Höhe in Ihrer Unfallversicherung mit uns vereinbart haben, steht in Ihrem Versicherungsschein.

5.1 Dynamik

Die Dynamik ist eine optionale Leistung.

Definition

Sie haben für Ihre Unfallversicherung mit uns vereinbart, dass die Versicherungssummen und der Beitrag jährlich angepasst werden. Das bezeichnet man als Dynamik.

Folgende Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil:

- Invaliditätsleistung
- Unfall-Rente
- Todesfallleistung
- Krankenhaustagegeld

Erhöhung der Versicherungssummen

Die Versicherungssummen erhöhen sich jedes Jahr zur Hauptfälligkeit, also zum Beginn des Versicherungsjahres, um 3 %. Diese Erhöhung erfolgt erstmalig mit Beginn des 2. Versicherungsjahres.

Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle Unfälle, die nach dem Termin der Erhöhung passieren.

Wir runden die Versicherungssummen wie folgt:

- für die Invaliditäts- und die Todesfallleistung auf volle 1.000 Euro,
- für die Unfall-Rente auf volle 10 Euro,
- für das Krankenhaustagegeld auf volle 1 Euro.

Erhöhung der Beiträge Ihrer Versicherung

Der Beitrag Ihrer Versicherung erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Sie erhalten vor der jährlichen Erhöhung eine schriftliche Mitteilung von uns.

Widersprechen Sie innerhalb von 6 Wochen in Textform, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, nehmen wir die Erhöhung zurück. Wir weisen Sie in unserer schriftlichen Mitteilung auf diese Frist hin.

Sowohl Sie als auch wir können die Vereinbarung über die Dynamik für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages kündigen. Die Kündigung muss spätestens einen Monat vor Ende des Versicherungsjahres schriftlich erfolgen.

Ende der Dynamik

Die Dynamik endet zur Hauptfälligkeit nach dem 65. Geburtstag der versicherten Person.

Erreichen die Versicherungssummen durch die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag einen der hier genannten Beträge, endet die Dynamik für alle Leistungsarten ebenfalls zur nächsten Hauptfälligkeit.

Leistungsart	Beitragsgrenze
Invaliditätsleistung mit Progression 225 %	400.000 €
Invaliditätsleistung mit Progression 350 %	300.000 €
Invaliditätsleistung mit Progression 600 %	250.000 €
Unfall-Rente	3.000 €
Krankenhaustagegeld	100 €
Todesfallleistung (Erwachsene)	300.000 €
Todesfallleistung (Kinder)	20.000 €

5.2 Kapitalturbo

Der Kapitalturbo ist eine optionale Leistung.

Sie haben mit uns für Ihre Unfallversicherung eine progressive Invaliditätsstaffel vereinbart. Diese Leistung haben wir in Abschnitt 2.2 beschrieben. Mit dem Kapitalturbo können Sie Ihre Invaliditätsleistung zusätzlich erhöhen. Sie erhalten bereits ab 50 % Invalidität die volle Invaliditätsleistung.

Ende des Kapitalturbos

Der Kapitalturbo gilt bis zur Hauptfälligkeit nach dem 80. Geburtstag der versicherten Person.

Art und Höhe der Leistungen

In Ergänzung zu den Absätzen 2.1 und 2.2 legen wir folgende Tabellen zugrunde, um die Invaliditätsleistung zu berechnen:

Progressive Invaliditätsstaffel – 225 % mit Kapitalturbo

Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 225 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 225 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 225 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 225 %
1-25	1-25	32	39	39	53	46	67
26	27	33	41	40	55	47	69
27	29	34	43	41	57	48	71
28	31	35	45	42	59	49	73
29	33	36	47	43	61	50-100	225
30	35	37	49	44	63		
31	37	38	51	45	65		

Progressive Invaliditätsstaffel – 350 % mit Kapitalturbo

Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 350 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 350 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 350 %	Invaliditäts-grad (%)	Leistung (%) bei Progressi-on 350 %
1-25	1-25	32	46	39	67	46	88
26	28	33	49	40	70	47	91
27	31	34	52	41	73	48	94
28	34	35	55	42	76	49	97
29	37	36	58	43	79	50-100	350
30	40	37	61	44	82		
31	43	38	64	45	85		

Progressive Invaliditätsstaffel – 600 % mit Kapitalturbo

Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %
1-25	1-25	32	46	39	67	46	88
26	28	33	49	40	70	47	91
27	31	34	52	41	73	48	94
28	34	35	55	42	76	49	97
Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %	Invaliditätsgrad (%)	Leistung (%) bei Progression 600 %
29	37	36	58	43	79	50-100	600
30	40	37	61	44	82		
31	43	38	64	45	85		

5.3 Mindestinvalidität

Die Mindestinvalidität ist eine optionale Leistung.

Sie haben für Ihre Unfallversicherung mit uns vereinbart, dass Sie erst ab einem bestimmten Invaliditätsgrad eine Invaliditätsleistung erhalten. Das bezeichnet man als Mindestinvalidität.

Wie wir den Invaliditätsgrad ermitteln, beschreiben wir in Abschnitt 2.1.5.

Sie erhalten erst eine Leistung, wenn sich danach ein Invaliditätsgrad von mindestens 20 % ergibt.

5.4 Unfall-Rente

Die Unfall-Rente ist eine optionale Leistung.

Voraussetzungen

Beträgt der durch den Unfall verursachte Invaliditätsgrad nach den Regelungen in Abschnitt 2.1.4 mindestens 50 % bezahlen wir eine Unfall-Rente.

Art und Höhe der Leistungen

Die Rente entspricht der vereinbarten Versicherungssumme. Wir bezahlen sie monatlich.

Eine gewählte Progression der Invaliditätsstaffeln wie in Abschnitt 2.2 beschrieben, berücksichtigen wir beim Feststellen der Leistung nicht.

Stirbt die versicherte Person, bevor wir die Invalidität bemessen können, gelten die Regelungen aus Abschnitt 2.1.5.

Bestehen bei AXA für die versicherte Person weitere Unfall- oder Existenzschutzversicherungen oder Versicherungsverträge über Kombirenten, ist die gesamte Rentenleistung aus allen Verträgen begrenzt. Sie beträgt für die erwachsene versicherte Person insgesamt 5.000 €, für Kinder 4.000 € pro Monat.

Beginn und Ende der Leistung

Sie erhalten die Unfall-Rente

- rückwirkend mit Beginn des Monats, in dem der Unfall passiert ist,
- danach monatlich im Voraus
- bis der unfallbedingte Invaliditätsgrad – wie in Abschnitt 4.4 beschrieben – neu bemessen wird und er unter 50 % gesunken ist oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

Beantragung und Nachweis

Um die Voraussetzungen für den Bezug der Rente zu prüfen, dürfen wir Lebensbescheinigungen von Ihnen anfordern. Erhalten wir diese nicht unverzüglich, ruht die Zahlung der Rente ab der nächsten Fälligkeit, bis wir die Bescheinigung erhalten haben.

5.5 Todesfallleistung

Die Todesfallleistung ist eine optionale Leistung.

Im Falle des Todes nach einem Unfall bezahlen wir die Leistung entsprechend der vereinbarten Versicherungssumme.

