allsafe bodyguard
Unfallversicherung

Verlässlich versichert.
Persönlich betreut.



Verbraucherinformationen

A. Leistungsübersicht

Kurzübersicht der Leistungsaussagen in den wählbaren Tarifvarianten.

Wichtiger Hinweis: Diese Leistungsübersicht stellt die für diesen Vertrag geltenden Bedingungen stark verkürzt und unvollständig dar. Eine ausführliche und allein rechtsverbindliche Darstellung der jeweiligen Leistungsinhalte und Leistungsvoraussetzungen können Sie den Versicherungsbedingungen in den Abschnitten D, E und F entnehmen.

Leistungen in der Übersicht ✓ = versichert - = nicht versichert	Belegstelle	**pure 2.0**	**fine 2.0**	**prime 2.0**	**perfect 2.0**
Unfalldefinition					
Unfall (plötzlich, von außen, auf den Körper wirkendes Ereignis, dass eine unfreiwillige Gesundheitsschädigung verursacht)	D § 5 Nr. 1	✓	✓	✓	✓
Erhöhte Kraftanstrengungen und/oder Eigenbewegungen mit Schädigung von Gliedmaßen, Wirbelsäule, Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln, Menisken oder sonstiger Knorpel	D § 5 Nr. 2 a)	-	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden bei Verteidigung oder Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen	D § 5 Nr. 2 b)	✓	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Heilmaßnahmen, Maniküre oder Pediküre	D § 5 Nr. 2 c)	-	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden durch Einwirkung von Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen	D § 5 Nr. 2 d)	✓	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden durch Einwirkung von energiereichen Strahlen	D § 5 Nr. 2 d)	-	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich	D § 5 Nr. 2 d)	-	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden durch mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen	D § 5 Nr. 2 e)	✓	✓	✓	✓
Reitunfälle, auch Reiten ohne Sattel, ohne Helm oder fehlender bzw. fehlerhafter Zäumung	D § 5 Nr. 2 f)	✓	✓	✓	✓
Bade- und tauchtypische Unfälle (Ertrinken, Ersticken, Barotrauma)	D § 5 Nr. 2 g)	Ertrinken und Ersticken	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden durch Flüssigkeits-, Nahrungs- und Sauerstoffentzug	D § 5 Nr. 2 h)	✓	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden während einer Geiselhaft, Entführung oder Fluchtversuch	D § 5 Nr. 2 i)	-	-	✓	✓
Gesundheitsschäden durch Kälte (z. B. Erfrieren)	D § 5 Nr. 2 j)	-	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden durch Einatmen gesundheitsschädlicher Stoffe (z. B. Gase, Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren)	D § 5 Nr. 2 k)	mehrere Stunden	bis zu 7 Tage	bis zu 7 Tage	bis zu 7 Tage
Vergiftungen (z. B. durch Lebensmittel, vermeintliche Lebensmittel)	D § 5 Nr. 2 k)	✓	✓	✓	✓
Blutvergiftungen	D § 5 Nr. 2 k)	✓	✓	✓	✓
Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe	D § 5 Nr. 2 k)	bis Vollendung 14. Lebensjahr	✓	✓	✓

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Leistungen in der Übersicht ✓ = versichert - = nicht versichert	Belegstelle	**pure 2.0**	**fine 2.0**	**prime 2.0**	**perfect 2.0**
Infektionen durch Hautverletzung oder Einspritzen (z. B. Zeckenbiss)	D § 5 Nr. 2 l) I)	durch Hautverletzung	durch Hautverletzung	✓	✓
Infektionen durch Anhauchen, Anniesen oder Anhusten	D § 5 Nr. 2 l) I)	-	-	-	✓
Infektionskrankheiten ohne Nachweis einer Hautverletzung (z. B. Borreliose, Cholera, Diphtherie, Kinderlähmung, Frühsommermeningitis, Hirnhautentzündung, Tollwut, Wundstarrkrampf)	D § 5 Nr. 2 l) II)	ausschließlich Tollwut und Wundstarrkrampf	22 Infektionskrankheiten	30 Infektionskrankheiten	30 Infektions-krankheiten
Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen gegen die versicherten Infektionskrankheiten	D § 5 Nr. 2 l) III)	-	✓	✓	✓
Gesundheitsschäden oder allergische Reaktionen durch Insekten und andere Tiere	D § 5 Nr. 2 m)	-	✓	✓	✓
Stationäre Desensibilisierungsmaßnahmen aufgrund allergischer Reaktionen nach Insektenstichen oder Tierbissen gelten als Krankenhausaufenthalt	D § 5 Nr. 2 m)	-	-	✓	✓
Psychische und nervöse Störungen aufgrund unfallbedingter Organerkrankungen oder unfallbedingter Epilepsie	D § 5 Nr. 2 n)	-	✓	✓	✓
Ausübung von Kite-Sportarten	D § 6 Nr. 2	✓	✓	✓	✓
Nutzung von Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten als Passagier, Fluggast oder Flugschüler (passives Flugrisiko)	D § 6 Nr. 2	✓	✓	✓	✓
Kart-Nutzung im Rahmen gelegentlicher Freizeit-Rennen	D § 6 Nr. 3	-	✓	✓	✓
Mitversicherung von Unfällen durch Bewusstseinsstörungen					
Unfälle unter Alkoholeinfluss (ausgenommen Führen eines Kraftfahrzeuges)	D § 6 Nr. 1 c)	unter 2,0 ‰	✓	✓	✓
Unfälle beim Führen eines Kraftfahrzeuges unter Alkoholeinfluss	D § 6 Nr. 1 c)	unter 0,5 ‰	unter 1,1 ‰	unter 1,5 ‰	unter 1,5 ‰
Unfälle durch Herzinfarkt oder Schlaganfall	D § 6 Nr. 1 f) und g)	-	✓	✓	✓
Unfälle durch Übermüdung oder Schlafwandeln	D § 6 Nr. 1 h)	✓	✓	✓	✓
Unfälle durch Bewusstseinsstörungen infolge Einnahme ärztlich verordneter Medikamente	D § 6 Nr. 1 d)	-	✓	✓	✓
Ungewollte Einnahme narkotisierend wirkender Substanzen (z. B. K.O.-Tropfen)	D § 6 Nr. 1 i)	-	✓	✓	✓
Epileptische Anfälle oder Krampfanfälle, auch wenn diese den ganzen Körper ergreifen	D § 6 Nr. 1 e)	-	✓	✓	✓
Unfälle bei Ausführung von Straftaten					
Herstellung und Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper durch versicherte Personen	D § 6 Nr. 4 b)	-	bis Vollendung 14. Lebensjahr	bis Vollendung 14. Lebensjahr	bis Vollendung 18. Lebensjahr
Unfälle, die versicherten Personen beim Führen von Land-, Wasser- und Luftfahrzeugen ohne erforderliche Fahrerlaubnis zustoßen	D § 6 Nr. 4 c)	-	bis Vollendung 14. Lebensjahr	bis Vollendung 14. Lebensjahr	bis Vollendung 18. Lebensjahr

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

allsafe bodyguard
Leistungsübersicht

Verlässlich versichert.
Persönlich betreut.

Leistungen in der Übersicht ✓ = versichert - = nicht versichert	Belegstelle	pure 2.0	fine 2.0	prime 2.0	perfect 2.0
Krieg und Terrorschutz					
Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse im Ausland mitversichert bis zu	D § 6 Nr. 5 a)	7 Tage	14 Tage	21 Tage	21 Tage
Terroranschläge im Inland	D § 6 Nr. 5 b)	✓	✓	✓	✓
Grundsätzliche Leistungen					
Totgeburt infolge eines versicherten Unfalls	D § 7 Nr. 1	-	5.000 Euro	5.000 Euro	5.000 Euro
Beitragsfreie Vorsorgeversicherung für 12 Monate für neugeborene oder hinzukommende adoptierte minderjährige Kinder, Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner* (Invaliditätssumme/Todesfallsumme)	D § 7 Nr. 2	50.000 Euro/ 5.000 Euro	50.000 Euro / 5.000 Euro	100.000 Euro / 5.000 Euro	100.000 Euro / 5.000 Euro
Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers mit uneingeschränktem Versicherungsschutz für die minderjährigen versicherten Personen	D § 7 Nr. 3	-	bis 18 LJ. der VP	bis 18 LJ. der VP	bis 18 LJ. der VP
Beitragsfreier Versicherungsschutz für Dritte als Notfallhelfer der versicherten Person (Invaliditätssumme/Todesfallsumme)	D § 7 Nr. 5	-	-	25.000 Euro / 25.000 Euro	25.000 Euro / 25.000 Euro
Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit bis	D § 13	-	12 Monate	12 Monate	12 Monate
Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit bis	D § 14	-	-	-	12 Monate
Helmbonus bei Unfällen mit schweren Kopfverletzungen einmalig	D § 7 Nr. 4	-	5.000 Euro	10.000 Euro	25.000 Euro
Pflegegeld bei Pflegegrad 3 ab achten Tag für die Dauer von bis zu 30 Tagen	D § 7 Nr. 6	-	20 Euro pro Tag	20 Euro pro Tag	20 Euro pro Tag
Mögliche Leistungsarten (Im Versicherungsumfang enthalten, soweit diese ausdrücklich mit uns vereinbart sind)					
Invaliditätsstaffeln mit 225%, 350% oder 500% Progression möglich	D § 8 Nr. 1 e)	✓	✓	✓	✓
Vorschuss auf Invaliditätsleistung von ...% / bei Invaliditätsgrad von mindestens ...%	D § 8 Nr. 1 f)	-	25% / 40%	40% / 25%	40% / 1%
Unfall-Invaliditätsrente ab ...% Invaliditätsgrad volle Rentenleistung	D § 8 Nr. 2 a)	50%	50%	50%	50%
Unfall-Invaliditätsrenten-Garantiezeit von 60 Monaten nach Tod der versicherten Person	D § 8 Nr. 2 b)	✓	✓	✓	✓
Neubemessungsfrist der Invalidität bei volljährigen versicherten Personen innerhalb	D § 8 Nr. 2 b)	36 Monate	36 Monate	36 Monate	VN: 60 Monate VR: 24 Monate
Unfall-Krankentagegeld auch bei nicht stationärem Krankenhausaufenthalt nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit bis	D § 8 Nr. 3 c)	365 Tage	365 Tage	365 Tage	365 Tage
Unfall-Krankentagegeld auch bei Berufsausübung aus Pflichtgefühl	D § 8 Nr. 3 a)	-	-	✓	✓
Unfall-Krankentagegeld „Spezial“ ab 15. Tag einer Leistungsunfähigkeit	D § 8 Nr. 4	✓	✓	✓	✓

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Leistungen in der Übersicht ✓ = versichert - = nicht versichert	Belegstelle	**pure 2.0**	**fine 2.0**	**prime 2.0**	**perfect 2.0**
Unfall-Krankenhaustagegeld nach stationärem Krankenhausaufenthalt bis	D § 8 Nr. 5 b)	730 Tage	1.825 Tage	1.825 Tage	2.000 Tage
Unfall-Krankenhaustagegeld, Leistung auch über die maximale Leistungsdauer hinaus bei erforderlicher Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials)	D § 8 Nr. 5 b)	✓	✓	✓	✓
Unfall-Krankenhaustagegeld auch nach ambulanten Operationen	D § 8 Nr. 5 b)	1 Tag	3 Tage	3 Tage	3 Tage
Doppelter Unfall-Krankenhaustagegeldsatz bei unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt im Ausland bis	D § 8 Nr. 5 b)	-	28 Tage	28 Tage	2.000 Tage
Gips-Geld in Höhe des 3-fachen Krankenhaustagegeld-Tagessatzes	D § 8 Nr. 5 b)	-	✓	✓	✓
Komageld in Höhe von ...% des Krankenhaustagegeld-Tagessatzes für bis zu 84 Tage	D § 8 Nr. 5 c)	-	100%	100%	100%
Pflegetagegeld in Höhe von ...% des Krankenhaustagegeld-Tagessatzes für bis zu 60 Tage	D § 8 Nr. 5 b)	-	100%	100%	100%
Genesungsgeld, in vereinbarter Höhe bis	D § 8 Nr. 6 b)	100 Tage	500 Tage	750 Tage	750 Tage
Unfall-Todesfallleistung, bei unfallbedingtem Tod innerhalb von	D § 8 Nr. 7 a)	12 Monaten	12 Monaten	24 Monaten	24 Monaten
Unfall-Todesfallleistung bei Verschollenheit der versicherten Person	D § 8 Nr. 7 a)	✓	✓	✓	✓
Unfall-Todesfallleistung auch bei Unfalltod im Zusammenhang mit Bewusstseinsstörungen jeder Art	D § 8 Nr. 7 a)	-	-	-	bis max. 20.000 Euro
Doppelte Unfall-Todesfallleistung für minderjährige Vollwaisen nach gleichzeitigem Unfalltod der Eltern	D § 8 Nr. 7 c)	-	bis 50.000 € je Elternteil	bis 50.000 € je Elternteil	bis 100.000 € je Elternteil
Übergangsleistung	D § 8 Nr. 8 b)	Beeinträchtigung von 50% nach 6 Monaten	Beeinträchtigung von 50% nach 6 Monaten oder Beeinträchtigung 100 % nach 3 Monaten	Beeinträchtigung von 50% nach 6 Monaten oder Beeinträchtigung 100 % nach 3 Monaten	Beeinträchtigung von 50% nach 6 Monaten oder Beeinträchtigung 100 % nach 3 Monaten
Sofortleistung bei Schwerstverletzungen	D § 8 Nr. 9	✓	✓	✓	✓
Wichtige Fristen					
Eintritt der Invalidität innerhalb	D § 8 Nr. 1 b) D § 8 Nr. 2 b)	15 Monate	18 Monate	24 Monate	24 Monate
Geltendmachung und Feststellung der Invalidität innerhalb	D § 8 Nr. 1 b) D § 8 Nr. 2 b)	18 Monate	24 Monate	36 Monate (Infektionen 39 Monate)	36 Monate (Infektionen 39 Monate)
Meldefrist bei Unfall-Tod innerhalb von	D § 8 Nr. 7 b)	48 Stunden	7 Tage	7 Tage	28 Tage

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Leistungen in der Übersicht ✓ = versichert - = nicht versichert	Belegstelle	**pure 2.0**	**fine 2.0**	**prime 2.0**	**perfect 2.0**
Mitwirkung					
Verzicht auf die Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an den Folgen eines Unfalls bis zu einem Mitwirkungsgrad von	D § 9	<25%	<50%	100 %	100 %
Kostenersatz					
Dolmetscher- und Übersetzungskosten bis	D § 10 Nr. 2	500 Euro	500 Euro	500 Euro	500 Euro
Kurkostenbeihilfe bei stationären Kuren bis	D § 10 Nr. 3	-	-	10.000 Euro (gesamt für Reha- und Kur, inkl. ambulante Reha bis 50 Euro/tgl. max. 2.500 Euro)	25.000 Euro (gesamt für Reha- und Kur, inkl. ambulante Reha bis 50 Euro/tgl. max. 2.500 Euro)
Rehabilitationskosten bis	D § 10 Nr. 3	-	1.000 Euro für stationäre Reha-Maßnahmen		
Such-, Bergungs- und Rettungskosten bis	D § 10 Nr. 1 a)	insgesamt 10.000 Euro	insgesamt 30.000 Euro	insgesamt 30.000 Euro	insgesamt 1 Mio. Euro
Krankentransport- und Rückholkosten bis	D § 10 Nr. 1 b)				
Bestattungs- und Überführungskosten bis	D § 10 Nr. 1 c)				
Therapiekosten nach Einatmung schädlicher Stoffe, sowie nach Druckwellen und Bade- und Tauchunfällen bis	D § 10 Nr. 1 d)				
Psychologische Betreuung nach räuberischem Überfall oder Geiselnahme bis	D § 10 Nr. 4	-	10 Sitzungen	10 Sitzungen	10 Sitzungen
Psychologische Betreuung soweit die versicherte Person oder ein Verwandter 1. Grades eine unfallbedingte Schwerstverletzung erleidet bis	D § 10 Nr. 4	-	-	10 Sitzungen	10 Sitzungen
Kosmetische Operationen (einschließlich Zahnbehandlungskosten oder Kosten des unfallbedingt erforderlichen Zahnersatzes von natürlichen Front- und Eckzähnen) bis	D § 10 Nr. 5	10.000 Euro	insgesamt 30.000 Euro	insgesamt 30.000 Euro	insgesamt 1 Mio. Euro
Unfallbedingte Zahnersatz- und Zahnbehandlungskosten von allen natürlichen Zähnen)	D § 10 Nr. 5	-			
Unfallbedingte Zerstörung von Zahnersatz bis	D § 10 Nr. 5	-	2.500 Euro	2.500 Euro	2.500 Euro
Kosmetische Maßnahmen aufgrund von Krebserkrankung	D § 10 Nr. 6	-	-	5.000 Euro	10.0000 Euro
Rooming-In Kostenübernahme bei stationärem Aufenthalt eines mitversicherten Kindes bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bis	D § 10 Nr. 7	30 Übernachtungen, 30 Euro pro Übernachtung	30 Übernachtungen, 30 Euro pro Übernachtung	30 Übernachtungen, 30 Euro pro Übernachtung	bis 30 Übernachtungen, 30 Euro pro Übernachtung
Nachhilfekosten bis zu 30 Euro pro Tag für 100 Schultage	D § 10 Nr. 8	-	✓	✓	✓
Kinderbetreuungs-/Kinderunterbringungs- und Haushaltshilfegeld für die Dauer von bis zu 100 Tagen	D § 10 Nr. 9	-	75 Euro pro Tag	75 Euro pro Tag	75 Euro pro Tag
Behindertengerechte Ein- und Umbaumaßnahmen an der bewohnten Wohnung einschließlich eventuell anfallender Umzugskosten bis insgesamt	D § 10 Nr. 10	-	10.000 Euro	10.000 Euro	25.000 Euro

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Leistungen in der Übersicht ✓ = versichert - = nicht versichert	Belegstelle	**pure 2.0**	**fine 2.0**	**prime 2.0**	**perfect 2.0**
Behindertengerechte Umrüstung des PKW der versicherten Person bis	D § 10 Nr. 10	-	10.000 Euro	10.000 Euro	25.000 Euro
Umschulungsmaßnahmen, Kostenersatz bis	D § 10 Nr. 10	-	10.000 Euro	10.000 Euro	25.000 Euro
Kostenersatz für Hilfsmittel und Prothesen bis	D § 10 Nr. 10	-	5.000 Euro	5.000 Euro	10.000 Euro
Kosten für die Reparatur bereits vorhandener und erforderlicher Gliedmaßenprothesen bis	D § 10 Nr. 11	-	-	-	2.500 Euro
Kostenersatz für Haustierbetreuung bis	D § 10 Nr. 12	-	-	-	50 Euro pro Tag insgesamt 1.500 Euro
Leistungsgarantien und Besonderheiten					
Besitzstandsgarantie	D § 11	-	-	-	✓
Die Versicherungsbedingungen und Leistungen entsprechen den Musterbedingungen des Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)	D § 12 Nr. 1	✓	✓	✓	✓
Die Versicherungsbedingungen und Leistungen entsprechen den Empfehlungen des Arbeitskreises Beratungsprozesse	D § 12 Nr. 2	-	✓	✓	✓
Innovationsklausel – zukünftige Bedingungsverbesserungen sind automatisch vereinbart	D § 12 Nr. 3	✓	✓	✓	✓
Verzicht auf Leistungskürzung bei Verweigerung von zumutbaren Operationen	F § 8 Nr. 1	✓	✓	✓	✓

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

B. Inhaltsverzeichnis

A. Leistungsübersicht ... 2
B. Inhaltsverzeichnis ... 8
C. Kundeninformationen ... 10

Wer ist wer? ... 11
Wer ist Ihr Versicherer? ... 11
Wer ist Ihre Verwaltungsgesellschaft? ... 12
Welche Vertragsgrundlagen sind vereinbart? ... 12
Welche Gültigkeitsdauer haben unsere Informationen und Angebote? ... 12
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? ... 12
Wie hoch ist der Beitrag und welche Beitragszahlungsweise ist vereinbart? ... 12
Widerrufsbelehrung ... 12
Welche Möglichkeiten der Beitragsänderung oder Bedingungsänderung sind vorgesehen? ... 14
Hat k+m die Möglichkeit den Versicherer zu wechseln? ... 14
Was gilt im Falle der Verletzung von Gesetzen und Sanktionen? ... 14
Welches Recht gilt? ... 14
Welche Vertragssprache ist vereinbart? ... 14
Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig? ... 15
An wen können Sie Beschwerden richten? ... 15

D. Versicherungsbedingungen - Leistungsumfang ... 16

§ 1 Wonach bestimmt sich der Versicherungsumfang? ... 16
§ 2 Welche Personen sind versichert und welche nicht? ... 16
§ 3 Wonach bestimmt sich der Versicherungsbeitrag? ... 16
§ 4 Wo und wann besteht Versicherungsschutz? ... 17
§ 5 Was ist ein versicherter Unfall in Sinne dieser Bedingungen? ... 17
§ 6 Welche Abgrenzungen zum Versicherungsschutz gibt es? ... 22
§ 7 Welche Versicherungsleistungen sind grundsätzlich vereinbart? ... 26
§ 8 Welche Leistungsarten können Sie mit uns vereinbaren? ... 27
§ 9 Wie wirken sich bestehende Krankheiten oder Gebrechen auf die Höhe der Versicherungsleistungen aus (Mitwirkungs-Definition)? ... 46
§ 10 Welche unfallbedingten Kosten werden von uns übernommen? ... 47
§ 11 Welche Regelungen gelten für die Besitzstandsgarantie und welche Leistungen sind versichert? ... 52
§ 12 Welche Garantien bieten wir Ihnen zu unseren Leistungen? ... 53
§ 13 Wann und wie leisten wir bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit? ... 54
§ 14 Wann und wie leisten wir bei Arbeitsunfähigkeit? ... 55

E. Versicherungsbedingungen - Optionale Erweiterungen ... 56

§ 1 Dynamische Erhöhung von Beitrag und Versicherungssummen (Aktivdynamik) ... 56
§ 2 Premium Gliedertaxe zu den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0 ... 57
§ 3 Unfall-Schmerzensgeld-Taxe ... 58

F. Versicherungsbedingungen - Allgemeiner Teil ... 60

§ 1 Wer ist Ihr Vertragspartner? ... 60
§ 2 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz und wann kann der Vertrag gekündigt werden? ... 60
§ 3 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung und wann ist der Beitrag fällig? ... 60

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

§ 4 Was gilt für das Widerrufsrecht? ... 61
§ 5 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? ... 61
§ 6 Welche Pflichten sind bei Vertragsabschluss bzw. Vertragsänderung zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung? ... 62
§ 7 Welche Regelungen und Pflichten sind bei Änderung der Berufstätigkeit bzw. der Beschäftigung der versicherten Person vereinbart und zu beachten? ... 63
§ 8 Welche Regelungen und Pflichten (Obliegenheiten) sind bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart und zu beachten? ... 65
§ 9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung Ihrer Pflichten (Obliegenheiten)? ... 66
§ 10 Welche Regelungen gelten für die Erbringung einer Entschädigungsleistung? Wann ist diese fällig? ... 66
§ 11 Welche Regelung gilt für einen Versichererwechsel? ... 66
§ 12 Welche Regelungen gelten bei einer Beitragsanpassung? ... 66
§ 13 Welche Regelungen gelten bei einer erforderlichen Anpassung der Versicherungsbedingungen? ... 67
§ 14 Wo können Ansprüche aus diesem Vertrag geltend gemacht werden und wann verjähren diese Ansprüche? ... 67
§ 15 Welches Recht gilt für unseren Vertrag? ... 68
§ 16 Welche Regelungen gelten bei teilweise oder vollständigen rechtsunwirksamen Vereinbarungen (Salvatorische Klausel)? 68

G. Merkblatt zur Datenverarbeitung ... 69

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ... 69
2. Vorbemerkung ... 69
3. Rechtsgrundlagen und Zwecke ... 69
4. Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse ... 70
5. Einwilligungserklärung ... 70
6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten ... 70
7. Dauer der Datenspeicherung ... 71
8. Betroffenenrechte ... 71
9. Zentrale Hinweissysteme ... 71
10. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer ... 72
11. Bonitätsauskünfte ... 72

H. Definitionen ... 73

Eigenbewegungen ... 73
Eingetragener Lebenspartner ... 73
Erhöhte Kraftanstrengungen ... 73
Subsidiär ... 73
Textform ... 73
Totgeburt ... 73

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

C. Kundeninformationen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Diese Verbraucherinformationen sind in folgende Abschnitte gegliedert:

A Leistungsübersicht 2
B Inhaltsverzeichnis 8
C Kundeninformationen 10
D Versicherungsbedingungen - Leistungsumfang 16
E Versicherungsbedingungen - Optionale Erweiterungen 56
F Versicherungsbedingungen - Allgemeiner Teil 59
G Merkblatt zur Datenverarbeitung 69
H Definitionen 73

Grundlage für unseren Vertrag sind die Abschnitte C bis G dieser Verbraucherinformationen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Leistungsumfang Ihrer Versicherung fest.

Bitte lesen Sie deshalb diese Unterlagen, den Versicherungsschein und Ihren Antrag vollständig und gründlich durch. Bewahren Sie die Vertragsunterlagen sorgfältig auf, damit Sie jederzeit einen Überblick über den Leistungsumfang Ihrer Versicherung haben.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, gilt für Sie immer der Leistungsumfang des Tarifs pure 2.0. Die Leistungen, die sich durch Auswahl eines der Tarife fine 2.0, prime 2.0 oder perfect 2.0 ergeben, gehen dem Leistungsumfang des Tarifs pure 2.0 vor und ändern bzw. erweitern diesen. Die Leistungen der Tarife fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0 sind durch eine blaue Beschriftung und einen hellgrauen Hintergrund gesondert für Sie kenntlich gemacht.

Einzelne Leistungspositionen der Tarife können nicht individuell miteinander kombiniert werden.

Zu Beginn der eigentlichen Versicherungsbedingungen finden Sie in Abschnitt A eine Kurzübersicht der Leistungen, die wir Ihnen in der von Ihnen gewählten Tarifvariante bieten. Ein Leistungsanspruch besteht jedoch ausschließlich nur aus den ausführlichen Versicherungsbedingungstexten gemäß Abschnitte D bis F dieser Verbraucherinformationen.

Wenn ein Leistungsfall eingetreten ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann gemeinsam mit Ihnen das weitere Vorgehen.

In den Versicherungsbedingungen kommen wir leider nicht ohne Fachbegriffe aus. Zur besseren Verständlichkeit haben wir bestimmte Fachbegriffe in den Versicherungsbedingungen oder im Abschnitt H („Definitionen“; Seite 73) erläutert. Begriffe die im Abschnitt H („Definitionen“; Seite 73) erläutert werden, sind mit einem „*“ in den Versicherungsbedingungen markiert. In den Versicherungsbedingungen haben wir erklärende Beispiele aufgeführt.

Zur besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung von geschlechtsspezifischen Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für alle Geschlechter.

Sofern in unseren Dokumenten und Anwendungen, wie z. B. Schreiben, Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheinen, Rechnungen, Mahnungen, Tarifrechner, der Begriff „Beitrag“ verwendet wird, wird dieser gleichlautend bzw. synonym für den Begriff „Prämie“ gebraucht.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Wer ist wer?

Sie:
Mit „Sie“ bezeichnen wir Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner.

Versicherte Personen:
Dies sind alle Personen, die vom Versicherungsschutz umfasst sind. Die versicherten Personen ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein.

Wir:
„Wir“ ist der Versicherer, vertreten durch Konzept & Marketing GmbH, in den nachfolgenden Versicherungsbedingungen „k+m“ genannt. Wir haben die Verwaltungsgesellschaft Konzept & Marketing GmbH beauftragt die Vertrags- und Schadenbearbeitung durchzuführen. Die Konzept & Marketing GmbH ist von uns bevollmächtigt

- Ihre vertraglich erforderlichen Anzeigen, Willenserklärungen und Schadenanzeigen entgegenzunehmen,
- Erklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag (z. B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung usw.) abzugeben und entgegenzunehmen,
- den gesamten Schriftwechsel mit Ihnen zu führen,
- Ihnen und Ihren betreuenden Vermittlern gegenüber die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären,
- die Beiträge zu Ihrer Versicherung in Empfang zu nehmen,
- die ausstehenden Beiträge einzufordern oder/und,
- im Versicherungsfall die vertragsgemäßen Leistungen auszuzahlen.

Die Beiträge gelten als bei uns eingegangen, wenn sie bei der Konzept & Marketing GmbH eingegangen sind.

Wer ist Ihr Versicherer?

1. **Allianz Versicherungs AG**

   Königinstr. 28
   80802 München

   Registergericht: Amtsgericht München
   Registernummer: HRB 75 727

2. **Gothaer Allgemeine Versicherung AG**

   Gothaer Allee 1
   50969 Köln

   Registergericht: Amtsgericht Köln
   Registernummer HRB 21433

   Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

   Der Versicherer ist durch Erlaubnis der zuständigen Aufsichtsbehörde zum Betrieb der Schaden- und Unfallversicherung berechtigt. Die verschiedenen Versicherungszweige aus der Schaden- und Unfallversicherung bilden zugleich die satzungsmäßige Hauptgeschäftstätigkeit der Gesellschaft.

3. **Württembergische Versicherung AG**

   W&W-Platz 1
   70806 Kornwestheim

   Registergericht: Amtsgericht Stuttgart
   Registernummer: HRB 14327

   USt-IdNr.: DE 811 128 268
   VersSt-Nr.: 801/V90801006186

   Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

   Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Wer ist Ihre Verwaltungsgesellschaft?

Konzept & Marketing GmbH (k+m)

Podbielskistraße 333
30659 Hannover

Registergericht:	Amtsgericht Hannover
Registernummer:	HRB 59457
Telefonnummer:	05 11 - 640 54 0
Telefaxnummer:	05 11 - 640 54 444
E-Mail:	mailto:info@k-m.info
Bankverbindung:	Commerzbank AG
IBAN:	DE60 2508 0020 0700 2142 00
BIC:	DRESDEFF250

Sämtlichen Schriftverkehr, Willenserklärungen sowie Zahlungen richten Sie bitte direkt an k+m.

Welche Vertragsgrundlagen sind vereinbart?

Für den Versicherungsvertrag gelten die im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbedingungen für **allsafe bodyguard - Unfallversicherung**, die gesetzlichen Bestimmungen und die sonstigen Vereinbarungen. In den Versicherungsbedingungen sind insbesondere die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung konkret festgelegt. Alle für diesen Vertrag geltenden Bedingungen sind in diesem Dokument geregelt, sofern im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen nichts anderes vereinbart ist.

Welche Gültigkeitsdauer haben unsere Informationen und Angebote?

Wir weisen Sie darauf hin, dass die zur Verfügung gestellten Informationen (z. B. Produktinformationsblatt, Antrags-/Anfrageformular, Angebote) nicht unbefristet gültig sind. Beispielsweise können gesetzliche Änderungen dazu führen, dass diese Informationen nicht mehr aktuell sind.

An Angebote halten wir uns vier Wochen ab Erstellungsdatum gebunden.

Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Erstbeitrag spätestens nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines bezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.

Wie hoch ist der Beitrag und welche Beitragszahlungsweise ist vereinbart?

Detaillierte Angaben über die Beitragshöhe und die Zahlweise sowie des zu zahlenden Beitrages können Sie dem Versicherungsschein und dem zuletzt erstellten Nachtrag entnehmen. Die Folgen einer nicht rechtzeitigen Beitragszahlung ergeben sich aus Abschnitt F § 3 („Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung und wann ist der Beitrag fällig?"; Seite 60) der Versicherungsbedingungen.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1: Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Konzept & Marketing GmbH

Podbielskistraße 333
30659 Hannover

E-Mail: info@k-m.info
Fax:0511-640 54 444

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt errechnet:

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

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

Den Gesamtbeitrag und die von Ihnen gewünschte Zahlungsweise finden Sie im Antrag im Teil der Beitragsberechnung. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2: Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

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

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Welche Möglichkeiten der Beitragsänderung oder Bedingungsänderung sind vorgesehen?

Auf die Möglichkeit der Beitragsänderung nach Abschnitt F § 12 („Welche Regelungen gelten bei einer Beitragsanpassung?“; Seite 66) sowie möglicher Bedingungsänderungen zu Ihrem Vorteil nach Abschnitt D § 12 Nr. 3 („Innovationsklausel“; Seite 54) und aufgrund Änderung von rechtlichen Rahmenbedingungen gemäß Abschnitt F § 13 („Welche Regelungen gelten bei einer erforderlichen Anpassung der Versicherungsbedingungen?“; Seite 67) weisen wir Sie hin.

Hat k+m die Möglichkeit den Versicherer zu wechseln?

Ja, auf die Möglichkeit des Wechsels des Versicherers nach Abschnitt F § 11 („Welche Regelung gilt für einen Versichererwechsel?“; Seite 66) weisen wir Sie hin. Ein Versichererwechsel ist nur möglich, wenn dieser mit keinen vertraglichen Nachteilen für Sie verbunden ist.

Was gilt im Falle der Verletzung von Gesetzen und Sanktionen?

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewähren bzw. leisten wir aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz, beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Ihren Gunsten oder zu Gunsten eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

Welches Recht gilt?

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Welche Vertragssprache ist vereinbart?

Die Vertragssprache ist deutsch.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Bereich Versicherungen

E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

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

An wen können Sie Beschwerden richten?

Sollte es wider Erwarten zu Meinungsverschiedenheiten aus unserem Vertragsverhältnis kommen können Sie Sich direkt mit uns

Konzept & Marketing GmbH

Bereich Beschwerdemanagement

Podbielskistraße 333
30659 Hannover

E-Mail: beschwerden@k-m.info
Internet: www.k-m.info/kommunikation/beschwerdemanagement/

Telefon: 0511-640 54 0
Fax: 0511-640 54 444

oder mit dem speziell für Ihren Vertrag zutreffenden Versicherer, der im Versicherungsschein benannt ist, in Verbindung setzen.

Sie haben auch die Möglichkeit sich an den Versicherungsombudsmann als gesetzliche Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zu wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

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

Sie haben auch die Möglichkeit, statt oder nach der Beendigung eines Ombudsmannverfahrens, den Rechtsweg zu beschreiten.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

D. Versicherungsbedingungen - Leistungsumfang

§ 1 Wonach bestimmt sich der Versicherungsumfang?