Voraussetzungen

Dafür müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

Die versicherte Person

- stirbt innerhalb von 12 Monaten an den Folgen des Unfalls oder
- ist nach dem Verschollenheitsgesetz im Aufgebotsverfahren rechtswirksam für tot erklärt worden;

- als Passagier nach einem Schiffsunglück (§ 5);
- als Passagier nach einem Luftfahrzeugunfall (§ 6);
- oder durch sonstige Lebensgefahr (§ 7).

Hat die nach dem Verschollenheitsgesetz für tot erklärte versicherte Person überlebt, fordern wir bereits erbrachte Leistungen nicht zurück. Maßgeblich sind in diesem Fall die Verhaltensregeln in Abschnitt 3.1.

Beantragung und Nachweis

Der durch den Unfall verursachte Tod der versicherten Person muss uns innerhalb **von 7 Tagen** nach dem Todestag gemeldet werden.

5.6 Krankenhaustagegeld

Das Krankenhaustagegeld ist eine optionale Leistung.

Voraussetzungen

Die versicherte Person befindet sich unfallbedingt vollstationär in einer medizinisch notwendigen

- Heilbehandlung oder
- Anschlussheilbehandlung oder
- Rehabilitationsmaßnahme oder
- unterzieht sich einer ambulanten Operation, die unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (Teilnarkose) erfolgt.

Wir bezahlen kein Krankenhaustagegeld für

- Kuren oder
- Aufenthalte in Sanatorien und Erholungs- oder Pflegeheimen.

Art und Höhe der Leistungen

Wir bezahlen das Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für:

- jeden Kalendertag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung, Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme, die durch den Unfall erforderlich ist;
- jeden Kalendertag das doppelte Krankenhaustagegeld, wenn sich der Unfall außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ereignet hat und die medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung, Anschlussheilbehandlung oder Rehabilitationsmaßnahme in dem betreffenden Land erfolgt. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.
- 3 Kalendertage einmalig je Unfallereignis bei notwendigen ambulanten Operationen unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie. Findet die ambulante Operation außerhalb der Bundesrepublik Deutschland statt, bezahlen wir das Krankenhaustagegeld nicht doppelt.

Wir bezahlen das Krankenhaustagegeld maximal für 5 Jahre nach dem Unfall.

5.7 Gipsgeld

Das Gipsgeld ist eine optionale Leistung.

Sie haben für Ihre Unfallversicherung mit uns vereinbart, dass bei bestimmten Verletzungen, die nicht zwingend zu einem Invaliditätsgrad nach Abschnitt 2.1 führen, eine finanzielle Leistung bezahlt wird.

Definition

Ein Knochenbruch ist definiert als Durchtrennung eines Knochens des Skelettes. Nicht als vollständiger Knochenbruch gelten beispielsweise Fissuren, Infraktionen oder Teilbrüche.

Ein Bänderriss ist die Durchtrennung der Strukturen eines Bandes. Nicht als vollständiger Bänderriss gelten beispielsweise Teilrisse.

Voraussetzungen

Die versicherte Person hat durch einen Unfall einen der folgenden vollständigen Knochenbrüche erlitten:

- Brustbeinbruch
- Schlüsselbeinbruch
- Nasenbeinbruch
- Jochbeinbruch
- Felsenbeinbruch
- Kieferbruch
- Schulterblattbruch
- Rippenbruch (mindestens drei Rippen)
- Schädeldachbruch
- Schädelbasisbruch
- Oberarmbruch
- Oberschenkelbruch
- Bruch der Elle
- Bruch der Speiche
- Wadenbeinbruch
- Schienbeinbruch
- Fersenbeinbruch
- Bruch eines Wirbelkörpers

Art und Höhe der Leistungen

Die versicherte Person erhält einmalig pro Unfall folgende Leistung:

- für einen der oben aufgeführten vollständigen Knochenbrüche 1.000 Euro;
- bei vollständigen Knochenbrüchen, die oben nicht aufgelistet sind, sowie bei vollständigen Bänderrissen durch einen Unfall 500 Euro.

Die maximale Gesamtleistung ist pro Unfall auf insgesamt 1.000 Euro begrenzt.

Bei sonstigen Verletzungen wie beispielsweise Rissen von Muskeln, Sehnen, Kapseln, Knorpeln oder Bandscheiben bezahlen wir kein Gipsgeld.

Beantragung und Nachweis

Sie erhalten die Leistung, wenn Sie diese bei uns geltend gemacht haben:

- innerhalb von **12 Monaten** nach dem Unfall und
- mit einem ärztlichen Attest.

5.8 Reha

Der Baustein Reha ist eine optionale Leistung.

Sie erhalten unter bestimmten Voraussetzungen definierte Rehabilitations-Leistungen über einen von uns beauftragten Dienstleister.

Voraussetzungen

- Es ist eine voraussichtliche Invalidität von mindestens 20 % zu erwarten oder
- die versicherte Person befindet sich nach einem versicherten Unfall ununterbrochen in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Die Dauer beträgt, ohne dass Krankheiten oder Gebrechen daran mitwirken, mindestens 10 Tage. Die Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen haben wir in Abschnitt 4.5 beschrieben.

Sie müssen die Reha-Leistungen innerhalb von **7 Monaten** nach dem Unfall geltend machen.

Art und Höhe der Leistungen

Liegen die genannten Voraussetzungen vor, kann die versicherte Person Reha-Leistungen in Anspruch nehmen.

Leistungen	Aufgaben des Dienstleisters
Beraten und Erstellen eines individuellen Therapiekonzepts	Unser Dienstleister erstellt gemeinsam mit der versicherten Person oder ihren Angehörigen ein individuelles therapeutisches Konzept. Dieses beinhaltet: – eine Analyse der Situation und – umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen rehabilitativen Betreuung. Hierfür zieht er medizinische Diagnosen und Unterlagen heran und berücksichtigt die individuelle Situation der versicherten Person. Der Dienstleister – koordiniert die einzelnen Leistungen und begleitet die versicherte Person bei der Reha, – informiert zu Leistungen anderer Sozialversicherungsträger und – unterstützt bei Anträgen, sozialversicherungsrechtlichen Fragen sowie Ein- und Widersprüchen.
Behandlungs- und Therapiemaßnahmen	Der Dienstleister – berät zu geeigneten ambulanten und stationären Therapie- und Reha-Möglichkeiten, – organisiert Therapie- und Reha-Plätze sowie – Termine mit Ärzt:innen.
Hilfsmittel	Der Dienstleister organisiert medizinisch notwendige Hilfsmittel. Beispiel: Prothesen, Rollstühle, Gehhilfen
Umbaumaßnahmen von Haus und Fahrzeug	Der Dienstleister vermittelt eine Beratung.
Berufliche Rehabilitation	Der Dienstleister berät – zur beruflichen oder ausbildungsbezogenen Wiedereingliederung oder Umschulungsmaßnahmen und – bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu geeigneten schulischen Maßnahmen und Schulen.
Fahrdienste	Der Dienstleister organisiert die Hin- und Rückfahrt zu – Therapie- und Rehaeinrichtungen und – Ärzt:innen.

Wir erbringen die Reha-Maßnahmen ausschließlich in Deutschland. Das gilt jedoch nicht, wenn unser Dienstleister den Auslandsaufenthalt empfohlen hat und er Teil des Reha-Prozesses ist.