Der Versicherungsumfang bestimmt sich nach den gewählten Tarifen

- Tarif pure 2.0
- Tarif fine 2.0 inklusive Tarif pure 2.0
- Tarif prime 2.0 inklusive Tarif fine 2.0
- Tarif perfect 2.0 inklusive Tarif prime 2.0

und den mit uns vereinbarten Leistungsarten

• Invaliditätsleistung	(Abschnitt D § 8 Nr. 1, Seite 27)
• Invaliditätsrente	(Abschnitt D § 8 Nr. 2, Seite 38)
• Unfall-Krankentagegeld	(Abschnitt D § 8 Nr. 3, Seite 40)
• Unfall-Krankentagegeld „Spezial“	(Abschnitt D § 8 Nr. 4, Seite 41)
• Unfall-Krankenhaustagegeld	(Abschnitt D § 8 Nr. 5, Seite 41)
• Genesungsgeld	(Abschnitt D § 8 Nr. 6, Seite 43)
• Unfall-Todesfallleistung	(Abschnitt D § 8 Nr. 7, Seite 43)
• Übergangsleistung	(Abschnitt D § 8 Nr. 8, Seite 45)
• Sofortleistung bei Schwerstverletzungen	(Abschnitt D § 8 Nr. 9, Seite 45)

sowie den mit uns vereinbarten und im Versicherungsschein und seinen Nachträgen dokumentierten Versicherungssummen.

Der Versicherungsumfang wird mit Ihnen für jede versicherte Person eines Vertrages gesondert vereinbart.

§ 2 Welche Personen sind versichert und welche nicht?

Versichert sind Personen, für die Versicherungsschutz beantragt wurde und deren Versicherungsschutz im Versicherungsschein bzw. im zuletzt geltenden Nachtrag durch uns bestätigt wurde.

Nicht versicherbare Personen:

Für Personen, die besonders gefahrträchtige Berufe ausüben, können wir keinen Versicherungsschutz bieten. Dies sind z. B.:

- Akrobaten
- Feuerwerker
- Sprengmeister
- Berufs- oder Vertragssportler
- Kunstreiter
- Tierbändiger
- Berufstaucher
- Rennreiter (Jockey)
- Personenschützer
- Stuntmen

Weitere Personen, die aufgrund Ihres ausgeübten Berufs nicht versicherbar sind, sind im Berufsgruppenverzeichnis aufgeführt. Das vollständige Berufsgruppenverzeichnis kann im Internet abgerufen werden unter:

www.k-m.info/Berufsgruppenverzeichnis/allsafebodyguard20

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung. Die versicherte Person ist schwerpflegebedürftig, sobald Ihr der Pflegegrad 3 bzw. der Pflegegrad 4 mit eingeschränkter Alltagskompetenz zugestanden wird. Für diese Personen erlischt der Versicherungsschutz mit Zugeständnis des Pflegegrades, gleichzeitig endet die Versicherung. Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

§ 3 Wonach bestimmt sich der Versicherungsbeitrag?

1. Die Höhe des Beitrags hängt neben dem Alter der versicherten Person und dem gewählten Versicherungsumfang von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Beiträge ist das für ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

   Im Rahmen des Berufsgruppenverzeichnisses wird in sieben Beitragsgruppen unterschieden. Die einzelne Beitragsgruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrages.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Die Einstufung des Berufes bzw. der Beschäftigung in die Beitragsgruppe erfolgt anhand der tatsächlich ausgeübten Tätigkeit bzw. Beschäftigung und nicht aufgrund des erlernten Berufs.

Werden mehrere Berufe oder Beschäftigungen durch die versicherte Person ausgeübt, so erfolgt die Einstufung nach Beitragsgruppen entsprechend des Berufs oder der Beschäftigung mit der höchsten Gefahrneigung.

2. Folgende Beitragsgruppen werden in aufsteigender Reihenfolge der Gefahrneigung unterschieden:

a) Beitragsgruppe K I

Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres

b) Beitragsgruppe K II

Kinder und Jugendliche ab vollendetem 14. Lebensjahr bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

c) Beitragsgruppe I - IV

Personen ab vollendetem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres entsprechend ihrer ausgeübten Berufstätigkeit

d) Beitragsgruppe S I

Personen ab vollendetem 67. Lebensjahr

Das vollständige Berufsgruppenverzeichnis kann im Internet abgerufen werden unter:

www.k-m.info/Berufsgruppenverzeichnis/allsafebodyguard20

Änderungen der Tätigkeit der versicherten Person können zu einer Änderung der Beitragsgruppe führen und müssen uns daher immer angezeigt werden. Die sich hieraus ergebenen Rechte, Pflichten und Folgen haben wir für Sie in Abschnitt F § 7 („Welche Regelungen und Pflichten sind bei Änderung der Berufstätigkeit bzw. der Beschäftigung der versicherten Person vereinbart und zu beachten?“; Seite 63) dargestellt.

§ 4 Wo und wann besteht Versicherungsschutz?

Während der Wirksamkeit des Unfallversicherungsvertrages besteht Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Personen

- weltweit (im In- und Ausland),
- rund um die Uhr,
- sowohl im privaten als auch beruflichen Bereich.

Der Versicherungsschutz der versicherten Person besteht ausdrücklich auch bei der Arbeit, im Haushalt, während einer Ausbildung, im Rahmen von Schulbesuchen oder während der ausgeübten Freizeitaktivitäten.

§ 5 Was ist ein versicherter Unfall in Sinne dieser Bedingungen?

1. Grundsätzliche Unfalldefinition

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein

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

erleidet.

Die Unfreiwilligkeit wird von uns bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

2. Erweiterte Unfalldefinition

Als versichertes Unfallereignis gilt auch der Eintritt von Gesundheitsschäden oder der Tod der versicherten Person infolge von

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

a) erhöhten Kraftanstrengungen* und/oder Eigenbewegungen*

Versichert sind daraus resultierende Schäden, die zu

- Verrenkungen an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule und/oder
- Bauch- und Unterleibsbrüchen und/oder
- Zerrungen von Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln und/oder
- Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln
- Schädigungen von Menisken oder sonstiger Knorpel und/oder
- Knochenbrüchen

führen.

Diese Erweiterung gilt nicht für Bandscheibenschäden.

b) Gesundheitsschädigungen bei Verteidigung oder Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen

Als Unfall gilt auch das bewusste oder unbewusste in Kauf nehmen von Gesundheitsschäden bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei dem Bemühen, Menschen, Tieren oder Sachen zu retten.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

c) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am bzw. im Körper der versicherten Person

Gesundheitsschädigungen oder der Tod der versicherten Person als Folge

- des Schneidens von Nägeln (Maniküre und Pediküre), Hühneraugen, Hornhaut oder
- von Heilmaßnahmen oder Eingriffen, die infolge eines unter diesen Vertrag fallenden versicherten Unfalls erforderlich sind,

sind mitversichert.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen versicherten Unfall und lässt die Unfallverletzungen ärztlich behandeln. Führt ein Behandlungsfehler dabei zu weiteren Schädigungen, besteht Versicherungsschutz.

d) Strahleneinwirkungen

Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden der versicherten Person durch folgende Strahleneinwirkungen:

- Röntgen-, Laser- und Maserstrahlen
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen,
- Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die infolge eines unter diesen Vertrag fallenden versicherten Unfalls erforderlich sind

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

- energiereiche Strahlen (z. B. im Rahmen einer Krebstherapie) mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt
- Sonnenbrände und Sonnenstiche als Folge eines versicherten Unfalls.

Hiervon ausgeschlossen sind

- Berufskrankheiten durch regelmäßiges Hantieren mit Strahlen erzeugenden Apparaten
- Gesundheitsschäden durch mittelbare oder unmittelbare Einwirkung von Kernenergie
- Gesundheitsschäden, die durch eine nicht unfallbedingte Operation nach der LASIK-, EPILASIK-, LASEK- oder PRK-Methode verursacht werden
- strahlendiagnostische oder strahlentherapeutische Maßnahmen oder Eingriffe in den Körper der versicherten Person, die nicht Folge eines versicherten Unfalls sind.

e) mechanische, chemische oder elektrische Einwirkungen

Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden der versicherten Person durch mechanische, chemische, elektrische oder thermische Einwirkungen (z. B. durch Stürze, Verätzungen oder Stromschläge).

f) Reitunfälle

Der Versicherungsschutz besteht ausdrücklich auch für unfreiwillig durch ein versichertes Unfallereignis

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

- erlittene Gesundheitsschädigungen oder
- den Tod

der versicherten Person infolge des Reitens ohne Helm, ohne Sattel, mit Damensattel sowie bei fehlender oder unüblicher Zäumung.

g) bade- und tauchtypische Unfälle

Als Unfallereignis der versicherten Person gilt der unfreiwillige Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

Als Unfallereignis der versicherten Person gilt auch der unfreiwillige Eintritt von bade- oder tauchtypischen Gesundheitsschäden (z. B. Barotrauma, Caissonkrankheit, Lungenüberdruck, Trommelfellverletzungen).

h) Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug

Als versichertes Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschädigungen oder der Tod der versicherten Person durch unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug.

Dies gilt jedoch nicht, wenn Verhungern oder Verdursten auf einem Krankheitszustand beruht oder trotz ärztlicher Behandlung die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln vom Körper der versicherten Person verweigert wird.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

i) Geiselnahme oder Entführung

Ein versichertes Unfallereignis liegt vor, wenn eine Gesundheitsschädigung oder der Tod der versicherten Person infolge

- unsachgemäßer Verabreichung von Medikamenten oder
- durch den Entzug von Medikamenten

während einer Entführung oder Geiselnahme eintritt.

Versicherungsschutz besteht auch für Gesundheitsschädigungen oder den Tod, den eine versicherte Person durch einen erfolgreichen oder erfolglosen Fluchtversuch aus einer Entführung oder Geiselnahme erleidet.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

j) Kälteschäden und Erfrierungen

Versicherungsschutz besteht für die Folgen unfreiwillig erlittener Gesundheitsschädigungen oder den Tod der versicherten Person durch Kälte und Erfrierung.

k) Vergiftungen

Versicherungsschutz besteht für Vergiftungen der versicherten Person infolge von

- Einatmung plötzlich ausströmender Gase, Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren und anderer gesundheitlich schädlicher Stoffe.

  Als plötzlich wird von uns in diesem Zusammenhang ein Unfallereignis auch dann noch angesehen, wenn die versicherte Person unbeabsichtigt den schädlichen Einwirkungen über mehrere Stunden ausgesetzt war.

  Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch durch die gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zu Stande kommenden Schädigungen (Berufs- und Gewerbekrankheiten).

  Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

  Als plötzlich wird von uns in diesem Zusammenhang ein Unfallereignis auch dann noch angesehen, wenn die versicherte Person unbeabsichtigt den schädlichen Einwirkungen über einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen ausgesetzt war.

- Vergiftungen durch Lebensmittel. Hierzu zählen auch Vergiftungen durch verdorbene Lebensmittel oder durch vermeintliche Nahrungsmittel, wie z. B. giftige Beeren und giftige Pilze oder sonstige Stoffe, die irrtümlich für Nahrungsmittel gehalten wurden (z. B. weil sie sich in einem Behältnis mit falscher Beschriftung befanden).
- Blutvergiftungen der versicherten Person, die infolge eines unter diesen Vertrag fallenden versicherten Unfalls eintreten

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

- Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre) bei versicherten Personen bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

Versicherungsschutz besteht bei Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre) bei versicherten Personen auch über das 14. Lebensjahr hinaus.

Ausgenommen hiervon sind Vergiftungen der versicherten Person infolge der Einnahme von Medikamenten, Alkohol, Reinigungsmitteln, Kosmetika, Lösungsmitteln, Insektiziden, Drogen nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtMG) und aus beruflicher oder gewerblicher Tätigkeit.

l) Infektionen

Versicherungsschutz besteht für nachfolgend benannte Infektionen bzw. Infektionskrankheiten. Diese gelten uneingeschränkt für eine vereinbarte Premium Gliedertaxe, eine verbesserte Mitwirkungsregelung und für alle vereinbarten Leistungsarten.

Mitversichert sind:

l) Infektionen durch Hautverletzungen oder Einspritzen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Infektionen bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper der versicherten Person gelangt sind.

Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Infektionen bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass

- die Krankheitserreger durch eine geringfügige Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss (z. B. durch Insektenstiche, Tierbisse)
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper der versicherten Person gelangt sind.

Im Falle des Einspritzens sind ebenfalls Infektionen, die bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit eintreten, mitversichert.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Beispiel: Die äußere Hautschicht wird z. B. durch einen Zeckenstich durchtrennt. Die durch Zeckenstich verursachten Infektionen wie Borreliose oder FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis) fallen somit ausdrücklich unter den Versicherungsschutz.

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Infektionen bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass

- die Krankheitserreger durch eine geringfügige Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss (z. B. durch Insektenstiche, Tierbisse)
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase

in den Körper der versicherten Person gelangt sind.

Im Falle des Einspritzens sind ebenfalls Infektionen, die bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit eintreten, mitversichert.

Das Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase durch Anhauchen, Anniesen oder Anhusten ist versichert.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

II) Infektionskrankheiten (Immun-Klausel)

Als Unfallereignis gilt auch der Ausbruch einer der folgenden Infektionskrankheiten, ohne dass hierfür mindestens die äußere Hautschicht beschädigt sein muss bzw. ohne dass die Erreger in Auge, Mund oder Nase eingespritzt sein müssen:

- Tollwut
- Wundstarrkrampf

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

Darüber hinaus gilt der Ausbruch einer der folgenden Infektionskrankheiten auch als versichertes Unfallereignis:

- Borreliose
- Brucellose (Bang-Krankheit, Morbus Bang, Maltafieber, Mittelmeerfieber)
- Cholera
- Diphtherie
- Dreitagefieber (Sechste Krankheit)
- Echinokokkose (Fuchsbandwurm, Hundebandwurm)
- epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis, Polio, Poliomyelitis epidemica anterior acuta, Heine-Medin-Krankheit)
- Fleckfieber (Läusefieber)
- Enzephalitis (Enzephalomyelitis, Frühsommer-Meningo-Enzephalitis, Frühsommermeningitis (FSME), Zeckenenzephalitis)
- Gelbfieber (Schwarzes Erbrechen)
- Hirnhautentzündung (Genickstarre, Meningitis)
- Keuchhusten
- Lepra
- Malaria
- Masern
- Mumps
- Pest
- Röteln
- Schlafkrankheit (afrikanische Trypanosomiasis, Tsetsekrankheit)
- Tularämie (Hasenpest)

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Darüber hinaus gilt der Ausbruch einer der folgenden Infektionskrankheiten auch als versichertes Unfallereignis:

- Gürtelrose
- Paratyphus
- Pfeiffersches Drüsenfieber
- Pocken
- Scharlach
- spinale Kinderlähmung (Poliomyelitis, Polio, Polyomietlitis epidemica)
- Tuberkolose
- Typhus
- Windpocken

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

III) Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten

Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen

- gegen die vorgenannten versicherten Infektionskrankheiten
- gegen Infektionskrankheiten, gegen die eine Impfung durch die ständige Impfkommission (STIKO) empfohlen wird

wenn die versicherte Person dadurch eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung (Impfschaden) erleidet. Voraussetzung für eine Leistungspflicht ist, dass die Impfung mit einem von der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) zugelassenen Impfstoff erfolgt.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

IV) Andere Infektionen als Folge von Unfallverletzungen

Als Folge von Unfallverletzungen sind zudem versichert:

- Wundinfektionen
- Infektionen durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen (geringfügig sind Verletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen)

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

m) Allergische Reaktionen

Versicherungsschutz bieten wir auch für nicht auf einer Infektion beruhende Folge von Insektenstichen, Tierbissen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Wird aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

n) Gesundheitsschädigungen in Form von psychischen und nervösen Störungen

Wir leisten für die Folgen psychischer und nervöser Störungen der versicherten Person, wenn und soweit diese Störungen unmittelbar nach einem Unfall eintreten und ausschließlich auf eine durch einen Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

Nicht durch organische Verletzungen entstandene psychische Erkrankungen wie z. B. eine posttraumatische Belastungsstörung oder ein Tinnitus bleiben ausgeschlossen.

§ 6 Welche Abgrenzungen zum Versicherungsschutz gibt es?

1. Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen

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

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

Beispiel I: Die versicherte Person stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.

Beispiel II: Die versicherte Person kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.

Beispiel III: Die versicherte Person balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Unfälle der versicherten Person infolge von Bewusstseinsstörungen sind nur mitversichert, wenn diese

a) durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden

b) nicht durch einen krankhaften Zustand verursacht wurden

c) beim Führen von versicherungspflichtigen motorisierten Fahrzeugen durch einen Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt bis unter

Tarif pure 2.0	0,5 Promille
Tarif fine 2.0	1,1 Promille
Tarif prime 2.0	1,5 Promille
Tarif perfect 2.0	1,5 Promille

auftreten.

In allen anderen Fällen sind Unfälle der versicherten Person infolge von alkoholbedingter Bewusstseinsstörung versichert, sofern zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt unter 2,0 Promille liegt.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

In allen anderen Fällen sind Unfälle der versicherten Person infolge von alkoholbedingter Bewusstseinsstörung unabhängig vom Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt versichert.

Versicherungsschutz besteht nur soweit zusätzlich keine weitere Straftat vorliegt.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

d) unter Einfluss von ärztlich verordneten Medikamenten eintreten

e) infolge epileptischer Anfälle oder sonstiger Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, eintreten

f) infolge eines Schlaganfalls eintreten

g) infolge eines Herzinfarkts eintreten

h) im Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit, Schläfrigkeit, Sekundenschlaf) eintreten. Hierzu gehören auch Unfälle durch Einschlafen infolge einer Übermüdung, Unfälle im Zustand des Schlafwandelns sowie Unfälle durch Erschrecken. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben dagegen die Tagesschläfrigkeit und der Sekundenschlaf, soweit bei der versicherten Person ein Schlafapnoe-Syndrom (SAS) vorhanden ist

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

i) infolge einer ungewollten Einnahme narkotisierend wirkender Substanzen, insbesondere sogenannter K.o.-Tropfen, z. B. Benzodiazepine oder Gammahydroxybuttersäure (GHB), eintreten. Versicherungsschutz besteht nur dann, wenn die Verabreichung als strafbare Handlung bei der Polizei angezeigt und dort protokolliert wurde.

Über die benannten Einschlüsse hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person, die infolge von Bewußtseinsstörungen eintreten.

Zu den ausgeschlossenen Bewusstseinsstörungen gehören z. B. Unfälle, die durch Herz- und Kreislaufstörungen eintreten.

Ausnahme: Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch eine Kreislaufstörung, die auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Es besteht Versicherungsschutz für die Folgen des neuen Unfalls.

2. Unfälle bei der Nutzung von Luftfahrzeugen und Luftsportgeräten

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person

- als Passagier in Luftfahrzeugen mit und ohne Motor (z. B. Flugzeuge, Ultraleicht-Flugzeuge, Motorsegler)
- als Fluggast in Luftsportgeräten (z. B. in Ballonen, Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen, bei Reise- und Rundflügen in einem Propeller- oder Strahlenflugzeug bzw. einem Hubschrauber)
- als Flugschüler.

Ausgeschlossen sind Unfälle der versicherten Person

- als Führer oder Fluglehrer eines Luftfahrzeuges oder Luftsportgerätes, soweit hierfür nach deutschem Recht eine Erlaubnis benötigt wird. Dies betrifft zum Beispiel Piloten, Fallschirmspringer, Gleitschirm- oder Drachenflieger. Die Ausübung von Kite-Sportarten (z. B. Kite-Surfen) wird nicht als Führen von Luftfahrzeugen angesehen;
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges. Dies betrifft zum Beispiel Funker, Bordmechaniker oder Flugbegleiter
- durch berufliche Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden. Dies betrifft zum Beispiel Luftfotografen zur Verkehrsüberwachung, Besatzungsmitglieder von Sprühflügen zur Schädlingsbekämpfung oder medizinisches Personal bei Sanitätsflügen
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

3. Unfälle bei Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen und bei Kartnutzung

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten oder Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (sogenannte Rennveranstaltungen).

Fern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten gelten ebenfalls als Rennveranstaltung, so dass für diese Fahrtveranstaltungen kein Versicherungsschutz besteht.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

Es besteht Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines geliehenen Karts an gelegentlichen Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten oder Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt. Diese Unfälle sind nur dann versichert, sofern die versicherte Person kein Berufs-, Lizenz-, Vertragssportler oder Vertragsamateur aus dem Bereich des Motorsports ist.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz bleiben Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines sonstigen Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten oder Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (sogenannte Rennveranstaltungen).

Fern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten gelten nicht als Rennveranstaltung, so dass für diese Fahrtveranstaltungen Versicherungsschutz besteht, selbst wenn Sie mit dem Ziel der Erreichung einer Höchst- oder Durchschnittsgeschwindigkeit in Zusammenhang stehen.

4. Unfälle bei Ausführung oder versuchter Ausführung einer Straftat

Unfälle der versicherten Person, die bei der Ausführung oder versuchten Ausführung einer Straftat eintreten, sind ausschließlich nur in folgenden Fällen versichert:

a) Unfälle beim Raufhändeln, inneren Unruhen und Schlägereien

Unfälle beim Raufhändeln, inneren Unruhen und Schlägereien gelten dann als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Raufhändeln, innere Unruhen und Schlägereien verwickelt war.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

b) Unfälle bei der Herstellung und dem Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper

Versicherungsschutz besteht für Unfälle von versicherten Personen bis zur Vollendung des

Tarif pure 2.0	nicht versichert
Tarif fine 2.0	14. Lebensjahres
Tarif prime 2.0	14. Lebensjahres
Tarif perfect 2.0	18. Lebensjahres

oder geistig behinderte Personen unabhängig von deren Alter durch Herstellung oder Gebrauch selbst gebauter Feuerwerkskörper, sofern durch die Herstellung oder den Gebrauch der Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.

Der Ausschluss für Unfälle durch den vorsätzlichen Versuch oder die vorsätzliche Ausführung einer Straftat kommt hier im benannten Umfang nicht zur Anwendung.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

c) Unfälle beim Führen von Land-, Wasser- und Luftfahrzeugen ohne erforderliche Fahrerlaubnis der versicherten Person

Versicherungsschutz besteht für Unfälle von versicherten Personen bis zur Vollendung des

Tarif pure 2.0	nicht versichert
Tarif fine 2.0	14. Lebensjahres
Tarif prime 2.0	18. Lebensjahres
Tarif perfect 2.0	18. Lebensjahres

beim Führen von Land-, Wasser- und Luftfahrzeugen, ohne dass diese im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis sind.

Der Ausschluss für Unfälle durch den vorsätzlichen Versuch oder die vorsätzliche Ausführung einer Straftat kommt hier im benannten Umfang nicht zur Anwendung.

Voraussetzung ist jedoch, dass keine weitere Straftat neben dem Führen eines Fahrzeuges ohne erforderliche Fahrerlaubnis, zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde (z. B. Diebstahl des Fahrzeugs, Einbruch in das Fahrzeug).

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Der Versicherungsschutz entfällt auch dann, wenn es sich bei der versicherten Person diesbezüglich um einen bereits aktenkundigen Wiederholungs-Täter handelt oder mit Hilfe des Fahrzeugs eine weitere Straftat begangen wird.

Über die benannten Einschlüsse hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle bei dem vorsätzlichen Versuch oder der vorsätzlichen Ausführung einer Straftat bzw. als Folge einer solchen Straftat.

5. Unfälle durch Kriegs-oder Bürgerkriegsereignisse sowie Terroranschläge

a) Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

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

Tarif pure 2.0	7. Tages
Tarif fine 2.0	14. Tages
Tarif prime 2.0	21. Tages
Tarif perfect 2.0	21. Tages

nach erstmaliger Veröffentlichung einer Reisewarnung wegen Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland für das Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Gilt die Reisewarnung nur für eine Teilregion dieses Staates, so erlischt der Versicherungsschutz nach Ablauf der Frist auch nur für diese Teilregion.

Erstreckt sich der Krieg oder Bürgerkrieg nur auf eine Teilregion des Staates, so gilt die Erweiterung nicht bei Reisen in oder durch diese Teilregion. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichem Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA

Kein Versicherungsschutz besteht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, sowie für die aktive Teilnahme an einem Krieg oder Bürgerkrieg.

b) Terroranschläge

Mitversichert sind auch Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg oder Bürgerkrieg führenden Parteien ausgeführt werden. Dies gilt auch dann, wenn der Terroranschlag in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg steht. Für Terroranschläge innerhalb eines Kriegs- oder Bürgerkriegsgebietes besteht Versicherungsschutz gemäß den oben stehenden Bestimmungen.

Über die benannten Einschlüsse hinaus besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden.

6. Unfälle, die zu Bandscheibenschädigungen, Blutungen aus inneren Organen oder Gehirnblutungen führen

Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Schädigungen an Bandscheiben dann, wenn neben der Schädigung der Bandscheibe weitere Körperteile verletzt sind und ein Unfall im Sinne dieser Verbraucherinformationen die überwiegende Ursache ist.

Bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen besteht Versicherungsschutz jedoch dann, wenn ein Unfall im Sinne dieser Verbraucherinformationen die überwiegende Ursache ist.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

§ 7 Welche Versicherungsleistungen sind grundsätzlich vereinbart?

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

1. Versicherungsschutz für das ungeborene Leben

Erleidet eine schwangere versicherte Person einen Unfall im Sinne dieser Bedingungen, und kommt es in der Folge dieses Unfalls zu einer Totgeburt*, so zahlen wir eine einmalige Geldleistung in Höhe von 5.000 Euro.

2. Vorsorgeversicherung

Ihre während der Laufzeit des Vertrages geborenen oder von Ihnen adoptierten minderjährigen Kinder gelten beitragsfrei ab vollendeter Geburt bzw. ab dem Zeitpunkt der Rechtsgültigkeit der Adoption mitversichert.

Gehen Sie während der Laufzeit des Vertrages eine Ehe oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft* im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes ein, so ist ab dem Zeitpunkt der Eheschließung oder der rechtsgültigen Eintragung der Lebenspartnerschaft Ihr Ehe- oder eingetragener Lebenspartner mitversichert.

Die beitragsfreie Mitversicherung des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners bzw. des neugeborenen oder adoptierten Kindes, die sogenannte Vorsorgeversicherung, gilt für die Dauer von zwölf Monaten ab Beginn der Vorsorgeversicherung und endet am letzten Tag der Vorsorgeversicherung um 24.00 Uhr (0.00 Uhr des nächsten Tages).

Die Versicherungssummen für jede der genannten Personen betragen

Tarif pure 2.0	50.000 Euro für den Invaliditätsfall der Person 5.000 Euro für den Todesfall der Person
Tarif fine 2.0	50.000 Euro für den Invaliditätsfall der Person 5.000 Euro für den Todesfall der Person
Tarif prime 2.0	100.000 Euro für den Invaliditätsfall der Person 5.000 Euro für den Todesfall der Person
Tarif perfect 2.0	100.000 Euro für den Invaliditätsfall der Person 5.000 Euro für den Todesfall der Person

Der Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall im Rahmen der Vorsorgeversicherung entfällt rückwirkend ab Beginn, wenn die bislang beitragsfrei mitversicherte Person nicht innerhalb von zwölf Monaten nach Beginn der Vorsorgeversicherung zur Weiterversicherung bei uns angemeldet wurde und der Erstbeitrag für den angemeldeten Versicherungsschutz entrichtet wurde.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

3. Beitragsfreie Weiterführung der Kinderversicherung

Wenn Sie als Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer versterben und

- versicherte Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- der Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt noch bestand und
- der Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde (dies gilt nicht, wenn Sie auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wurden und die Frist gemäß Abschnitt D § 6 Nr. 5 a) („Kriegs- und Bürgerkriegsereignisse“; Seite 25) noch nicht abgelaufen war,

wird der Vertrag hinsichtlich der versicherten Kinder mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei weitergeführt. Die beitragsfreie Weiterführung endet ohne Rücksicht auf die vereinbarte Vertragsdauer zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Wenn nichts anderes vereinbart ist, wird der gesetzliche Vertreter der minderjährigen Kinder neuer Versicherungsnehmer. Dies gilt auch, wenn eine Beitragsfreistellung bei Tod des Versicherungsnehmers wegen fehlender Voraussetzungen nicht möglich ist.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

4. Helmbonus

Erleidet die versicherte Person bei der Ausübung von sportlichen Aktivitäten durch einen versicherten Unfall eine schwere Kopfverletzung in Form eines Schädel-Hirn-Traumas zweiten oder dritten Grades, zahlen wir einen Betrag in Höhe von

Tarif pure 2.0		nicht versichert
Tarif fine 2.0	5.000 Euro	soweit aufgrund dieser Kopfverletzung ein Invaliditätsgrad festgestellt wird.
Tarif prime 2.0	10.000 Euro	soweit aufgrund dieser Kopfverletzung ein Invaliditätsgrad festgestellt wird.
Tarif perfect 2.0	25.000 Euro	auch soweit aufgrund dieser Kopfverletzung kein Invaliditätsgrad festgestellt wird. Zusätzlich erstatten wir den bei der Wiederbeschaffung eines gleichwertigen Helms anfallenden nachgewiesenen Kaufpreis eines Helms gleicher Art und Güte.

Weitere Voraussetzungen für unsere Leistung sind:

- zum Unfallzeitpunkt hat die versicherte Person nachweislich einen Helm getragen und
- der Unfall ereignete sich bei Ausübung folgender sportlicher Aktivitäten:
  - Fahrradfahren - auch passiv in einem Kindersitz
  - Inline-Skating
  - Windsurfen, Kite-Surfen
  - Reiten
  - Roller-Skating, Rollschuhlaufen, Skateboarden
  - Rodeln, Snowboarden, Skifahren - auch Ski Alpin
  - Surfen (Wellenreiten)
  - Wakeboarden
  - Waveboarden

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

5. Versicherungsschutz für Notfallhelfer

Für Personen, die nicht über diesen Unfallversicherungsvertrag namentlich versichert sind, besteht Versicherungsschutz, sofern diesen Personen bei der Bemühung zur Rettung einer über diesen Vertrag versicherten Person ein nach diesen Versicherungsbedingungen versicherter Unfall zustößt.

Die Versicherungssummen betragen 25.000 Euro für den Invaliditätsfall des Notfallretters (ohne Progression) und 25.000 Euro für den Todesfall des Notfallretters.

Kein Versicherungsschutz besteht für Personen, die zum Zeitpunkt der Rettung für eine Rettungsorganisation (z. B. Feuerwehr, Technisches Hilfswerk, Polizei etc.) im Einsatz sind.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft oder dem Versicherer noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung für den Notfallhelfer nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

6. Pflegegeld

Wird der versicherten Person infolge eines Unfalls innerhalb einer Frist von sechs Monaten nach Eintritt des Unfalls der Pflegegrad drei zugestanden, zahlen wir ein Pflegegeld in Höhe von 20 Euro für jeden Kalendertag, an dem die versicherte Person pflegebedürftig ist, maximal für die Dauer von 30 Tagen.

§ 8 Welche Leistungsarten können Sie mit uns vereinbaren?

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

Es gelten die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns für jede versicherte Person einzeln vereinbart haben, und die in Ihrem Versicherungsschein bzw. dessen letztem Nachtrag genannt sind.

1. Invaliditätsleistung

a) Voraussetzungen

Wir zahlen Ihnen eine Invaliditätsleistung in der vereinbarten Höhe, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt ist.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- diese voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nach ärztlicher Einschätzung nicht zu erwarten ist und
- die Fristen zum Eintritt, der Feststellung und Geltendmachung der Invalidität eingehalten werden

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

b) Fristen

I) Eintritt und Feststellung der Invalidität

Die Invalidität der versicherten Person ist innerhalb von

Tarif pure 2.0	15 Monaten
Tarif fine 2.0	18 Monaten
Tarif prime 2.0	24 Monaten , bei versicherten Infektionen innerhalb von 36 Monaten
Tarif perfect 2.0	24 Monaten , bei versicherten Infektionen innerhalb von 36 Monaten

nach dem Unfalltag eingetreten und ist innerhalb von

Tarif pure 2.0	18 Monaten
Tarif fine 2.0	24 Monaten
Tarif prime 2.0	36 Monaten
Tarif perfect 2.0	36 Monaten

nach dem Unfalltag durch einen Arzt schriftlich festgestellt worden.

Bei Infektionen ist der Unfalltag der Tag, an dem erstmalig infektionsbedingte Krankheitssymptome auftreten.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Bei Infektionen ist der Unfalltag der Tag, an dem erstmalig die Infektion durch einen Arzt diagnostiziert wurde.

Wurde eine dieser Fristen nicht eingehalten, besteht kein Anspruch auf eine Leistung.

II) Geltendmachung der Invalidität

Gehen Sie von einer unfallbedingten Invalidität aus bzw. ist eine unfallbedingte Invalidität eingetreten, müssen Sie die Invalidität innerhalb von

Tarif pure 2.0	18 Monaten
Tarif fine 2.0	24 Monaten
Tarif prime 2.0	36 Monaten , bei Infektionen innerhalb von weiteren 3 Monaten
Tarif perfect 2.0	36 Monaten , bei Infektionen innerhalb von weiteren 3 Monaten

ab Unfalltag bei uns schriftlich geltend machen.

Versäumen Sie diese Fristen, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen bzw. verwirkt. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

III) Neubemessung des Invaliditätgrades

Nach der erstmaligen Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Diese können sowohl zu einer Minderung, als auch einer Erhöhung des bereits festgestellten Invaliditätsgrades führen.

Sie und wir sind daher berechtigt, den Grad der Invalidität der versicherten Person jährlich erneut ärztlich feststellen zu lassen. Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfallereignis zu.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, verlängert sich die Neubemessungsfrist von drei Jahren auf fünf Jahre ab dem Unfalltag.

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität der versicherten Person jährlich erneut ärztlich feststellen zu lassen. Dieses Recht steht Ihnen unabhängig vom Alter der versicherten Person längstens bis zu fünf Jahren nach dem Unfallereignis zu. Wir können dieses Recht unabhängig vom Alter der versicherten Person bis zu zwei Jahren nach dem Unfallereignis ausüben.

Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.

Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist in Textform* mitteilen.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, ist der Mehrbetrag gerechnet ab dem Unfalltag mit 5% jährlich zu verzinsen

Ergibt die endgültige Bemessung eine geringere Invaliditätsleistung, als wir bereits gezahlt haben, können wir die überhöhte Leistung zurückfordern.

c) Art der Leistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Kapitalzahlung. Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die für die versicherte Person vereinbarte Invaliditäts-Versicherungssumme
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad der versicherten Person und
- eine mit Ihnen für die versicherte Person vereinbarte Invaliditätsstaffelung der Invaliditätsleistung

d) Bemessung des Invaliditätsgrades

Der Invaliditätsgrad ermittelt sich

- nach der vereinbarten Gliedertaxe, sofern die betroffenen Körperteile, Sinnesorgane oder inneren Organe dort genannt sind, ansonsten danach
- in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person dauerhaft beeinträchtigt ist.

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens zum Ablauf der Neubemessungsfrist erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität.