Wir übernehmen in diesem Rahmen keine Kosten für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person selbst bei unseren Dienstleistern oder Dritten in Auftrag geben.

Übernahme der Kosten

Liegen die genannten Voraussetzungen vor, übernehmen wir die Kosten ausschließlich für folgende Therapie- und Reha-Möglichkeiten, wenn unser Dienstleister diese empfiehlt:

- Psychotherapie: Wir übernehmen bis zu 10 Sitzungen zu jeweils maximal 150 Euro.
- Physiotherapie,
- Ergotherapie,
- Osteopathie,
- zertifizierte Sportkurse – auch digital: Wir übernehmen Kosten bis 500 Euro.
- zusätzliche Angebote der Diagnostik wie beispielsweise die ärztliche Zweitmeinung eines Spezialisten,
- ambulante oder stationäre Möglichkeiten zur Reha

Außerdem übernehmen wir folgende Kosten:

- eine bessere Zimmerkategorie in der Reha-Einrichtung;
- zwei Hin- und Rückfahrten pro Woche für jeweils maximal 50 km;
- medizinische Hilfsmittel wie Rollstühle oder Prothesen.

Wir übernehmen die entstandenen Kosten, wenn kein Dritter wie beispielsweise eine Kranken- oder Pflegeversicherung die Kosten erstatten muss oder seine Pflicht zur Leistung bestreitet. Insgesamt übernehmen wir Kosten bis maximal 25.000 Euro.

Beginn und Ende der Leistung

Für welche Dauer wir die Reha-Leistungen erbringen, hängt insbesondere von der Art der Verletzung, dem Verlauf der Heilung sowie den Folgen ab. Wir erbringen die Leistungen so lange, bis unser Dienstleister uns mitteilt, dass hinsichtlich der medizinischen, schulischen bzw. beruflichen und sozialen Rehabilitation keine Fortschritte mehr zu erwarten sind.

Wir erbringen die Leistungen bis zu 3 Jahre nach dem Unfall. Bei Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalls noch nicht 18 Jahre alt waren, erbringen wir die Leistungen bis zu 5 Jahre nach dem Unfall.

5.9 Baustein Kinder

Der Baustein Kinder ist eine optionale Leistung.

Sie haben für Ihre Unfallversicherung mit uns den Baustein Kinder abgeschlossen. Er besteht aus den folgenden drei Leistungen:

- Rooming-In,
- Nachhilfegeld und
- Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers.

Dieser Baustein und der Beitrag dafür fallen automatisch zur nächsten Hauptfälligkeit nach dem 18. Geburtstag des versicherten Kindes weg.

5.9.1 Rooming-In

Voraussetzungen

Das versicherte Kind ist

- medizinisch notwendig stationär im Krankenhaus und wird dabei
- von einer Person begleitet.

Art und Höhe der Leistungen

Wir bezahlen für den Aufenthalt einer Begleitperson des versicherten Kindes bei einem stationären Aufenthalt im Krankenhaus

- 25 Euro pro Nacht
- für maximal 100 Nächte.

5.9.2 Nachhilfegeld

Das versicherte Kind kann nach einem Unfall länger als 10 Tage nicht am Schulunterricht teilnehmen. Ist der Besuch des Schulunterrichts an mehreren Tagen nach demselben Unfall nicht möglich, gilt das immer als ununterbrochener Schulausfall.

Um die Leistung zu erhalten, benötigen wir von Ihnen folgende Unterlagen:

- eine Bescheinigung der Schule über die versäumten Tage sowie
- ein ärztliches Attest über die Schulunfähigkeit.

Art und Höhe der Leistungen

Ab dem 11. Schultag, an dem das versicherte Kind nicht am allgemeinbildenden Schulunterricht teilnehmen kann, bezahlen wir ein Nachhilfegeld

- in Höhe von 50 Euro pro Schultag
- für maximal 100 Schultage.

Diese Leistung bezahlen wir unabhängig davon, ob tatsächlich Nachhilfeunterricht in Anspruch genommen wird.

5.9.3 Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

Stirbt der:die Versicherungsnehmer:in übernehmen wir die Zahlung der Beiträge für das versicherte Kind.

Voraussetzungen

- Der:die Versicherungsnehmer:in ist bei Beginn der Versicherung noch nicht 65 Jahre alt und
- die Versicherung war zum Zeitpunkt des Todes nicht gekündigt.

Art und Höhe der Leistungen

Wir führen die Versicherung beitragsfrei weiter

- mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen;
- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind 18 Jahre alt wird.

Die Person, die das Kind gesetzlich vertritt, wird neuer:r Versicherungsnehmer:in, wenn nicht etwas anderes vereinbart ist. Ist für das versicherte Kind eine Dynamik vereinbart, führen wir diese innerhalb der beitragsfreien Zeit für die vereinbarten Leistungen weiter.

5.10 Baustein Öffentlicher Dienst

Der Baustein Öffentlicher Dienst ist eine optionale Leistung.

Die Leistungen und der Beitrag dafür entfallen, sobald Sie nicht mehr im Öffentlichen Dienst tätig sind – wenn Sie beispielsweise den Beruf wechseln oder das Renten- oder Pensionsalter erreichen.

Voraussetzungen

Während der beruflichen Tätigkeit für ihren Dienstherrn war die versicherte Person körperlicher Gewalt ausgesetzt. Sie hat dabei eine der folgenden Schädigungen ihrer Gesundheit erfahren:

- vollständiger Knochenbruch, Muskel-, Sehnen-, Kapsel- oder Bänderriss;
- Schuss- oder Stichverletzung durch eine Waffe gemäß § 1 Absatz 2 Waffengesetz;
- weitere Verletzungen, die eine ambulante Operation unter Narkose oder Regionalanästhesie, oder einen stationären Aufenthalt im Krankenhaus von mindestens 3 Tagen Dauer notwendig gemacht haben.

Art und Höhe der Leistungen

Bei Schädigungen der Gesundheit wie unter den genannten Voraussetzungen beschrieben, bezahlen wir pauschal eine Leistung in Höhe von 2.500 Euro. Sie ist unabhängig davon, wie viele der genannten Schädigungen der Gesundheit vorliegen. Diese Leistung rechnen wir auch nicht auf mögliche weitere Ansprüche an.

Außerdem stellen wir den Kontakt zu einem unserer qualifizierten Dienstleister her. Er unterstützt dabei, eine Psychotherapie zu vermitteln. Die Kosten für therapeutische Maßnahmen, wie beispielsweise Sitzungen, übernehmen wir nicht.

Beantragung und Nachweis

Sie weisen den Vorfall und seine Folgen innerhalb von **12 Monaten** nach. Dafür benötigen wir folgende Unterlagen:

- ein ärztliches Attest,
- eine Anzeige bei der Polizei sowie
- die Unfallmeldung durch den Dienstherrn.

6 Wann ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

6.1 Ausschlüsse wegen der Unfallart und Beeinträchtigungen der Gesundheit

Ausgeschlossene Unfälle durch	Wir leisten nicht, wenn der Unfall durch eine der folgenden Ursachen ausgelöst wurde	Versicherte Ausnahmen: Unsere Pflicht zur Leistung bleibt unter folgenden Voraussetzungen bestehen
Bestimmte Bewusstseinsstörungen	Nicht versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, – die beim Führen eines Kraftfahrzeuges eintreten und auf einer Alkoholkonzentration im Blut von über 1,3 Promille beruhen; – die auf der Einnahme nicht ärztlich verordneter Drogen und sonstigen Rauschmitteln beruhen; – die auf der Einnahme nicht ärztlich verordneter oder nicht nach ärztlicher Anordnung eingenommener Medikamente beruhen. 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. Beispiel: Durch den Konsum von nicht ärztlich verordneten Drogen balanciert die versicherte Person auf einem Geländer und stürzt ab.	Versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch die unfreiwillige Einnahme von K.O.-Tropfen entstanden sind – wenn die versicherte Person das bei der Polizei angezeigt hat.
Straftaten	Nicht versichert sind Unfälle, die dadurch entstehen, dass die versicherte Person vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht auszuführen.	Versichert sind Unfälle bei Schlägereien, Raufhändeln oder inneren Unruhen – wenn die versicherte Person nicht Urheber:in war.
Kriegsereignisse	Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.	Versichert sind Unfälle, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen ist. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält. Dies gilt nicht, – wenn 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.
Führen eines Luftfahrzeuges	Nicht versichert sind Unfälle der versicherten Person – als Führer:in eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgerätes, wenn nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis nötig ist. Beispiel: Pilot:in, Gleitschirm- oder Drachenflieger:in – als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs, Beispiel: Funker:in, Bordmechaniker:in, Flugbegleiter:in – bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs ausgeübt werden Beispiel: Luftfotograf:in, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung – bei der Benutzung von Raumfahrzeugen Beispiel: Astronaut:in	

Ausgeschlossene Unfälle durch	Wir leisten nicht, wenn der Unfall durch eine der folgenden Ursachen ausgelöst wurde	Versicherte Ausnahmen: Unsere Pflicht zur Leistung bleibt unter folgenden Voraussetzungen bestehen
Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen	Nicht versichert sind Unfälle durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Rennen sind Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen Höchstgeschwindigkeiten erzielt werden sollen. Als Teilnehmer:in gilt jede Person, die fährt oder als Beifahrer:in oder Insass:in in dem Motorfahrzeug mitfährt.	Versichert sind Unfälle der versicherten Person – bei Fahrten auf öffentlichen Kartbahnen in Deutschland – wenn die Veranstaltung reinen Freizeitcharakter hatte und die versicherte Person kein:e Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler:in, Vertragsamateur:in oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport ist. – bei Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, bei denen es nur darum geht, eine Durchschnittsgeschwindigkeit einzuhalten.
Kernenergie	Nicht versichert sind Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.	

Ausgeschlossene Schäden der Gesundheit	Wir leisten nicht für folgende Schäden der Gesundheit	Versicherte Ausnahmen
Schäden an Bandscheiben	Nicht versichert sind Schäden an Bandscheiben.	Versichert sind Schäden an Bandscheiben, wenn – diese Schädigung der Gesundheit überwiegend – also zu mehr als 50 % – durch ein Unfallereignis nach Absatz 1.2 verursacht ist und – für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.
Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen	Nicht versichert sind Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.	Versichert sind Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, wenn – diese Schädigung der Gesundheit überwiegend – also zu mehr als 50 % – durch ein Unfallereignis nach Absatz 1.2 verursacht ist und – für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht.
Schäden durch Strahlen	Nicht versichert sind Schäden durch Strahlen.	Versichert sind Schäden durch Strahlen, für die nach Abschnitt 1.3 Versicherungsschutz besteht.
Schäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper	Nicht versichert sind Schäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahme oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Behandlungen.	Versichert sind Schäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper, wenn – die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen Unfall veranlasst sind, für den nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht oder – wenn es sich um Impfschäden wie in Absatz 1.3 beschrieben handelt. Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.
Schäden durch Infektionen	Nicht versichert sind Schäden durch Infektionen.	Versichert sind Schäden durch Infektionen unter folgenden Voraussetzungen. Die versicherte Person infiziert sich – mit Krankheitserregern, die durch mehr als geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedurft hätten; – durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz, wie in Absatz 1.3 beschrieben, besteht; – mit Erregern, die durch einen Zeckenstich übertragen werden wie FSME und Borreliose; – mit Erregern, die durch einen Insektenstich oder Tierbiss übertragen werden; – mit Erregern für die nach Absatz 1.3 Versicherungsschutz besteht.

Ausgeschlossene Schäden der Gesundheit	Wir leisten nicht für folgende Schäden der Gesundheit	Versicherte Ausnahmen
Schäden durch Vergiftungen	Nicht versichert sind Schäden durch Vergiftungen.	Versichert sind Schäden durch Vergiftungen, für die nach Abschnitt 1.3 Versicherungsschutz besteht.
Krankhafte Störungen als Folge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden	Nicht versichert sind krankhafte Störungen als Folge psychischer Reaktionen. Dies gilt auch, wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Beispiel: – Die versicherte Person hat nach einem Verkehrsunfall eine posttraumatische Belastungsstörung.	

6.2 Nicht versicherbare Personen

Folgende Personen sind nicht versicherbar und sind trotz Beitragszahlung nicht versichert: Ständig pflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung, die mindestens einen **Pflegegrad 3** haben.

Es gilt Folgendes:

- Der Versicherungsschutz entfällt, sobald die versicherte Person aus dem oben genannten Grund nicht mehr versicherbar ist.
- Gleichzeitig enden die Versicherung und die Pflicht, für diese Person Beiträge zu bezahlen.
- Zu viel gezahlte Beiträge erstatten wir.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Anspruch auf Erstattung maximal 3 Jahre lang geltend machen können. Das ist die gesetzliche Verjährungsfrist, wie sie in § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geregelt ist. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem Ihr Anspruch auf Erstattung entstanden ist. Das regelt § 199 Absatz 1 BGB.

7 Warum ist es wichtig, dass Ihre Angaben richtig und vollständig sind?

7.1 Bedeutung unserer Fragen vor Vertragsabschluss

In diesem Abschnitt geben wir Ihnen einen Überblick zum Thema Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

Wir stellen Ihnen vor Vertragsabschluss verschiedene Fragen zu sogenannten gefahrerheblichen Umständen. Damit sind alle Tatsachen gemeint, die unsere Entscheidung, den Versicherungsvertrag mit dem vereinbarten Umfang abzuschließen, beeinflussen können. Diese Angaben sind für uns bedeutsam, um das zu versichernde Risiko richtig einschätzen zu können. Deshalb müssen Sie diese Fragen, die wir Ihnen in Textform stellen, vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Das heißt „vorvertragliche Anzeigepflicht“.

Diese vorvertragliche Anzeigepflicht gilt auch für Fragen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor der Annahme des Vertrages schriftlich stellen.

Wird eine andere Person versichert, muss auch diese Person die Fragen richtig und vollständig beantworten.

Werden Sie von einer anderen Person vertreten und macht diese Person unwahre Angaben oder handelt arglistig, ist es so, als ob Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt hätten.