I) Gliedertaxe

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

Gliedertaxe	pure 2.0	fine 2.0	prime 2.0	perfect 2.0
Arme und Hände				
Arm:	70%	75%	75%	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks:	65%	70%	75%	80%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks:	60%	65%	75%	80%
Hand:	55%	60%	65%	75%
Daumen:	20%	25%	25%	30%
Zeigefinger:	10%	15%	15%	20%
anderer Finger:	5%	10%	10%	10%
alle Finger und der Daumen einer Hand:	55%	60%	65%	75%
Bein und Fuß				
Bein über der Mitte des Oberschenkels:	70%	75%	75%	80%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels:	60%	70%	75%	80%
Bein bis unterhalb des Knies:	50%	65%	75%	80%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels:	45%	55%	75%	80%
Fuß:	40%	50%	60%	70%

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Gliedertaxe	pure 2.0	fine 2.0	prime 2.0	perfect 2.0
große Zehe:	5%	10%	10%	15%
andere Zehe:	2%	5%	5%	5%
Sehen				
Sehkraftverlust auf einem Auge:	50%	50%	50%	60%
Sehkraftverlust auf einem Auge sofern die Sehkraft auf dem anderen Auge bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war:	75%	75%	75%	80%
Hören				
Hörverlust auf einem Ohr:	30%	35%	35%	45%
Hörverlust auf einem Ohr, sofern das Hörvermögen auf dem anderen Ohr bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war:	45%	50%	50%	60%
Geruch- und Geschmackssinn				
Geruchssinn:	10%	10%	10%	20%
Geschmackssinn:	5%	10%	10%	20%
Stimme:	100%	100%	100%	100%
Organe				
ein Lungenflügel:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	30%	50%
eine Niere:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	25%	25%
eine Niere, sofern die andere Niere vor dem Unfall bereits verloren oder vollständig funktionsunfähig war:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	50%	50%
beide Nieren:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	100%	100%
Milz:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	10%
Leber:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	25%
Gallenblase:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	10%
Magen:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	20%
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- und Enddarm je:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	25%
Bauchspeicheldrüse:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung
Zwerchfell:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung
Gebärmutter bei Frauen:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung
Beide Hoden bei Männern:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung
Penis bei Männern:	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung	indiv. Bemessung

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

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das im Tarif fine 2.0 einen Invaliditätsgrad von 75%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7,5% (= ein Zehntel von 75%).

Der Invaliditätsgrad für die genannten inneren Organe (u.a. Niere, Milz, Gallenblase) wird anstelle der Bewertung nach Gliedertaxe auf Ihren Wunsch außerhalb der Gliedertaxe, entsprechend den Bestimmungen von Abschnitt D § 7 Nr. 1 d) II) („Individuelle Bemessung außerhalb der Gliedertaxe“; Seite 31) bemessen.

Beispiel: Betrifft ein Unfall mehrere innere Organe, kann die Invalidität durch Wechselwirkungen zwischen den Organen höher sein, als sie sich aus den nach der Gliedertaxe festgelegten Werten ergibt. Sie können daher für innere Organe auch eine Bemessung außerhalb der Gliedertaxe verlangen.

Sollte die individuelle Bemessung zum Ergebnis einen höheren Invaliditätsgrad haben, so gilt dieser, andernfalls der Invaliditätsgrad laut Gliedertaxe.

II) Individuelle Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

III) Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet. Mehr als 100% Invaliditätsgrad werden nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (75%) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (37,5%). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 112,5% ergibt, ist die Invalidität auf 100% begrenzt.

IV) Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfallereignis dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Abschnitt D § 7 Nr. 1 d) („Bemessung des Invaliditätsgrades“; Seite 29) bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm im Tarif fine 2.0 vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 75%. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7,5% (=ein Zehntel von 75%). Diese 7,5% Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 67,5%.

Sollte die individuelle Bemessung zum Ergebnis einen höheren Invaliditätsgrad haben, so gilt dieser, andernfalls der Invaliditätsgrad laut Gliedertaxe.

e) Höhe der Invaliditätsleistung

Je nach gewählter Invaliditätsstaffel ergibt sich in Abhängigkeit des festgestellten Invaliditätsgrades die Höhe der Invaliditätsleistung. Folgende Invaliditätsstaffeln sind möglich:

I) Invaliditätsstaffel 100% (ohne Staffelung)

Führt ein versicherter Unfall zu einem Invaliditätsanspruch, wird die im Versicherungsschein und seinen Nachträgen festgelegte Invaliditätssumme zugrunde gelegt.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

II) Invaliditätsstaffel 225 %

Führt ein versicherter Unfall zu einem Invaliditätsanspruch wird der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv nach den folgenden Punkten gesteigert.

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 50% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- für den 50%, nicht aber 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- für den 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme.

Verlauf der Invaliditätsstaffel 225% Tarif pure 2.0									
Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%
Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf
1%	1%	21%	21%	41%	41%	61%	83%	81%	149%
2%	2%	22%	22%	42%	42%	62%	86%	82%	153%
3%	3%	23%	23%	43%	43%	63%	89%	83%	157%
4%	4%	24%	24%	44%	44%	64%	92%	84%	161%
5%	5%	25%	25%	45%	45%	65%	95%	85%	165%
6%	6%	26%	26%	46%	46%	66%	98%	86%	169%
7%	7%	27%	27%	47%	47%	67%	101%	87%	173%
8%	8%	28%	28%	48%	48%	68%	104%	88%	177%
9%	9%	29%	29%	49%	49%	69%	107%	89%	181%
10%	10%	30%	30%	50%	50%	70%	110%	90%	185%
11%	11%	31%	31%	51%	53%	71%	113%	91%	189%
12%	12%	32%	32%	52%	56%	72%	116%	92%	193%
13%	13%	33%	33%	53%	59%	73%	119%	93%	197%
14%	14%	34%	34%	54%	62%	74%	122%	94%	201%
15%	15%	35%	35%	55%	65%	75%	125%	95%	205%
16%	16%	36%	36%	56%	68%	76%	129%	96%	209%
17%	17%	37%	37%	57%	71%	77%	133%	97%	213%
18%	18%	38%	38%	58%	74%	78%	137%	98%	217%
19%	19%	39%	39%	59%	77%	79%	141%	99%	221%
20%	20%	40%	40%	60%	80%	80%	145%	100%	225%

Leistungserweiterung in den Tarifen fine2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

Führt ein versicherter Unfall zu einem Invaliditätsanspruch wird der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv nach den folgenden Punkten gesteigert.

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Invaliditätssumme
- für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

Verlauf der Invaliditätsstaffel 225% Tarif fine 2.0, prime 2.0 oder perfect 2.0

Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 225%
Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf
1%	1%	21%	21%	41%	57%	61%	108%	81%	168%
2%	2%	22%	22%	42%	59%	62%	111%	82%	171%
3%	3%	23%	23%	43%	61%	63%	114%	83%	174%
4%	4%	24%	24%	44%	63%	64%	117%	84%	177%
5%	5%	25%	25%	45%	65%	65%	120%	85%	180%
6%	6%	26%	27%	46%	67%	66%	123%	86%	183%
7%	7%	27%	29%	47%	69%	67%	126%	87%	186%
8%	8%	28%	31%	48%	71%	68%	129%	88%	189%
9%	9%	29%	33%	49%	73%	69%	132%	89%	192%
10%	10%	30%	35%	50%	75%	70%	135%	90%	195%
11%	11%	31%	37%	51%	78%	71%	138%	91%	198%
12%	12%	32%	39%	52%	81%	72%	141%	92%	201%
13%	13%	33%	41%	53%	84%	73%	144%	93%	204%
14%	14%	34%	43%	54%	87%	74%	147%	94%	207%
15%	15%	35%	45%	55%	90%	75%	150%	95%	210%
16%	16%	36%	47%	56%	93%	76%	153%	96%	213%
17%	17%	37%	49%	57%	96%	77%	156%	97%	216%
18%	18%	38%	51%	58%	99%	78%	159%	98%	219%
19%	19%	39%	53%	59%	102%	79%	162%	99%	222%
20%	20%	40%	55%	60%	105%	80%	165%	100%	225%

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

III) Invaliditätsstaffel 350%

Führt ein versicherter Unfall zu einem Invaliditätsanspruch wird der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv nach den folgenden Punkten gesteigert.

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Invaliditätssumme
- für den 50%, nicht aber 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme
- für den 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätssumme.

Verlauf der Invaliditätsstaffel 350% Tarif pure 2.0

Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%
Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf
1%	1%	21%	21%	41%	57%	61%	119%	81%	217%
2%	2%	22%	22%	42%	59%	62%	123%	82%	224%
3%	3%	23%	23%	43%	61%	63%	127%	83%	231%
4%	4%	24%	24%	44%	63%	64%	131%	84%	238%
5%	5%	25%	25%	45%	65%	65%	135%	85%	245%
6%	6%	26%	27%	46%	67%	66%	139%	86%	252%
7%	7%	27%	29%	47%	69%	67%	143%	87%	259%
8%	8%	28%	31%	48%	71%	68%	147%	88%	266%
9%	9%	29%	33%	49%	73%	69%	151%	89%	273%
10%	10%	30%	35%	50%	75%	70%	155%	90%	280%
11%	11%	31%	37%	51%	79%	71%	159%	91%	287%
12%	12%	32%	39%	52%	83%	72%	163%	92%	294%
13%	13%	33%	41%	53%	87%	73%	167%	93%	301%
14%	14%	34%	43%	54%	91%	74%	171%	94%	308%
15%	15%	35%	45%	55%	95%	75%	175%	95%	315%
16%	16%	36%	47%	56%	99%	76%	182%	96%	322%
17%	17%	37%	49%	57%	103%	77%	189%	97%	329%
18%	18%	38%	51%	58%	107%	78%	196%	98%	336%
19%	19%	39%	53%	59%	111%	79%	203%	99%	343%
20%	20%	40%	55%	60%	115%	80%	210%	100%	350%

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Leistungserweiterung in den Tarifen fine2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

Führt ein versicherter Unfall zu einem Invaliditätsanspruch wird der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv nach den folgenden Punkten gesteigert.

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Verlauf der Invaliditätsstaffel 350% Tarif fine 2.0, prime 2.0 oder perfect 2.0

Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 350%
Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf
1%	1%	21%	21%	41%	73%	61%	155%	81%	255%
2%	2%	22%	22%	42%	76%	62%	160%	82%	260%
3%	3%	23%	23%	43%	79%	63%	165%	83%	265%
4%	4%	24%	24%	44%	82%	64%	170%	84%	270%
5%	5%	25%	25%	45%	85%	65%	175%	85%	275%
6%	6%	26%	28%	46%	88%	66%	180%	86%	280%
7%	7%	27%	31%	47%	91%	67%	185%	87%	285%
8%	8%	28%	34%	48%	94%	68%	190%	88%	290%
9%	9%	29%	37%	49%	97%	69%	195%	89%	295%
10%	10%	30%	40%	50%	100%	70%	200%	90%	300%
11%	11%	31%	43%	51%	105%	71%	205%	91%	305%
12%	12%	32%	46%	52%	110%	72%	210%	92%	310%
13%	13%	33%	49%	53%	115%	73%	215%	93%	315%
14%	14%	34%	52%	54%	120%	74%	220%	94%	320%
15%	15%	35%	55%	55%	125%	75%	225%	95%	325%
16%	16%	36%	58%	56%	130%	76%	230%	96%	330%
17%	17%	37%	61%	57%	135%	77%	235%	97%	335%
18%	18%	38%	64%	58%	140%	78%	240%	98%	340%
19%	19%	39%	67%	59%	145%	79%	245%	99%	345%
20%	20%	40%	70%	60%	150%	80%	250%	100%	350%

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

IV) Invaliditätsstaffel 500%

Führt ein versicherter Unfall zu einem Invaliditätsanspruch wird der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv nach den folgenden Punkten gesteigert.

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zweifache Invaliditätssumme
- für den 50%, nicht aber 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätssumme
- für den 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die zehnfache Invaliditätssumme

Verlauf der Invaliditätsstaffel 500% Tarif pure 2.0									
Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%
Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf
1%	1%	21%	21%	41%	57%	61%	152%	81%	310%
2%	2%	22%	22%	42%	59%	62%	159%	82%	320%
3%	3%	23%	23%	43%	61%	63%	166%	83%	330%
4%	4%	24%	24%	44%	63%	64%	173%	84%	340%
5%	5%	25%	25%	45%	65%	65%	180%	85%	350%
6%	6%	26%	27%	46%	67%	66%	187%	86%	360%
7%	7%	27%	29%	47%	69%	67%	194%	87%	370%
8%	8%	28%	31%	48%	71%	68%	201%	88%	380%
9%	9%	29%	33%	49%	73%	69%	208%	89%	390%
10%	10%	30%	35%	50%	75%	70%	215%	90%	400%
11%	11%	31%	37%	51%	82%	71%	222%	91%	410%
12%	12%	32%	39%	52%	89%	72%	229%	92%	420%
13%	13%	33%	41%	53%	96%	73%	236%	93%	430%
14%	14%	34%	43%	54%	103%	74%	243%	94%	440%
15%	15%	35%	45%	55%	110%	75%	250%	95%	450%
16%	16%	36%	47%	56%	117%	76%	260%	96%	460%
17%	17%	37%	49%	57%	124%	77%	270%	97%	470%
18%	18%	38%	51%	58%	131%	78%	280%	98%	480%
19%	19%	39%	53%	59%	138%	79%	290%	99%	490%
20%	20%	40%	55%	60%	145%	80%	300%	100%	500%

Leistungserweiterung in den Tarifen fine2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

Führt ein versicherter Unfall zu einem Invaliditätsanspruch wird der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv nach den folgenden Punkten gesteigert.

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme
- für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätssumme.

Verlauf der Invaliditätsstaffel 500% Tarif fine 2.0, prime 2.0 oder perfect 2.0

Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%	Invaliditätsgrad	Invaliditätsstaffel 500%
Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf	Von	Auf
1%	1%	21%	21%	41%	105%	61%	227%	81%	367%
2%	2%	22%	22%	42%	110%	62%	234%	82%	374%
3%	3%	23%	23%	43%	115%	63%	241%	83%	381%
4%	4%	24%	24%	44%	120%	64%	248%	84%	388%
5%	5%	25%	25%	45%	125%	65%	255%	85%	395%
6%	6%	26%	30%	46%	130%	66%	262%	86%	402%
7%	7%	27%	35%	47%	135%	67%	269%	87%	409%
8%	8%	28%	40%	48%	140%	68%	276%	88%	416%
9%	9%	29%	45%	49%	145%	69%	283%	89%	423%
10%	10%	30%	50%	50%	150%	70%	290%	90%	430%
11%	11%	31%	55%	51%	157%	71%	297%	91%	437%
12%	12%	32%	60%	52%	164%	72%	304%	92%	444%
13%	13%	33%	65%	53%	171%	73%	311%	93%	451%
14%	14%	34%	70%	54%	178%	74%	318%	94%	458%
15%	15%	35%	75%	55%	185%	75%	325%	95%	465%
16%	16%	36%	80%	56%	192%	76%	332%	96%	472%
17%	17%	37%	85%	57%	199%	77%	339%	97%	479%
18%	18%	38%	90%	58%	206%	78%	346%	98%	486%
19%	19%	39%	95%	59%	213%	79%	353%	99%	493%
20%	20%	40%	100%	60%	220%	80%	360%	100%	500%

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

f) Vorschüsse bei schwerwiegenden Unfallverletzungen

Bei schwerwiegenden Unfallverletzungen zahlen wir Ihnen vor Abschluss des Heilverfahrens auf Ihren Wunsch einen Vorschuss auf die Invaliditätsleistung, der sich aus der zu erwartenden unfallbedingten dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) errechnet.

Besteht für die versicherte Person aufgrund des versicherten Unfalls akute Lebensgefahr, so ist der Vorschuss auf die für den Unfalltod vereinbarte Versicherungssumme begrenzt. Ist eine Unfall-Todesfallleistung nicht vereinbart, wird bei akuter Lebensgefahr der versicherten Person keine Vorschusszahlung geleistet.

Der Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung beträgt mindestens

Tarif pure 2.0		nicht versichert
Tarif fine 2.0	25 %	der Invaliditätsleistung, wenn der zu erwartende Grad der Invalidität mindestens 40% beträgt
Tarif prime 2.0	40 %	der Invaliditätsleistung, wenn der zu erwartende Grad der Invalidität mindestens 25% beträgt
Tarif perfect 2.0	40 %	der Invaliditätsleistung

Dass eine unfallbedingte Invalidität verbleibt, ist von Ihnen durch Vorlage eines fachärztlichen Attestes nachzuweisen.

Der von uns an Sie gezahlte sofortige Vorschuss bei schwerwiegenden Unfallverletzungen wird auf die Zahlung der endgültigen Invaliditätsleistung angerechnet.

g) Tod der versicherten Person

Wir zahlen die vereinbarte Invaliditätsleistung nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre, wenn

- die versicherte Person nicht unfallbedingt innerhalb der ersten 12 Monate nach dem Unfall oder
- gleichgültig aus welcher Ursache später als 12 Monate nach dem Unfallereignis

verstorben ist und die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung erfüllt sind. In diesem Fall leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung.

2. Invaliditätsrente

a) Voraussetzungen

Wir zahlen Ihnen die vereinbarte monatliche Invaliditätsrente in voller Höhe, wenn Sie die dafür erforderlichen Leistungsvoraussetzungen erfüllt haben:

- der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50% und
- die Fristen für die Invaliditätsrentenleistung wurden eingehalten.

b) Fristen

I) Eintritt und Feststellung der Invalidität

Die Invalidität der versicherten Person ist innerhalb von

Tarif pure 2.0	15 Monaten
Tarif fine 2.0	18 Monaten
Tarif prime 2.0	24 Monaten , bei versicherten Infektionen innerhalb von 36 Monaten
Tarif perfect 2.0	24 Monaten , bei versicherten Infektionen innerhalb von 36 Monaten

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

nach dem Unfalltag eingetreten und ist innerhalb von

Tarif pure 2.0	18 Monaten
Tarif fine 2.0	24 Monaten
Tarif prime 2.0	36 Monaten
Tarif perfect 2.0	36 Monaten

nach dem Unfalltag durch einen Arzt schriftlich festgestellt worden.