Auswirkungen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Verletzen Sie oder die versicherte Person diese Anzeigepflicht, kann das gravierende Folgen haben und den Versicherungsschutz gefährden. Es ist möglich, dass wir

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

7.2 Rücktritt vom Vertrag

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben.

Haben Sie die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt, können wir unter folgenden Voraussetzungen trotzdem nicht vom Vertrag zurücktreten: Wir hätten den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen wie einem höheren Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz – auch abgeschlossen, wenn wir die gefahrerheblichen Umstände gekannt hätten.

Im Falle eines Rücktritts verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Treten wir vom Vertrag zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen. Voraussetzung dafür ist:

Sie haben die Anzeigepflicht bei einem gefahrerheblichen Umstand verletzt, der weder Ursache dafür war,

- dass der Versicherungsfall eingetreten ist oder festgestellt wurde,
- noch, dass unsere Leistungspflicht oder ihr Umfang festgestellt wurde.

Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, haben Sie keinen Versicherungsschutz.

7.3 Kündigung des Vertrages

Haben Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt, können wir nicht vom Vertrag zurücktreten.

Stattdessen können wir den Vertrag mit einer Frist **von einem Monat** kündigen.

Unser Recht, den Vertrag zu kündigen, ist unter folgender Voraussetzung ausgeschlossen:

Wir hätten den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen wie einem höheren Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz – auch abgeschlossen, wenn wir die gefahrerheblichen Umstände gekannt hätten.

7.4 Änderung des Vertrages

Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn kündigen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen wie einem höheren Beitrag oder eingeschränktem Versicherungsschutz – auch abgeschlossen hätten, wenn wir die gefahrerheblichen Umstände gekannt hätten.

Dann werden die anderen Bedingungen, wenn wir das verlangen, rückwirkend Bestandteil des Vertrages.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Bestandteil des Vertrages.

Sie können den Vertrag **innerhalb eines Monats**, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, unter folgenden Voraussetzungen fristlos kündigen:

- Wir haben im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöht oder
- wir schließen die Absicherung einer Gefahr für einen nicht angezeigten Umstand aus.

Auf dieses Recht weisen wir Sie in unserer Mitteilung über die Vertragsänderung hin.

7.5 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder zu ändern, stehen uns unter folgenden Voraussetzungen zu:

- Wir haben Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen.
- Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem wir wussten, dass Sie die Anzeigepflicht verletzt haben und auf die wir uns beziehen, wenn wir unser Recht geltend machen.
- Üben wir unsere Rechte aus, müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Wir können nachträglich weitere Umstände zur Begründung angeben, wenn die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.
- Wir haben kein Recht, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder zu ändern, wenn wir den nicht angezeigten Umstand kannten oder wussten, dass die Angabe nicht wahr ist.
- Unsere Rechte erlöschen nach 5 Jahren. Ist der Versicherungsfall vorher eingetreten, können wir die Rechte auch nach dieser Frist geltend machen. Wurde die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist 10 Jahre.

7.6 Anfechtung des Vertrages

Wir können den Vertrag unter folgender Voraussetzung auch anfechten: Unsere Entscheidung, den Vertrag anzunehmen, wurde durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt (arglistig) beeinflusst.

Uns steht dann der Anteil des Beitrages zu, der auf die bereits abgelaufene Vertragszeit entfällt, bis die Anfechtungserklärung wirksam wird.

7.7 Nachträgliche Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 7.1 bis 7.6 gelten auch bei einer Änderung oder Erweiterung des Vertrages, wenn deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

8 Was passiert, wenn sich das Leben ändert?

8.1 Auswirkungen von Altersgruppen auf die Beiträge

Die Tarifstruktur richtet sich nach dem Risikobedarf der jeweiligen Altersgruppe. Bei bestehenden Verträgen wird die versicherte Person jeweils zur Hauptfälligkeit nach dem 11. und 18. Geburtstag in die nächsthöhere Tarifgruppe eingestuft. Zur Hauptfälligkeit nach dem 51. Geburtstag steigen die Beiträge jährlich um 5 %. Zur Hauptfälligkeit nach dem 71. Geburtstag steigen die Beiträge jährlich um 1,5 %. Bitte berücksichtigen Sie, dass es zu Rundungsdifferenzen kommen kann.

Altersgruppe	Tarifgruppe	Veränderung des Beitrages	Änderung oder Ablauf einer Leistung während der Vertragslaufzeit
0 – 10 Jahre	1	–	–
11 – 17 Jahre	2	Zur Hauptfälligkeit nach dem 11. Geburtstag steigt der Beitrag einmalig.	
18 – 50 Jahre	3	Zur Hauptfälligkeit nach dem 18. Geburtstag steigt der Beitrag einmalig.	Der Baustein Kinder und die damit verbundenen Leistungen und Beitragsanteile entfallen zur Hauptfälligkeit nach dem 18. Geburtstag – siehe auch Abschnitt 2.7.
51 – 70 Jahre	4	Zur Hauptfälligkeit nach dem 51. Geburtstag steigt der Beitrag jährlich um 5 %. Ausgenommen hiervon sind der Baustein Öffentlicher Dienst und die Unfall-Rente. Für die Unfall-Rente steigt der Beitrag einmalig zur Hauptfälligkeit nach dem 51. Geburtstag.	Die Dynamik entfällt zur Hauptfälligkeit nach dem 65. Geburtstag – siehe auch Abschnitt 2.9.
Ab 71 Jahre	5	Zur Hauptfälligkeit nach dem 71. Geburtstag steigt der Beitrag jährlich um 1,5 %. Ausgenommen hiervon sind der Baustein Öffentlicher Dienst und die Unfall-Rente.	–
Ab 80 Jahre	6	–	Die Progression und der Kapitalturbo entfallen zur Hauptfälligkeit, nach dem 80. Geburtstag – siehe auch Abschnitt 2.2 und 5.2.

Wir informieren Sie rechtzeitig über die Änderung des Beitrages. Erhöht sich der Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, kündigen. Ihre Kündigung wird wirksam, sobald wir diese erhalten haben.

8.2 Anpassungen bei Volljährigkeit

Bei bestehenden Verträgen stellen wir die Versicherung zur Hauptfälligkeit nach dem 18. Geburtstag des versicherten Kindes auf den Tarif für Erwachsene um. Relevant ist der Tarif für Erwachsene, der bei Abschluss des Vertrags gültig war.

Dazu benötigen wir Informationen darüber, welchen Beruf die versicherte Person ausübt. Wir werden Sie rechtzeitig über den Wechsel informieren.

Haben Sie sich bis zum **Ende des Versicherungsjahres** nicht bei uns gemeldet, wird die versicherte Person automatisch in die günstigere Gefahrengruppe A eingestuft. Stellen wir nach einem Unfall fest, dass der tatsächlich ausgeübte Beruf zur Gefahrengruppe B gehört, kürzen wir Leistungen. Bezahlen Sie aufgrund der falschen Eingruppierung einen geringeren Beitrag, als es nach der richtigen Eingruppierung erforderlich wäre, kürzen wir die Leistung im gleichen Verhältnis.

Haben Sie den Baustein Kinder abgeschlossen, fällt dieser zum Zeitpunkt der Umstellung weg.

8.3 Anpassungen ab dem 65. Geburtstag

Die optional wählbare Leistung Dynamik entfällt zur Hauptfälligkeit nach dem 65. Geburtstag. Alternativ entfällt sie, wenn die Höchstversicherungssumme erreicht ist. Die optional wählbaren Leistungen Kapitalturbo und Progression enden zur Hauptfälligkeit nach dem 80. Geburtstag.

8.4 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung des Beitrages ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich in Textform mitteilen. Informieren Sie uns nicht darüber und wir stellen nach einem Unfall fest, dass der tatsächlich ausgeübte Beruf in eine andere Gefahrengruppe gehört, kürzen wir Leistungen. Bezahlen Sie aufgrund der falschen Eingruppierung einen geringeren Beitrag, als es nach der richtigen Berufsgruppe erforderlich wäre, kürzen wir die Leistung im gleichen Verhältnis.

Auswirkungen der Änderung

Ergeben sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach einem Monat ab der Änderung.

Ergeben sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Ihre Mitteilung erhalten haben, spätestens jedoch nach einem Monat ab der Änderung. Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen zu einem höheren oder niedrigeren Beitrag weiter, sobald wir Ihre Mitteilung dazu erhalten haben.

9 Was gilt für unser Vertragsverhältnis?

9.1 Das Versicherungsjahr

Ein Versicherungsjahr dauert 12 Monate.

Ausnahme: Besteht die vereinbarte Dauer des Vertrages nicht aus ganzen Jahren, ist das erste Versicherungsjahr kürzer. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Ende des Vertrages sind dann jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Dauert ein Vertrag 15 Monate, beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

9.2 Beginn und Dauer des Vertrages

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt an dem Datum, das im Versicherungsschein steht, um 12 Uhr mittags. Voraussetzung dafür ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich **innerhalb von 14 Tagen** bezahlen. Die Frist beginnt an dem Tag, an dem Sie den Versicherungsschein erhalten haben.

Wechseln Sie den Versicherer und Ihre vorherige Versicherung endet bereits am Tag vor dem Datum, das in Ihrem Versicherungsschein steht, beginnt die Versicherung bereits am Tagesanfang. So entsteht keine Lücke im Versicherungsschutz.

Dauer des Vertrages

Der Vertrag dauert so lange, wie es im Versicherungsschein angegeben ist.

Stillschweigende Verlängerung des Vertrages

Dauert der Vertrag mindestens 12 Monate, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn er nicht gekündigt wird. Das ist eine sogenannte stillschweigende Verlängerung.

9.3 Kündigung des Vertrages

Wenn die Vertragsdauer weniger als 12 Monate beträgt,

dann endet der Vertrag zum vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass er gekündigt werden muss – mittags um 12 Uhr.

Wenn die Vertragsdauer mehr als 12 Monate beträgt,

können Sie den Vertrag jeweils zum ersten eines jeden Monats in Textform – das heißt per Brief, E-Mail oder Fax – kündigen. Die Kündigung muss spätestens **einen Monat** vor dem Kündigungstermin bei uns eingegangen sein. Wir können den Vertrag jeweils zur Hauptfälligkeit, also zum Ende des Versicherungsjahres kündigen – frühestens jedoch zum vereinbarten Zeitpunkt. Die Kündigung müssen Sie spätestens **einen Monat** vor dem Kündigungstermin erhalten haben. Der Vertrag endet dann an dem jeweiligen Tag – mittags um 12 Uhr.

Kündigung für einzelne versicherte Personen

Eine Kündigung kann sich auch nur auf einzelne versicherte Personen beschränken. Das ist eine sogenannte Teilkündigung. Machen wir davon Gebrauch, können Sie innerhalb **von 14 Tagen**, nachdem Sie die Kündigung erhalten haben, verlangen, dass wir auch den übrigen Teil der Versicherung beenden. Der Vertrag endet in diesem Fall für alle versicherten Personen zu dem Zeitpunkt, an dem die Kündigung wirksam wird.

Kündigung nach einem Versicherungsfall

Nach einem Versicherungsfall können sowohl Sie als auch wir den Vertrag unter folgenden Voraussetzungen kündigen:

- Wir haben erstmalig eine Leistung erbracht oder
- Sie haben Klage gegen uns erhoben, um eine Leistung zu erhalten.

Die Kündigung müssen Sie oder wir spätestens **einen Monat** nach der Leistung oder nach dem Ende des Rechtsstreits erhalten.

Ihre Kündigung ist wirksam, sobald wir sie erhalten haben. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung erst zu einem späteren Zeitpunkt wirksam werden soll. Der späteste Zeitpunkt ist zum Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird **einen Monat**, nachdem Sie diese erhalten haben, wirksam.

9.4 Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens

Ändert sich Ihr Name oder Ihre Anschrift, müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren. Versäumen Sie das und wir wollen eine Erklärung Ihnen gegenüber abgeben – also Post an Sie schicken – gilt Folgendes:

- Unsere Erklärung gilt 3 Tage, nachdem wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift abgeschickt haben, als zugestellt.
- Das gilt auch, wenn Sie uns nicht mitgeteilt haben, dass sich Ihr Name geändert hat.

9.5 Verlegung des Wohnsitzes in einen Staat innerhalb der EU oder EWR

Verlegen Sie oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat innerhalb der Europäischen Union (EU) bzw. Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), gewähren wir weiterhin Versicherungsschutz. Muss die versicherte Person nach einem Unfall begutachtet werden, erfolgt dies in Deutschland nach deutschem Recht zu Ihren Lasten.

Zu dem Zeitpunkt, wenn Sie uns über Ihren Umzug informieren, stellen wir Ihren Vertrag auf jährliche Zahlungsweise um. Haben Sie mit uns eine andere Zahlweise vereinbart, gilt diese nicht mehr; auch mögliche Zuschläge für Ratenzahlung fallen weg.

9.6 Ende des Vertrages durch Umzug in einen Staat außerhalb der EU oder EWR

Eine Änderung Ihres gewöhnlichen Wohnsitzes müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Verlegen Sie oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union (EU) bzw. des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR), endet das Versicherungsverhältnis zur Hauptfälligkeit, die auf den Tag des Umzugs folgt. Es sei denn, wir setzen es aufgrund einer gesonderten Vereinbarung fort.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Anspruch auf Erstattung maximal 3 Jahre lang geltend machen können. Das ist die gesetzliche Verjährungsfrist, wie sie in § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geregelt ist. Sie beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem Ihr Anspruch auf Erstattung entstanden ist. Das regelt § 199 Absatz 1 BGB.

Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes

Der gewöhnliche Aufenthalt ist der Ort, an dem Sie oder die versicherte Person sich gewöhnlich aufhalten – also wohnen. Das Verlegen des gewöhnlichen Aufenthaltes heißt Folgendes:

- Sie oder die versicherte Person halten sich länger als 6 Monate ohne Unterbrechung in einem Staat außerhalb der EU oder des EWR auf.
- Sie oder die versicherte Person halten sich mehrfach innerhalb eines Kalenderjahres außerhalb der EU oder des EWR auf. Voraussetzung ist, dass die Dauer der Aufenthalte im Ausland zusammen mehr als 6 Monate beträgt und zwischen den Aufenthalten ein Zusammenhang besteht.