Bei Infektionen ist der Unfalltag der Tag, an dem erstmalig infektionsbedingte Krankheitssymptome auftreten.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Bei Infektionen ist der Unfalltag der Tag, an dem erstmalig die Infektion durch einen Arzt diagnostiziert wurde.

Wurde eine dieser Fristen nicht eingehalten, besteht kein Anspruch auf eine Leistung.

II) Geltendmachung der Invalidität

Gehen Sie von einer unfallbedingten Invalidität aus bzw. ist eine unfallbedingte Invalidität eingetreten, müssen Sie die Invalidität innerhalb von

Tarif pure 2.0	18 Monaten
Tarif fine 2.0	24 Monaten
Tarif prime 2.0	36 Monaten , bei Infektionen innerhalb von weiteren 3 Monaten
Tarif perfect 2.0	36 Monaten , bei Infektionen innerhalb von weiteren 3 Monaten

ab Unfalltag bei uns geltend machen.

Versäumen Sie diese Fristen, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen bzw. verwirkt. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

III) Neubemessung des Invaliditätsgrades

Die Neubemessung des Invaliditätsgrades für die Invaliditätsrente erfolgt entsprechend den Regelungen der Neubemessung des Invaliditätsgrades zur Invaliditätsleistung gemäß Abschnitt D § 8 Nr. 1 b) III) („Neubemessung des Invaliditätgrades“; Seite 28) gilt.

c) Art und Dauer der Leistungen

Die vereinbarte Invaliditätsrente wird von uns gezahlt

- wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststeht, dass die Leistungsvoraussetzungen erfüllt sind,
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, jedoch
- nicht länger als 12 Monate rückwirkend nach Eingang der Meldung bei uns, frühestens ab Eintritt des Unfallereignisses und
- danach monatlich im Voraus.

Die Zahlung erfolgt bis zum Ende des Monats, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Abschnitt D § 8 Nr. 2 b) III) („Neubemessung des Invalidität“; Seite 39) der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter den anspruchsbegründenden Invaliditätsgrad fällt.

Ergibt die erste oder eine spätere Bemessung der Invalidität den Wegfall des Rentenanspruches, so wird die Rentenzahlung ab dem auf unsere Mitteilung folgenden Monat eingestellt.

d) Bemessung des Invaliditätsgrades

Die Bemessung des Invaliditätsgrades für die Invaliditätsrente erfolgt auf Basis der gleichen Bemessungsrichtlinien, die auch für die Feststellung einer Invaliditätsleistung gemäß Abschnitt D § 8 Nr. 1 d) („Bemessung des Invaliditätsgrades“; Seite 29) gelten.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

e) Ihre Pflichten im Rentenbezugsfall

Wir sind berechtigt zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen der versicherten Person, für die die Rentenleistung erbracht wird, anzufordern.

Wenn Sie uns die Lebensbescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit. Nach Erhalt der angeforderten Lebensbescheinigung werden die nicht ausgezahlten Renten zur darauf folgenden Fälligkeit nachgezahlt, maximal für 6 Monate rückwirkend.

Haben Sie die Nichtzusendung der Lebensbescheinigung nachweislich nicht zu vertreten, zahlen wir auch über die 6 Monate hinaus rückwirkend.

f) Tod der versicherten Person

Verstirbt die versicherte Person vor endgültiger Feststellung des Invaliditätsgrades aufgrund

- unfallfremder Ursache innerhalb von zwölf Monaten nach dem Unfall oder
- unabhängig von der Ursache später als zwölf Monate nach dem Unfall

leisten wir, sofern der Invaliditätsgrad aufgrund der ärztlichen Befunde mindestens 50 % betragen hätte.

War ein endgültiger Rentenanspruch entstanden und stirbt die versicherte Person vor Ablauf von 60 Monaten nach Eintritt der Leistungsvoraussetzungen, so zahlen wir die Invaliditätsrente dennoch bis zum Ablauf des 60. Leistungsmonats (Rentengarantiezeit von fünf Jahren). Die Rentengarantiezeit beginnt mit dem Entstehen unserer Rentenleistungspflicht.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Invaliditätsrente. In einem solchen Fall zahlen wir, sofern vereinbart, die mitversicherte Todesfallleistung.

Wir zahlen die vereinbarte Monatsrente mit befreiender Wirkung auf das uns zuletzt benannte Konto.

3. Unfall-Krankentagegeld

a) Voraussetzungen

Wir zahlen Ihnen ein Unfall-Krankentagegeld in der vereinbarten Höhe, wenn die versicherte Person unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung

ist.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Geht die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit wie möglich nach, so wird dieses nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt.

b) Art und Bemessung der Leistung

Das Unfall-Krankentagegeld berechnet sich aus

- der vereinbarten Versicherungssumme und
- dem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Das Unfall-Krankentagegeld wird nach dem Grad der ärztlich festgestellten Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit abgestuft.

Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist ausschließlich der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100% zahlen wir das vereinbarte Unfall-Krankentagegeld in voller Höhe.

Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 20% zahlen wir ein Fünftel des vereinbarten Unfall-Krankentagegelds.

c) Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Unfallkrankentagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für 365 Tage ab dem Tag des Unfalls.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

4. Unfall-Krankentagegeld „Spezial“

Führt ein Unfall zu einer Leistungsunfähigkeit, so leisten wir ab dem 15. Tag für die Dauer der durch ein ärztliches Attest nachgewiesenen Leistungsunfähigkeit das vereinbarte Unfall-Krankentagegeld „Spezial“.

Die Leistung erfolgt unabhängig von sonstigen eventuellen anderen Leistungsansprüchen und deren Voraussetzungen. Die Entscheidung über eine Leistungsunfähigkeit richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der durch den Unfall betroffenen versicherten Person.

Das Unfall-Krankentagegeld „Spezial“ wird längstens für sechs Monate, vom Unfalltage an gerechnet, gezahlt.

5. Unfall-Krankenhaustagegeld

a) Voraussetzungen

Wir zahlen Ihnen ein Unfall-Krankenhaustagegeld in der vereinbarten Höhe, wenn die versicherte Person

- unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung ist oder
- sich unfallbedingt einer ambulanten Operation unterzieht und deswegen für mindestens drei Tage ununterbrochen und vollständig arbeitsunfähig ist. War die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, einer Beschäftigung nachzugehen (z. B. Besuch des Kindergartens, der Schule, eines Sprachkurses, der Schule oder der Hochschule, Hausarbeit, Gartenarbeit usw.).

Eine vollstationäre Heilbehandlung liegt bei einem mindestens 12-stündigen Krankenhausaufenthalt vor.

Kuren, Aufenthalte in privaten Einrichtungen (z. B. Pensionen oder Hotels) sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung, außer, wenn

- die Heilbehandlung in einem Institut erfolgt, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (gemischte Anstalten) und es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Klinik das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten ist.

Eine versicherte vollstationäre Heilbehandlung liegt ebenfalls vor, wenn innerhalb von 21 Tagen nach dem ersten unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthalt

- eine vollstationäre Anschlussheilbehandlung (AHB),
- eine berufsgenossenschaftliche stationäre Weiterbehandlung (BGSW) oder
- eine unfallbedingte vollstationäre Kurzzeitpflege in einem Pflege- oder Seniorenheim

erfolgt.

Wir erbringen daher auch für diese Behandlungen das vereinbarte Krankenhaustagegeld.

b) Art, Dauer und Bemessung der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung
- längstens für 730 Tage ab dem Tag des Unfalls
- für einen Tag bei ambulanten Operationen

Das Krankenhaustagegeld wird auch über die Höchstdauer von 730 Tagen hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0 und prime 2.0

Wir zahlen das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung
- längstens für 1.825 Tage ab dem Tag des Unfalls
- für 3 Tage bei ambulanten Operationen
- in Höhe von 100% für jeden vollen Kalendertag eines medizinisch notwendigen Kurzzeitpflege-Aufenthaltes in einem Pflege- oder Seniorenheim, der innerhalb von 21 Tagen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird, höchstens für die Dauer von 60 Kalendertagen.

Das Krankenhaustagegeld wird auch über die Höchstdauer von 1.825 Tagen hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war.

Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 28 Tage, den doppelten Unfall-Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gelten alle Länder, in denen die versicherte Person keinen festen Wohnsitz hat und in denen sich sie sich nicht länger als 90 Tage im Jahr aufhält.

Wir zahlen zusätzlich ein Gipsgeld, wenn eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Eingipsung eines Knochenbruchs oder eines unfallbedingten Bänder- oder Sehnenrisses erfolgt. Das Gipsgeld wird in Höhe des dreifachen vereinbarten Krankenhaustagegeld-Tagessatzes gezahlt.

Die Leistung wird auch erbracht, wenn der Knochenbruch bzw. der Bänder- oder Sehnenriss der versicherten Person nur geschient oder ihr deswegen ein Hart- oder Kunstschaumverband angelegt wird.

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

Wir zahlen das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung
- längstens für 2.000 Tage ab dem Tag des Unfalls
- für 3 Tage bei ambulanten Operationen
- in Höhe von 100% für jeden vollen Kalendertag eines medizinisch notwendigen Kurzzeitpflege-Aufenthaltes in einem Pflege- oder Seniorenheim, der innerhalb von 21 Tagen im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt durchgeführt wird, höchstens für die Dauer von 60 Kalendertagen.

Das Krankenhaustagegeld wird auch über die Höchstdauer von 2.000 Tagen hinaus gezahlt, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war.

Zusätzlich zum vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeld zahlen wir die angefallenen und nachgewiesenen Eigenbehaltskosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 11 Euro pro Tag. Eigenbehaltskosten sind

- gesetzliche Zuzahlungen für stationäre Krankenhausaufenthalte bei gesetzlich krankenversicherten Personen
- vereinbarte Selbstbehalte für stationäre Krankenhausaufenthalte bei privat krankenversicherten Personen

Ereignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in dem betreffenden Land, den doppelten Unfall-Krankenhaustagegeldsatz. Als Ausland gelten alle Länder, in denen die versicherte Person keinen festen Wohnsitz hat und in denen sich sie sich nicht länger als 90 Tage im Jahr aufhält.

Wir zahlen zusätzlich ein Gipsgeld, wenn eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Eingipsung eines Knochenbruchs oder eines unfallbedingten Bänder- oder Sehnenrisses erfolgt. Das Gipsgeld wird in Höhe des dreifachen vereinbarten Krankenhaustagegeld-Tagessatzes gezahlt.

Die Leistung wird auch erbracht, wenn der Knochenbruch bzw. der Bänder- oder Sehnenriss der versicherten Person nur geschient oder ihr deswegen ein Hart- oder Kunstschaumverband angelegt wird.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

c) Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines versicherten Unfalls innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach Eintritt des Unfalls in ein Koma oder wird innerhalb dieser Frist in ein künstliches Koma versetzt, wird für die Zeit dieses Zustandes ab dem achten Tag, maximal jedoch für die Dauer von 84 Tagen, als zusätzliche Leistung ein „Komageld“ in Höhe des Tagessatzes des mit uns vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes je Kalendertag gezahlt.

6. Genesungsgeld

a) Voraussetzungen

Sie können ein Genesungsgeld vereinbaren, sofern Sie ebenfalls ein Unfall-Krankenhaustagegeld vereinbart haben. Wir leisten, wenn

- die Leistung des Unfall-Krankenhaustagegeldes fällig geworden ist und
- die versicherte Person aus einer Behandlung (stationärer Aufenthalt oder ambulante Operation) entlassen wurde.

b) Art, Dauer und Bemessung der Leistung

Das Genesungsgeld erhalten Sie in vereinbarter Höhe für die gleiche Anzahl von Kalendertagen für die wir Unfall-Krankenhaustagegeld geleistet haben, längstens für die Dauer von

Tarif pure 2.0	100 Tagen
Tarif fine 2.0	500 Tagen
Tarif prime 2.0	750 Tagen
Tarif perfect 2.0	750 Tagen

c) Tod der versicherten Person

Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes, der Rehabilitationsmaßnahme, der ambulanten Operation, während der Kurzzeitpflege oder an den Unfallfolgen verstirbt.

Sind die Voraussetzungen zur Zahlung eines Genesungsgeldes gegeben zahlen wir die vereinbarte Leistung an den Bezugsberechtigten für den Fall des Todes der versicherten Person aus.

7. Unfall-Todesfallleistung

a) Voraussetzungen

Die vereinbarte Todesfallleistung wird fällig bei

I) Unfall-Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfallereignis, besteht Anspruch auf eine mit uns vereinbarte Todesfallleistung.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Der Anspruch entsteht auch, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall stirbt und aufgrund desselben Unfalls keine Invaliditätsleistung gezahlt wurde.

II) Verschollenheit der versicherten Person

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person im Sinne des § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

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

Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf die Unfall-Todesfallleistung, sofern die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt und die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die Leistung zurückzuzahlen.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

III) Unfalltod der versicherten Person im Zusammenhang mit Bewusstseinsstörungen

Im Falle des Unfalltodes der versicherten Person werden wir uns nicht auf eine mögliche Leistungsfreiheit aufgrund ursächlichen Zusammenhangs einer Bewusstseinsstörung zum Eintritt des Unfallereignisses berufen. Wir erbringen die mit Ihnen vereinbarte Unfall-Todesfallleistung, höchstens jedoch einen Betrag von 20.000 Euro.

Ist eine höhere Unfalltodesfallleistung als 20.000 Euro mit Ihnen vereinbart, wird der über 20.000 Euro hinausgehende Betrag von uns nur geleistet, soweit keine ausgeschlossene Bewusstseinsstörung zum Unfallereignis geführt hat und auch alle weiteren Voraussetzungen erfüllt sind.

b) Fristen

Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von

Tarif pure 2.0	48 Stunden
Tarif fine 2.0	7 Tage
Tarif prime 2.0	7 Tage
Tarif perfect 2.0	28 Tage

zu melden (Meldefrist).

Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn die Erben der versicherten Person Kenntnis von dem Tod und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit erlangt haben. Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

Wurde die Meldefrist nicht eingehalten besteht kein Anspruch auf eine Leistung.

c) Art und Bemessung der Leistung

I) Unfall-Todesfallleistung

Sind die Voraussetzungen zur Zahlung einer Unfall-Todesfallleistung gegeben, zahlen wir die vereinbarte Unfall-Todesfallleistung an den für den Fall des Todes der versicherten Person Bezugsberechtigten aus.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

II) Unfall-Todesfallleistung für Vollwaisen

Soweit beide Elternteile über diesen Vertrag versichert sind und beide innerhalb eines Jahres aufgrund desselben Unfallereignisses versterben, erhalten

- die minderjährigen leiblichen Kinder und/oder
- die minderjährigen adoptierten Kinder und/oder
- die bis zum Todeszeitpunkt in häuslicher Gemeinschaft lebenden minderjährigen Stiefkinder

als Vollwaisen die doppelte Versicherungssumme der je Elternteil vereinbarten Unfall-Todesfallsumme, höchstens jedoch

Tarif pure 2.0		nicht versichert
Tarif fine 2.0	50.000 Euro	zusätzlich je Elternteil
Tarif prime 2.0	50.000 Euro	zusätzlich je Elternteil
Tarif perfect 2.0	100.000 Euro	zusätzlich je Elternteil

Voraussetzung hierfür ist, dass diese Kinder

- ausdrücklich in diesem Vertrag als bezugsberechtigt für die Unfall-Todesfallleistung oder
- erbberechtigt

sind.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

8. Übergangsleistung

a) Voraussetzungen

Sofern für eine versicherte Person eine Übergangsleistung mit uns vereinbart ist, zahlen wir die Übergangsleistung bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalls

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich und
- ohne dass Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt haben

zu mindestens 50% in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und die Beeinträchtigung vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als sechs Monate andauert.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

Die vereinbarte Übergangsleistung zahlen wir auch, wenn die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalls

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich und
- ohne dass Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt haben

zu mindestens 100% in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und die Beeinträchtigung vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als drei Monate andauert.

Es werden zunächst 50 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt, die mit der eventuell nach sechs Monaten erfolgenden Übergangsleistung verrechnet werden.

Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen wird entsprechend den Regelungen gemäß Abschnitt D § 9 („Wie wirken sich bestehende Krankheiten oder Gebrechen auf die Höhe der Versicherungsleistungen aus (Mitwirkungs-Definition)?“; Seite 46) berücksichtigt.

b) Fristen

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen.

Geltend machen heißt: Sie teilen uns unter Vorlage des ärztlichen Attestes mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als drei bzw. sechs Monaten ausgehen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die 7-Monats-Frist versäumt haben.

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

9. Sofortleistung bei Schwerstverletzungen

a) Voraussetzungen

Sofern für eine versicherte Person eine Sofortleistung bei Schwerstverletzungen mit uns vereinbart ist, zahlen wir die Sofortleistung bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person durch einen versicherten Unfall eine der folgenden Schwerstverletzungen erlitten hat:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation eines Armes, Beines, Fußes oder einer Hand
- Schädel-Hirn-Trauma (SHT) dritten Grades (GCS-Wert von 3 - 8 nach der Glasgow-Coma-Skala)
- Verbrennung II. oder III. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche
- Erblindung auf beiden Augen oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5% Rest-Sehschärfe beider Augen)
- Gewebezerstörender Schaden an zwei inneren Organen
- Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten
- gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs mit Funktionsverlust.

Weiterhin zahlen wir die Sofortleistung bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen vorliegt:

- gewebezerstörender Schaden eines inneren Organes
- Bruch eines langen Röhrenknochens
- Bruch des Beckens
- Bruch der Wirbelsäule.

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist, dass der Unfall nicht binnen 48 Stunden zum Tode führte.

Die Sofortleistung wird - auch bei mehreren Verletzungen - nur einmal je Unfallereignis gezahlt.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

b) Fristen

Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von sieben Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen.