Verlegen Sie oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt innerhalb der EU bzw. des EWR, führen wir das Versicherungsverhältnis unter folgenden Voraussetzungen fort:

- Der Betrag, den wir berechnen, enthält die Steuer des jeweiligen Landes, in das Sie oder die versicherte Person den gewöhnlichen Aufenthalt verlegt haben.
- Wir stellen auf jährliche Zahlungsweise um.

9.7 Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen

Fremdversicherung

Nur Sie als Versicherungsnehmer:in dürfen die Rechte aus diesem Vertrag ausüben.

Das gilt auch, wenn die Versicherung als Fremdversicherung abgeschlossen ist. Das bedeutet, es sind auch Unfälle versichert, die einer anderen Person zustoßen und wir leisten auch für diese Unfälle.

Deshalb ist außer Ihnen auch die versicherte Person dafür verantwortlich, die Obliegenheiten zu erfüllen. Das haben wir in Abschnitt 3.1 ausführlich beschrieben.

Rechtsnachfolger:innen und sonstige Anspruchsteller:innen

- Alle Bestimmungen, die für Sie gelten, sind entsprechend auch für Ihre Rechtsnachfolger:innen und sonstige anspruchstellenden Personen gültig.
- Ohne unsere Zustimmung können Sie die Ansprüche aus dieser Versicherung vor der Fälligkeit weder übertragen noch verpfänden.

9.8 Verjährung

Die gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren **drei Jahre**. Die Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Hemmung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

Aussetzung der Verjährung

Hat jemand einen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht, ist die Verjährung gehemmt. Das heißt, die Verjährungsfrist ist für die Dauer der Hemmung unterbrochen. Das gilt ab dem Tag, an dem die Person den Anspruch geltend gemacht hat bis zum Zeitpunkt, an dem sie unsere Entscheidung dazu in Textform erhalten hat.

9.9 Mitteilungen zu diesem Vertrag

Mitteilungen oder Erklärungen zu diesem Vertrag richten Sie bitte an folgende Stellen:

- an unsere Hauptverwaltung in 51067 Köln, Coloniaallee 10 – 20 oder
- an die Agentur, die Sie betreut. Die Kontaktdaten finden Sie auf Ihrem Versicherungsschein oder den Nachträgen dazu.

9.10 Kontakte, wenn Sie nicht mit uns zufrieden sind

Unser Kundenservice

Es ist stets unser Ziel, Ihnen einen optimalen Service zu bieten. Gelingt uns das einmal nicht, wenden Sie sich bitte an unseren Kundenservice. Sie erreichen die Mitarbeitenden dort unter 0221/148-410 01. Wir reagieren so schnell wie möglich und suchen eine Lösung.

Der Versicherungsombudsmann e.V.

Sind Sie mit einer Entscheidung von uns nicht zufrieden oder führt eine Verhandlung nicht zu dem gewünschten Ergebnis, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Sie erreichen ihn derzeit unter folgenden Kontaktdaten:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

Telefon: 0800/3696000

Fax: 0800/3699000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Webseite: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige Schlichtungsstelle, die für Verbraucher:innen kostenfrei arbeitet. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Das ist aber nur möglich, solange in der gleichen Angelegenheit kein Rechtsstreit anhängig ist. Das Schlichtungsverfahren ist bis zu einem Beschwerdewert von 100.000 Euro möglich.

Haben Sie diesen Vertrag als Verbraucher:in online, beispielsweise über eine Webseite oder per E-Mail abgeschlossen, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Die Versicherungsaufsicht

Sie sind mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder es treten Meinungsverschiedenheiten bei der Abwicklung des Vertrages auf? Dann können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Das ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). 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.

Der Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten. Welches Recht gilt und welche Gerichte zuständig sind, beschreiben wir im folgenden Abschnitt „Geltendes Recht und Gerichtsstand“.

9.11 Geltendes Recht und Gerichtsstand

Für diesen Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Zuständige Gerichte

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag sind folgende Gerichte zuständig:

Sie klagen	Wir klagen
Sie können Klage gegen uns beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem – wir unseren Sitz haben, – die für Ihren Vertrag zuständige Niederlassung ihren Sitz hat, – Sie Ihren Wohnsitz haben oder – Sie sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben.	Wir können Klage gegen Sie beim zuständigen Gericht des Bezirks einreichen, in dem – Sie Ihren Wohnsitz haben oder – Sie sich gewöhnlich in Deutschland aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben. Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können wir Sie vor dem für unseren Sitz zuständigen Gericht verklagen.

Bestehen nach deutschem Recht weitere Gerichtsstände, können Sie auch dort Klage erheben.

10 Was ist bei der Beitragszahlung wichtig?

10.1 Modalitäten der Beitragszahlung

Sie können wählen, in welchem Turnus Sie Ihre Beiträge bezahlen. Das nennen wir die Zahlungsweise. Sie können monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. Nach der von Ihnen gewählten Zahlungsweise richtet sich die Dauer der Versicherungsperiode:

Zahlweise	Dauer der Versicherungsperiode
In 12 Monatsbeiträgen	ein Monat
In 4 Vierteljahresbeiträgen	ein Vierteljahr – 3 Monate
In 2 Halbjahresbeiträgen	ein halbes Jahr – 6 Monate
In einem Jahresbeitrag	ein Jahr – 12 Monate

Haben Sie vereinbart, den Beitrag in Raten zu bezahlen, erhöht sich der Beitrag um einen Zuschlag für diese Ratenzahlung. Er beträgt:

- 5 % bei Monatsbeiträgen,
- 5 % bei Vierteljahresbeiträgen und
- 3 % bei Halbjahresbeiträgen.

Bitte beachten Sie: Wählen Sie die monatliche Zahlungsweise müssen Sie uns ein SEPA-Mandat erteilen.

In Ihrem Beitrag ist die gesetzlich vorgeschriebene Versicherungssteuer von aktuell 19 % enthalten.

10.2 Folgen einer nicht rechtzeitigen Zahlung der Beiträge

Zahlung des ersten Beitrages

Nachdem Sie den Versicherungsschein von uns erhalten haben, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich innerhalb von **14 Tagen** bezahlen.

Verspätete Bezahlung des ersten Beitrages

Bezahlen Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt auch der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt.

Darauf müssen wir Sie durch einen deutlich sichtbaren Hinweis im Versicherungsschein separat in Textform aufmerksam gemacht haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

Rücktritt vom Vertrag

Bezahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Weisen Sie nach, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, können wir nicht zurücktreten.

Zahlung von Folgebeiträgen

Die Folgebeiträge sind zu dem vereinbarten Zeitpunkt entsprechend Ihrer gewählten Zahlungsweise fällig.

Verspätete Bezahlung eines Folgebeitrages

Bezahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, geraten Sie in Verzug – auch wenn Sie keine Mahnung von uns erhalten haben. Das gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Im Falle des Verzuges sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns entstanden ist. Das beschreiben wir im folgenden Abschnitt "Zahlungsfrist".

Zahlungsfrist

Bezahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten eine Zahlungsfrist setzen. Wir müssen Ihnen diese Zahlungsfrist in Textform mitteilen und sie muss mindestens 14 Tage betragen.