Haben Sie die nicht unverzügliche Geltendmachung nachweislich nicht zu vertreten, verlängert sich die Meldefrist auf maximal zwölf Monate ab dem Unfallereignis. Bei Geltendmachung nach Ablauf dieser Frist erfolgt keine Leistung.

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

§ 9 Wie wirken sich bestehende Krankheiten oder Gebrechen auf die Höhe der Versicherungsleistungen aus (Mitwirkungs-Definition)?

Wir leisten für Gesundheitsschädigungen oder Folgen von Gesundheitsschädigungen, die durch ein versichertes Unfallereignis verursacht wurden. Wir leisten dagegen nicht für Krankheiten sowie sonstige körperliche oder geistige Gebrechen.

Krankheiten oder Gebrechen können die aus einem Unfall resultierenden Gesundheitsschädigungen oder deren Folgen verstärken. In beiden Fällen spricht man von der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen. Der Umfang der Mitwirkung wird als Mitwirkungsanteil in Prozent ausgedrückt.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis ausgelösten

- Gesundheitsschädigung oder deren Folgen oder
- Tod einer versicherten Person oder
- Dauer einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit oder
- Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes

mitgewirkt, so werden die versicherten Leistungen entsprechend dem Mitwirkungsanteil gekürzt. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, nehmen wir keine Minderung vor.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, nehmen wir keine Minderung der versicherten Leistungen vor.

Beispiel I: Nach einem Knochenbruch findet eine Krankenhausbehandlung von zehn Tagen statt. Ohne die zum Unfallzeitpunkt bestehende Rheumaerkrankung hätte die Behandlung nur drei Tage gedauert. Das versicherte Krankenhaustagegeld wird daher um den Mitwirkungsanteil von 70% gekürzt.

Beispiel II: Eine unfallbedingte Beinverletzung hat zu einem Invaliditätsgrad von 70% geführt. Dabei hat eine Diabetes zu 60% mitgewirkt. Die unfallbedingte Invaliditätsleistung wird um 60 % gekürzt.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Wir verzichten grundsätzlich auf eine Leistungsminderung wegen der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen.

Wirken allerdings die nachfolgend abschließend aufgezählten Krankheiten an den Unfallfolgen mit, verzichten wir auf eine Minderung der Leistung, wenn der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % beträgt:

- Diabetes mellitus
- HIV/Aids
- Multiple Sklerose
- Alkoholsucht
- Drogensucht
- Parkinson
- Morbus Paget
- Polyneurpathie
- Morbus Bechterew.

Diese Erweiterung gilt ausdrücklich nicht für die Beitragsgruppe S I (Senioren), also für Personen ab dem vollendeten 67. Lebensjahr. Bei dieser Personengruppe werden wir bei einem Mitwirkungsanteil von mindestens 50 % eine Minderung der versicherten Leistungen vornehmen.

Beispiel: Nach einem Knochenbruch findet eine Krankenhausbehandlung von zehn Tagen statt. Ohne die zum Unfallzeitpunkt bestehende Rheumaerkrankung hätte die Behandlung nur drei Tage gedauert. Das versicherte Krankenhaustagegeld wird in voller Höhe gezahlt.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

§ 10 Welche unfallbedingten Kosten werden von uns übernommen?

Wir leisten für unfallbedingte, versicherte und nachgewiesene Kosten, die nicht gegenüber einem anderen Ersatzpflichtigen geltend gemacht werden können (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung oder ein Haftpflichtversicherer).

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, ein Haftpflichtversicherer) eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten. Unsere Leistung erbringen wir unter der Voraussetzung, dass Sie uns soweit wie möglich bei der Klärung des Sachverhaltes unterstützen und Ihre diesbezüglichen Ansprüche gegen den Ersatzpflichtigen an uns abtreten.

Besteht für die versicherte Person eine oder mehrere weitere Unfallversicherungen, so ist unsere Leistung auf die in diesem Vertrag vereinbarten Summen begrenzt.

Die Kostenerstattungen erfolgen grundsätzlich subsidiär* für nachfolgend genannte Kosten.

1. Transport- und Therapiekosten

a) Such-, Bergungs- und Rettungskosten

Weltweit mitversichert sind die Organisation und die Kostenübernahme für Such-, Bergungs- sowie Rettungseinsätze.

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der versicherten Person nach einem versicherten Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den ärztlich angeordneten oder medizinisch sinnvollen und vertretbaren Transport der verletzten Person zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstliegenden Druckkammer

entstanden sind.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

b) Krankentransport und Rückholungskosten

Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der durch einen im Ausland eingetretenen, versicherten Unfall verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztlicher Anordnung beruhen oder medizinisch sinnvoll und vertretbar waren.

Die Kosten für die beschriebenen Krankentransporte, Flugrückholungen und Mehraufwendungen für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz übernehmen wir, soweit

- diese aufgrund der Unfallverletzungen erforderlich (notwendig) und ärztlich empfohlen sind und
- ein mindestens 14-tägiger Krankenhausaufenthalt im Ausland vorausgegangen ist.

Unsere Leistungen umfassen dabei auch die Rückholungen in Ambulanzflugzeugen.

Zusätzlich übernehmen wir die entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende

- minderjährige Kinder*
- Ehepartner
- eingetragene Lebenspartner* und
- in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person lebende Partner einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft.

c) Bestattungs- und Überführungskosten

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland organisieren wir die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz und ersetzen die Überführungskosten hierhin.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir, nach Abstimmung mit den Angehörigen,

- die Kosten für die Organisation der Bestattung sowie die Kosten für die Bestattung im Ausland oder
- die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Inland.

d) Therapiekosten

Wir erstatten die Therapiekosten, welche als Folge von Schäden durch

- Einatmung schädlicher Stoffe (z. B. Dekompressionskammerbehandlungen nach einer Kohlenmonoxydvergiftung oder Gasbrand-Infektion)

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

- Druckwellen (z. B. Dekompressionskammerbehandlungen nach einem Hörsturz mit oder ohne Tinnitus oder nach einem akuten akustischen Trauma (sog. „Knalltrauma“))

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

- Bade- und Tauchunfälle, auch wenn diese durch bewusste oder unbewusste Nichtbeachtung von Tauchrichtlinien (z. B. Dekompressionskammerbehandlungen zur Behandlung einer Caissonkrankheit) entstanden sind, soweit diese auf Empfehlungen eines behandelnden Arztes zurückgehen.

Die Übernahme der Transport- und Therapiekosten erfolgt je Versicherungsfall insgesamt bis zu einer Höhe von

Tarif pure 2.0	10.000 Euro
Tarif fine 2.0	30.000 Euro
Tarif prime 2.0	30.000 Euro
Tarif perfect 2.0	1.000.000 Euro

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft oder dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, ist die Leistung je Versicherungsfall auf die höchste vereinbarte Versicherungssumme in einem Vertrag begrenzt.

2. Dolmetscher- und Übersetzungskosten

Bei versicherten Unfällen im Ausland übernehmen wir die in diesem Zusammenhang notwendigen nachgewiesenen Kosten für einen Dolmetscher. Wir übernehmen auch die nachgewiesenen Kosten für die Übersetzung der erforderlichen Schriftsätze. Für Dolmetscher und Übersetzer leisten wir bis zu 500 Euro insgesamt je versichertes Unfallereignis.

Kopien aller von einem Übersetzer für Sie angefertigten Schriftsätze sind uns auf Verlangen zur Verfügung zu stellen.

Leistungserweiterung im Tarif fine 2.0

3. Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe

Ist für die versicherte Person nach einem versicherten Unfallereignis wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich, erstatten wir die der versicherten Person entstandenen Kosten bis zu einer Höhe von 1.000 Euro.

Voraussetzungen für diese Leistung

- die Rehabilitationsmaßnahme ist medizinisch notwendig und wird innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt
- die Rehabilitationsmaßnahme erstreckt sich über einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen
- die Kosten können gegenüber einem anderen Ersatzpflichtigen (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung oder ein Haftpflichtversicherer) nicht geltend gemacht werden

Diese Voraussetzungen sind von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Die Rehabilitationsbeihilfe wird nur einmal je Unfallereignis gezahlt, eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen wird entsprechend den Regelungen dieses Vertrages berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft oder dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, ist die Leistung auf die höchste vereinbarte Leistung für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren in einem Vertrag begrenzt.

Leistungserweiterung im Tarif prime 2.0

Zusätzlich zu den Rehabilitationskosten leisten wir Kostenerstattungen für Kuren (Kurkostenbeihilfe). Insgesamt leisten wir für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren bis zu einem Betrag von insgesamt 10.000 Euro.

Wird eine Rehabilitationsmaßnahme oder Kur nur teilstationär bzw. ambulant durchgeführt, leisten wir pro Tag 50 Euro, maximal bis zu 2.500 Euro gesamt. Bei ambulanten Kur- oder Reha-Maßnahmen werden nur die tatsächlichen Behandlungstage gezahlt.

Voraussetzungen für diese Leistung

- die Maßnahmen werden innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt
- die Maßnahmen erstrecken sich jeweils über einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen
- die Kosten können gegenüber einem anderen Ersatzpflichtigen (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung oder ein Haftpflichtversicherer) nicht geltend gemacht werden

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Diese Voraussetzungen sind von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Die Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe wird nur einmal je Unfallereignis gezahlt, eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen wird entsprechend den Regelungen dieses Vertrages berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft oder dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, ist die Leistung auf die höchste vereinbarte Leistung für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren in einem Vertrag begrenzt.

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

Zusätzlich zu den Rehabilitationskosten leisten wir Kostenerstattungen für Kuren (Kurkostenbeihilfe). Insgesamt leisten wir für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren bis zu einem Betrag von insgesamt 25.000 Euro.

Wird eine Rehabilitationsmaßnahme oder Kur nur teilstationär bzw. ambulant durchgeführt, leisten wir pro Tag 50 Euro, maximal bis zu 2.500 Euro gesamt. Bei ambulanten Kur- oder Reha-Maßnahmen werden nur die tatsächlichen Behandlungstage gezahlt.

Voraussetzungen für diese Leistung

- die Maßnahmen werden innerhalb von drei Jahren nach dem Unfallereignis durchgeführt
- die Maßnahmen erstrecken sich jeweils über einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen
- die Kosten können gegenüber einem anderen Ersatzpflichtigen (z. B. die gesetzliche oder private Krankenversicherung, gesetzliche Unfallversicherung oder ein Haftpflichtversicherer) nicht geltend gemacht werden

Diese Voraussetzungen sind von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachzuweisen.

Die Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe wird nur einmal je Unfallereignis gezahlt, eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen wird entsprechend den Regelungen dieses Vertrages berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft oder dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, ist die Leistung auf die höchste vereinbarte Leistung für Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren in einem Vertrag begrenzt.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

4. Kosten für psychologische Betreuung

Wir leisten für eine psychologische Soforthilfe für die versicherte Person, die unmittelbar

- nach einem räuberischen Überfall oder
- nach einer Geiselnahme, deren Opfer sie geworden ist

in Anspruch genommen wird. Ersetzt werden die Kosten für die ersten zehn Sitzungen nach dem Überfall bzw. der Geiselnahme.

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Wir ersetzen die Kosten der ersten zehn Sitzungen ebenfalls für eine psychologische Soforthilfe, wenn die versicherte Person oder ein in diesem Vertrag versicherter Verwandter ersten Grades oder der Ehepartner/eingetragene Lebenspartner*

- eine Schwerstverletzung im Sinne von Abschnitt D § 8 Nr. 9 („Sofortleistung bei Schwerstverletzungen“; Seite 45) dieser Bedingungen erleidet
- wenn ein in diesem Vertrag versicherter Verwandter ersten Grades oder Ehepartner/eingetragene Lebenspartner* aufgrund eines versicherten Unfalls verstorben ist.

5. Kosten für kosmetische Maßnahmen aufgrund von Unfallverletzungen

Verbleiben aufgrund eines versicherten Unfalles dauernde Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person und unterzieht sich die versicherte Person nach Abschluss der Heilbehandlung einem medizinischen Eingriff (kosmetische Operation) zur Beseitigung oder Minderung dieser Folgen, erstatten wir bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme die nachgewiesenen

- Arztkosten und sonstige Operationskosten,
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Hilfsmittel
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
- Zahnarzt- und Zahnlaborkosten für den Verlust, Teilverlust oder die Beschädigung natürlicher Schneide- und Eckzähne; nicht ersetzt werden die Kosten für die Beschädigung oder Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Stiftzähnen, Gebissen und Implantaten)

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

- Zahnarzt- und Zahnlaborkosten für den Verlust, Teilverlust oder die Beschädigung natürlicher Backenzähne
- Zahnarzt- und Zahnlaborkosten für den Verlust, Teilverlust oder die Beschädigung künstlicher Zähne oder Zahnersatz (Brücken, Stiftzähnen, Gebissen oder Implantaten) bis 2.500 Euro, wenn zeitgleich auch natürliche Zähne beschädigt wurden. Als natürliche Zähne gelten ausdrücklich auch solche Zähne, die lediglich überkront sind.

  Die versicherte Person muss die Kosten und die unfallbedingte Beschädigung oder Zerstörung des Zahnersatzes durch einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung nachweisen.

Nicht ersetzt werden die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

a) Voraussetzungen

- Diese Kosten sind im Zusammenhang mit der Operation und der ärztlichen Behandlung angefallen und
- der medizinische Eingriff muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt sein. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses noch minderjährig, kann der Eingriff bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres durchgeführt werden.

b) Versicherungssumme

Soweit nicht etwas anderes vereinbart wird, beträgt die Versicherungssumme für kosmetische Maßnahmen insgesamt

Tarif pure 2.0	10.000 Euro
Tarif fine 2.0	30.000 Euro
Tarif prime 2.0	30.000 Euro
Tarif perfect 2.0	1.000.000 Euro

Leistungserweiterung in den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

6. Kosten für kosmetische Maßnahmen nach Krebserkrankung

Für krebsbedingte Operationen, bei denen bei

- einer weiblichen versicherten Person eine Brust oder beide Brüste (mindestens zu 2/3) abgenommen wurden oder
- einer männlichen versicherten Person ein Hoden oder beide Hoden abgenommen wurden

zahlen wir die Kosten für kosmetische oder plastische Brust- bzw. Hodenoperationen bis zu einer Summe von

Tarif pure 2.0	nicht versichert
Tarif fine 2.0	nicht versichert
Tarif prime 2.0	5.000 Euro
Tarif perfect 2.0	10.000 Euro

Ersetzt werden die nachgewiesenen notwendigen Kosten für

- Arztkosten und sonstige Operationskosten
- Kosten für Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Hilfsmittel
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus.

Nicht ersetzt werden die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, so-weit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten. Die Wartezeit beginnt ab dem im Versicherungsschein dokumentierten Vertragsbeginn bzw. bei bestehenden Verträgen mit dem im Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentierten Zeitpunkt des Einschlusses dieser Leistung in den Vertrag.

Ein Anspruch auf die Leistung besteht nicht, wenn die Erkrankung bereits vor Antragstellung oder während der Wartezeit erstmals diagnostiziert wurde.

Diese Erweiterung gilt ausdrücklich nicht für die Beitragsgruppe S I (Senioren), also für Personen ab dem vollendeten 67. Lebensjahr.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

7. Kosten für Rooming-in Leistungen

Befindet sich ein mitversichertes Kind, welches das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, wegen eines versicherten Unfalles in vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter oder vormundschaftlicher Betreuer mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so leisten wir für bis zu 30 Übernachtungen einen pauschalen Kostenzuschuss von 30 Euro pro Übernachtung.

Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Ein Krankenhaustagegeld muss hierzu nicht separat vereinbart sein.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft oder dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, ist die Leistung auf die höchste vereinbarte Rooming-in Leistung in einem Vertrag begrenzt.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

8. Nachhilfekosten

Kann ein mitversichertes minderjähriges Kind aufgrund eines versicherten Unfalles nicht oder nicht regelmäßig am regulären schulischen Unterricht teilnehmen, übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten bis zu einer Höhe von 30 Euro je versäumten Schultag, maximal jedoch für einen Zeitraum von 100 Schultagen.

Diese Kosten werden zusätzlich zu einer gegebenenfalls mit uns vereinbarten Krankentagegeldleistung übernommen.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

9. Kinderbetreuungs-, Kinderunterbringungs- und Haushaltshilfegeld

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für eine Kinderbetreuung (z. B. Tagesmutter, Fahrdienst zu Kindergarten oder Schule) bzw. eine externe Kinderunterbringung oder / und eine Haushaltshilfe, wenn sich eine versicherte, den Haushalt führende oder mitführende Person aufgrund eines Unfalls im Sinne dieser Bedingungen

- in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet oder verstorben ist und
- im Haushalt dieser versicherten Person mindestens ein im Verhältnis zu ihr unterhaltsberechtigtes minderjähriges Kind zu versorgen ist.