Unsere Aufforderung zur Zahlung der offenen Beiträge ist nur wirksam, wenn wir Sie darin über Folgendes informieren:

- Wir müssen die offenen Beiträge, die Zinsen und die Kosten in ihrer Höhe exakt angeben.
- Wir müssen die Rechtsfolgen, die mit der Überschreitung der Frist verbunden sind, angeben.

Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Haben Sie den offenen Betrag auch nach Ablauf der Zahlungsfrist nicht bezahlt, gilt Folgendes:

- Sie verlieren ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung Ihren Versicherungsschutz.
- Wir können den Vertrag fristlos kündigen.

Bezahlen Sie den offenen Beitrag innerhalb eines Monats, nachdem wir gekündigt haben, besteht der Vertrag weiter.

Tritt in der Zeit zwischen dem Ende der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung ein Versicherungsfall ein, haben Sie keinen Versicherungsschutz.

10.3 Zahlung mit SEPA-Lastschriftmandat

Haben Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt, buchen wir den Beitrag von einem Konto ab. Sie haben rechtzeitig bezahlt, wenn wir den Beitrag zur Fälligkeit vom Konto abbuchen können und Sie dem nicht widersprechen.

Sie haben auch rechtzeitig bezahlt, wenn wir den fälligen Beitrag nicht abbuchen können – Sie jedoch nicht daran schuld sind. Bezahlen Sie den offenen Beitrag dann unverzüglich, nachdem wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben, gilt er als rechtzeitig bezahlt.

Sind Sie dafür verantwortlich, dass wir den offenen Beitrag nicht abbuchen konnten, können wir für die Zukunft eine andere Zahlungsart verlangen. Sie müssen allerdings erst bezahlen, wenn wir Sie in Textform dazu aufgefordert haben.

10.4 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Endet der Vertrag vorzeitig, steht uns nur der Teil des Beitrages zu, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

11 Mindeststandard des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Leistungen Sie in keinem Punkt schlechterstellen als die Leistungen, die der GDV für Unfallversicherungen empfiehlt. Grundlage der Empfehlung des GDV sind die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen 2020 (Stand Dezember 2020).

12 Innovationsklausel

Wann gelten Verbesserungen der Bedingungen?

Unter folgenden Voraussetzungen gelten neue Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag:

- Die Bedingungen, die dem Vertrag zugrunde liegen, werden ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer:innen und ohne höhere Prämie geändert.

Das nennt man Bedingungsverbesserungen.

13 Glossar

Arglist: Wenn jemand bewusst falsche Angaben macht oder Informationen verschweigt mit dem Vorsatz, uns in die Irre zu führen. Sie handeln arglistig, wenn Sie bei uns vorsätzlich einen Irrtum hervorrufen, um uns zur Abgabe einer Willenserklärung zu veranlassen. Diese Täuschung kann durch Vorspiegelung falscher Tatsachen, aber auch durch einfaches Verschweigen einer Tatsache hervorgerufen werden. Hierzu müssen Sie wissen, oder es zumindest in Erwägung ziehen, dass die vorgespiegelten Tatsachen falsch sind.

Dauer der Leistung: Zeitraum, für den wir die vereinbarten Leistungen bezahlen, wenn ein Versicherungsfall während der Gültigkeit des Vertrages eingetreten ist.

Erklärungen: Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Gefahrengruppe: Die Berufe der Versicherungsnehmer:innen werden unterschiedlichen Gefahrengruppen zugeordnet – je nachdem, wie hoch das Risiko in ihrem jeweiligen Beruf ist. Die Gefahrengruppe hat Einfluss auf den Beitrag für die Unfallversicherung.

Grobe Fahrlässigkeit: Sie handeln grob fahrlässig, wenn Sie die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß nicht beachten. Dies ist auch der Fall, wenn Sie schon einfachste, sehr naheliegende Überlegungen nicht anstellen.

Hauptfälligkeit: Das Datum, an dem das Versicherungsjahr endet und das neue beginnt.

Lebensbescheinigungen: Bescheinigungen, die Versicherungen oder andere staatliche Stellen verlangen können, wenn sie Leistungen ausbezahlen, die mit dem Leben einer Person zusammenhängen, wie beispielsweise Renten. Bestimmte vertrauenswürdige Stellen wie Banken oder Behörden bestätigen auf einer Lebensbescheinigung, dass die angegebene Person lebt und sie die Leistung weiterhin erhalten kann.

Obliegenheiten: Bei der Feststellung von Leistungen aus dieser Versicherung sind wir auf das Mitwirken von Ihnen als Versicherungsnehmer:in sowie der versicherten Person angewiesen. Sie haben beispielsweise die Pflicht, die von uns für die Leistungsprüfung benötigten Unterlagen zur Verfügung zu stellen. Die Verhaltenspflichten können Sie in Abschnitt 3 und 7 nachlesen.

Stillschweigende Verlängerung: Der Vertrag verlängert sich automatisch, wenn er nicht gekündigt wird.

Textform: Ihre Mitteilungen an uns genügen der Textform, wenn sie als E-Mail oder Fax verschickt werden. Ein unterschriebener Brief ist in diesem Fall nicht erforderlich.

Unverzüglich: Bedeutet ohne schuldhaftes Zögern, d.h. so schnell wie möglich.

Versicherte Person: Die im Vertrag bezeichnete Person, für die wir Versicherungsschutz gewähren. Diese können Sie als Versicherungsnehmer:in oder auch eine dritte Person sein. Fallen Versicherungsnehmer:in und versicherte Person auseinander, bedarf es der Zustimmung der versicherten Person zur Wirksamkeit des Vertrages.

Versicherungsfall: Ereignis, das eintritt und die vertraglich vereinbarte Leistungspflicht auslöst. Zum Beispiel: Die versicherte Person wird durch einen Unfall invalide.

Versicherungsjahr: Das erste Versicherungsjahr fängt mit dem Beginn der Versicherung an und dauert in der Regel 12 Monate. Es kann aber kürzer ausfallen, je nachdem, wann die Versicherung abgeschlossen wurde. Alle folgenden Versicherungsjahre beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beginnt beispielsweise eine Versicherung am 01. April, dann endet das Versicherungsjahr am 01. April des folgenden Jahres, jeweils um 12:00 Uhr.

Versicherungsnehmer:in: Unser:e Vertragspartner:in, der:die im Versicherungsschein genannt ist und diesen erhält. Versicherungsnehmer:in kann nur eine einzelne natürliche Person sein.

Versicherungsperiode: Zeitraum, nach welchem die Beiträge berechnet werden. Sie hängt von der vereinbarten Zahlungsweise ab, d.h. bei jährlicher Beitragszahlung umfasst sie ein Jahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung beträgt sie einen Monat, ein Vierteljahr oder ein halbes Jahr.

Versicherungsschein (Police): Ihre Urkunde über den Versicherungsvertrag. Sie gibt Auskunft über die wesentlichen Vertragsinhalte. Sie benötigen diese Urkunde, wenn Sie Ihre Ansprüche auf Leistungen aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Vorsatz: Sie handeln vorsätzlich, wenn Sie den Eintritt eines Ereignisses für sicher oder zumindest für möglich halten und ihn bewusst in Kauf nehmen bzw. herbeiführen oder nicht verhindern wollen.