Die Übernahme der nachgewiesenen Kosten beträgt bis zu 75 Euro je Tag des vollstationären Aufenthaltes und wird für bis zu 100 Tage erbracht, im Falle des Todes der versicherten Person werden pauschal 50 Tagessätze erstattet. Die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthaltes aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft oder dem Versicherer noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

10. Behinderungsbedingte Kosten

Führt das versicherte Unfallereignis bei einer versicherten Person zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% und damit zu einer maßgeblichen Behinderung im täglichen Leben, die bestimmte Investitionen erfordern, übernehmen wir einmalig jeweils folgende Kosten:

- geeignete behindertengerechte Ein- und Umbaumaßnahmen der selbst bewohnten Wohneinheit oder auf Ihren Wunsch den Umzug in eine Wohneinheit einschließlich der evtl. dort erforderlichen behindertengerechten Ein- und Umbaumaßnahmen bis

Tarif pure 2.0	nicht versichert
Tarif fine 2.0	10.000 Euro
Tarif prime 2.0	10.000 Euro
Tarif perfect 2.0	25.000 Euro

- geeignete behindertengerechte Umrüstung eines Pkw der versicherten Person

Tarif pure 2.0	nicht versichert
Tarif fine 2.0	10.000 Euro
Tarif prime 2.0	10.000 Euro
Tarif perfect 2.0	25.000 Euro

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen, einschließlich der Kosten für Unterbringung und Verpflegung, sofern diese Maßnahmen ausschließlich auf die durch den Unfall eingetretene Invalidität zurückzuführen sind, z. B. Erlernen von Gebärdensprache oder Blindenschrift, bis

Tarif pure 2.0	nicht versichert
Tarif fine 2.0	10.000 Euro
Tarif prime 2.0	10.000 Euro
Tarif perfect 2.0	25.000 Euro

- künstliche Gliedmaßen, künstliche Organe, Organtransplantationen und Hilfsgeräte bzw. Hilfsmittel, z. B. Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes, bis

Tarif pure 2.0	nicht versichert
Tarif fine 2.0	5.000 Euro
Tarif prime 2.0	5.000 Euro
Tarif perfect 2.0	10.000 Euro

Diese Maßnahmen müssen innerhalb von vier Jahren nach dem Unfall ausschließlich als Folge der unfallbedingten Invalidität erforderlich sein. Die Kosten sind uns nachzuweisen.

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

11. Kosten für die Reparatur bereits erforderlicher Gliedmaßenprothesen

Falls infolge eines versicherten Unfalls Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die nachgewiesenen Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die nachgewiesenen Anschaffungskosten neuer Gliedmaßenprothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von 2.500 Euro.

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

12. Kosten der Haustierbetreuung

Befindet sich die versicherte Person nach einem versicherten Unfallereignis in notwendiger vollstationärer Heilbehandlung für mindestens 48 aufeinanderfolgende Stunden oder verstirbt die versicherte Person unfallbedingt und keiner der Mitbewohner ist physisch in der Lage, die Versorgung der im Haushalt der versicherten Person befindlichen Haustiere zu übernehmen, erstatten wir die während der vollstationären Heilbehandlung anfallenden Kosten der Versorgung der Haustiere.

Die nachgewiesenen Kosten übernehmen wir bis maximal 50 Euro je Tag, insgesamt jedoch bis höchstens 1.500 Euro.

Als Haustiere gelten nur die Tiere, die in Deutschland allgemein üblich und in zulässiger Weise als Haustiere gehalten werden. Als Haustiere gelten nicht wilde und exotische Tiere (wie z. B. Schlangen, Spinnen).

Die vollstationäre Heilbehandlung aufgrund des Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Bestehen für die betroffene versicherte Person bei unserer Gesellschaft oder dem Versicherer noch weitere Unfallversicherungsverträge, so kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht werden.

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

§ 11 Welche Regelungen gelten für die Besitzstandsgarantie und welche Leistungen sind versichert?

1. Leistungsumfang

Ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen des Vorversicherers zu in unserem Vertrag versicherten Leistungsarten Verbesserungen im Leistungsumfang, gelten diese auf Ihren Antrag im Leistungsfall.

Dies gilt für

- den in diesen Bedingungen definierten erweiterten Unfallbegriff. Hat der Vorversicherer zu diesen Definitionen eine bessere Regelung in seinen Versicherungsbedingungen festgelegt, gelten diese im Leistungsfall auch zu unserem Vertrag.
- die beitragsfreien Leistungen, die im Vorvertrag vereinbart waren. Diese werden wir berücksichtigen, wenn sie
  - in unserem Vertrag ebenfalls beitragsfrei versichert sind und eine geringere Versicherungssumme vorsehen.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

- als beitragsfreie Leistungsart in unserem Vertrag nicht enthalten und auch nicht beitragspflichtig vereinbart werden können. Sie gilt somit nicht für Leistungsarten, die nur gegen Beitragszahlung in unserem Vertrag vereinbart werden können.

Sowohl Sie als auch wir können die Besitzstandsgarantie jederzeit in Textform* kündigen. Die Kündigung wird frühestens einen Monat nach Zugang wirksam. Kündigen wir, so können Sie den gesamten Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Erklärung zum selben Zeitpunkt kündigen.

2. Voraussetzungen

Es müssen alle Voraussetzungen gegeben sein, die einen Anspruch auf diese Leistung aus dem Tarif des direkten Vorversicherers begründen (Sie müssen also alle Obliegenheiten und sonstigen Leistungsanforderungen unseres Tarifes, als auch des Tarifes des direkten Vorversicherers erfüllen, um die Leistungen gemäß diesem Tarif beanspruchen zu können.) und darüber hinaus:

- der Tarif des direkten Vorversicherers ist bzw. war für die Allgemeinheit zugänglich (Demnach sind Tarife, die nur für Personen ab einem bestimmten Alter (z. B. Seniorentarife), nur für bestimmte Berufsgruppen (z. B. Angehörige des Öffentlichen Dienstes), Mitglieder eines bestimmten Verbandes (z. B. VDH, Verdi etc.) oder nur für die Belegschaft eines Unternehmens zur Verfügung stehen, nicht gemeint und
- der Ablauf des Vorvertrages entspricht dem Beginn unseres Vertrages, und
- der Vorvertrag hat mindestens ein Jahr ununterbrochen bestanden, und
- der Vorvertrag wurde mit einem Versicherer geschlossen, der zum Schadenzeitpunkt zum Betrieb in Deutschland zugelassen ist und
- der direkte Vorvertrag wurde nicht durch den Vorversicherer, sondern von Ihnen als Versicherungsnehmer gekündigt und
- Sie haben uns den direkten Vorvertrag und dessen Versicherungsumfang durch Zusendung des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen (allgemeiner und spezieller Teil) nachgewiesen

§ 12 Welche Garantien bieten wir Ihnen zu unseren Leistungen?

1. Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) - Garantie

Diese Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen entsprechen in Bezug auf den dargestellten Versicherungsschutz und den Leistungsinhalten mindestens den vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) empfohlenen Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) -Stand 25. März 2014.

Wir weisen darauf hin, dass die bisher unter Ziffer 4. der GDV-Bedingungen befindliche Regelung zu den nicht versicherbaren Personen inzwischen vom GDV gestrichen wurde, während sie in unseren Bedingungen nach wie vor enthalten ist. Die insoweit bestehende Abweichung zu den GDV-Musterbedingungen sehen wir jedoch grundsätzlich als Vorteil für den Versicherten, der durch diese Regelung geschützt werden soll. Sie ist weitgehend eine Ausgestaltung des § 80 VVG, denn bei Schwer-/Schwerstpflegebedürftigen besteht die große Wahrscheinlichkeit, dass der Versicherer Beiträge erhält, ohne ein nennenswertes Risiko tragen zu müssen. Im Einzelfall kann sich die Nichtversicherbarkeit jedoch auch negativ für den Versicherungsnehmer auswirken.

Weichen diese Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen in Bezug auf den dargestellten Versicherungsschutz und die Leistungsinhalte zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den oben genannten Musterbedingungen des GDV ab, werden wir uns nicht darauf berufen und bei der Regulierung die für den Versicherungsnehmer günstigeren Bedingungen anwenden. Werden nach Abschluss des Versicherungsvertrages neue Musterbedingungen vom GDV herausgegeben, so erstreckt sich unsere Garantie nicht automatisch auch auf diese Neuerungen. Zu deren Einbeziehung ist eine Änderung bzw. Aktualisierung des Vertrages erforderlich.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

2. Arbeitskreis-Garantie

Es wird garantiert, dass die vorliegenden Versicherungsbedingungen hinsichtlich des Umfanges des Versicherungsschutzes unter Einbeziehung aller optionalen und mitversicherten Risiken ausschließlich zum Vorteil versicherter Personen von den empfohlenen Mindeststandards des „Arbeitskreis Beratungsprozesse“ für die Unfallversicherung mit Stand 28.09.2015 abweichen.

Weichen diese Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen in Bezug auf den dargestellten Versicherungsschutz und die Leistungsinhalte zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den empfohlenen einzelnen Leistungsinhalten des „Arbeitskreis Beratungsprozesse“ ab, werden wir uns nicht darauf berufen und bei der Regulierung die für den Versicherungsnehmer günstigeren Bedingungen anwenden. Werden nach Abschluss des Versicherungsvertrages neue Risikoanalysen des „Arbeitskreis Beratungsprozesse“ herausgegeben, so erstreckt sich unsere Garantie nicht automatisch auch auf diese Neuerungen. Zu deren Einbeziehung ist eine Änderung bzw. Aktualisierung des Vertrages erforderlich.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

3. Innovationsklausel

Werden die Bedingungen unserer Unfallversicherung allsafe bodyguard (UV2019) zukünftig im Neugeschäft ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer geändert, so gelten diese Vorteile ab dem Zeitpunkt der Änderung auch für diesen Vertrag.

Voraussetzung dafür ist, dass der verbesserte Leistungs- und Deckungsumfang ohne Mehrbeitrag bei künftigen Versicherungsverträgen des für Ihren Vertrag geltenden Tarifs mitversichert ist.

Sofern Sie gegen Zuschlag Leistungen vereinbart haben, so gelten Verbesserungen von Leistungs- und Deckungsumfang für diese Erweiterungen des Versicherungsschutzes nur, sofern diese bislang bereits von Ihnen für Ihren Vertrag vereinbart wurden.

Beispiel: In Ihrem bisherigen Vertrag haben Sie die Leistungsarten Invalidität, Unfall-Krankentagegeld und Unfallrente versichert. Auf die Leistungsart Unfall-Krankenhaustagegeld haben Sie verzichtet. Sieht der neue Tarif verbesserte Leistungen für die benannten Leistungsarten vor, so profitieren Sie nur von den Leistungen für die vereinbarten Leistungsarten. Verbesserungen des Bedingungswerkes hinsichtlich der Leistungsart Unfall-Krankenhaustagegeld bringen für Sie keinen Vorteil, solange Sie diese Leistungsart nicht zuschlagspflichtig in Ihren Vertrag einschließen.

Leistungserweiterung in den Tarifen fine 2.0, prime 2.0 und perfect 2.0

§ 13 Wann und wie leisten wir bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit?

1. Wir befreien Sie für bis zu zwölf Monate von der Beitragszahlung für den Fall unverschuldeter Arbeitslosigkeit unter folgenden Voraussetzungen:
   - Ihr Wohnsitz und dauernder Aufenthalt ist in der Bundesrepublik Deutschland und
   - die Arbeitslosigkeit ist frühestens sechs Monate nach Vertragsbeginn eingetreten (Wartezeit) und
   - die Dauer der Arbeitslosigkeit beträgt mindestens sechs Wochen und
   - der Vertrag ist noch nicht gekündigt und es besteht kein Beitragsrückstand und
   - Sie waren vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden beschäftigt und
   - Sie haben bei Eintritt der Arbeitslosigkeit das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet.
2. Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht nicht, wenn Sie als
   - freiwillig Wehrdienstleistender, Bundesfreiwilligendienstleistender, Auszubildender, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnenbetriebes, bei Ihrem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten beschäftigt waren oder
   - wenn Ihnen bei Versicherungsbeginn bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht wieder, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die vorhergehend beschriebenen Voraussetzungen erneut erfüllt sind.
3. Das Vorliegen der vorgenannten Voraussetzungen müssen Sie uns durch entsprechende Bescheinigungen des zuständigen Arbeitsamtes und des Arbeitgebers nachweisen.
4. Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Sie vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt haben.
5. Sie müssen den Anspruch auf Beitragsbefreiung unverzüglich nach Eintritt Ihrer Arbeitslosigkeit bei uns schriftlich geltend machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen beginnt die Beitragsbefreiung im folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang der schriftlichen Anzeige Ihrer Arbeitslosigkeit bei uns.

   Der Beginn der Beitragsbefreiung wird schriftlich bestätigt. Bis dahin sind die Versicherungsbeiträge bedingungsgemäß zu entrichten; überzahlte Beiträge werden mit zu diesem Zeitpunkt offenen Posten verrechnet.
6. Sie müssen uns über das Ende der Arbeitslosigkeit unverzüglich in Textform* informieren. Sie sind verpflichtet, uns jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Sollten uns angeforderte Nachweise nicht binnen zwei Wochen zugehen, können wir die Beitragsbefreiung außer Kraft setzen.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Leistungserweiterung im Tarif perfect 2.0

§ 14 Wann und wie leisten wir bei Arbeitsunfähigkeit?

1. Wenn Sie unfallbedingt oder krankheitsbedingt ununterbrochen für mehr als 6 Wochen zu 100 Prozent arbeitsunfähig werden und die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nachweisen, dann befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht (Beitragsbefreiung) nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn.

2. Der Versicherungsvertrag wird auf Ihren Antrag hin bis zu 12 Monate beitragsfrei weitergeführt. Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Beitragsbefreiung geltenden Versicherungssummen.

   Die Beitragsbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet und endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens zum Ablauf der oben genannten Beitragsfreistellungsdauer. Die Beitragsfreistellungsdauer wird ab dem ersten Tag der Beitragsbefreiung gerechnet.

3. Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits die oben genannte Beitragsfreistellungsdauer innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde. Der Versicherungsvertrag wird nach Beendigung der Beitragsbefreiung unverändert beitragspflichtig fortgeführt.

4. Beiträge, die schon für den Zeitraum der Beitragsbefreiung entrichtet worden sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

E. Versicherungsbedingungen - Optionale Erweiterungen

Die folgenden optionalen Erweiterungen des Versicherungsumfangs sind nur versichert, wenn diese Erweiterungen ausdrücklich von Ihnen in Textform* beantragt und im Versicherungsschein bzw. dem aktuellen Nachtrag zum Versicherungsschein dokumentiert wer-den.

§ 1 Dynamische Erhöhung von Beitrag und Versicherungssummen (Aktivdynamik)

1. Zur Anpassung an die allgemeine Einkommens- und Kostenentwicklung kann eine jährliche Erhöhung der Versicherungssummen für folgende Leistungsarten vereinbart werden:

   - die Invaliditätsleistung
   - die Invaliditätsrente
   - das Unfall-Krankentagegeld
   - das Unfall-Krankentagegeld „Spezial“
   - das Unfall-Krankenhaustagegeld
   - das Genesungsgeld
   - die Unfall-Todesfallleistung
   - die Übergangsleistung

   Die zuletzt vereinbarten Versicherungssummen erhöhen sich jährlich zur Hauptfälligkeit der Versicherung um den fest vereinbarten Erhöhungsprozentsatz, erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres. Eine dynamische Erhöhung ist während der Dauer einer Außerkraftsetzung bzw. Beitragsfreistellung nicht möglich.

   Die dynamische Erhöhung von Beitrag und Versicherungssummen endet automatisch für jede Leistungsart, in der die maximale Versicherungssumme erreicht wurde.

   Alle hier nicht aufgeführten Leistungen und Kosten, die im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen jedoch Bestandteil des Versicherungsumfangs sind, nehmen an der dynamischen Erhöhung nicht teil.

2. Die rechnerisch ermittelten Versicherungssummen werden wie folgt kaufmännisch gerundet:

   - die Invaliditätsleistung auf einen vollen Euro,
   - die Invaliditätsrente auf einen vollen Euro
   - das Unfall-Krankentagegeld und Unfall-Krankentagegeld „Spezial“ auf einen vollen Euro
   - das Unfall-Krankenhaustagegeld auf einen vollen Euro
   - das Genesungsgeld auf einen vollen Euro
   - die Unfall-Todesfallleistung auf einen vollen Euro
   - die Übergangsleistung auf einen vollen Euro

   Ergibt sich nach kaufmännischer Rundung einer der vorgenannten erhöhten Versicherungssummen eine Erhöhung von weniger als einem Euro, wird diese Versicherungssumme um einen Euro erhöht.

3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle, sofern der erste erhöhte Beitrag unwiderruflich von Ihnen gezahlt wurde.

4. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung von uns über die dynamische Erhöhung.

   Die Erhöhung entfällt, wenn Sie nach Erhalt unserer Erhöhungsmitteilung dieser innerhalb von vier Wochen in Textform* widersprechen. Widersprechen Sie der dynamischen Erhöhung dreimal in Folge, behalten wir uns vor, die Aktivdynamik für die Zukunft zu beenden. Die Beendigung der Aktivdynamik teilen wir Ihnen dann in Textform* mit.

5. Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages kündigen. Die Kündigung muss in Textform* spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

   Unabhängig hiervon endet die planmäßige Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag automatisch, wenn die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

§ 2 Premium Gliedertaxe zu den Tarifen prime 2.0 und perfect 2.0

Abweichend von Abschnitt D § 8 Nr. 1 d) („Gliedertaxe"; Seite 29) gilt bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane in Abhängigkeit des von Ihnen gewählten Tarifs ausschließlich die hier nachfolgend genannten Invaliditätsgrade.

Premium Gliedertaxe	Tarif prime 2.0	Tarif perfect 2.0
Arme und Hände		
Arm:	80%	100%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks:	80%	100%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks:	80%	100%
Hand:	75%	90%
Daumen:	30%	45%
Zeigefinger:	20%	30%
anderer Finger:	10%	20%
alle Finger und der Daumen einer Hand:	75%	90%
Bein und Fuß		
Bein über der Mitte des Oberschenkels:	80%	100%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels:	80%	100%
Bein bis unterhalb des Knies:	80%	100%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels:	80%	100%
Fuß:	70%	70%
große Zehe:	15%	20%
andere Zehe:	5%	10%
Sehen		
Sehkraftverlust auf einem Auge:	60%	80%
Sehkraftverlust auf einem Auge sofern die Sehkraft auf dem anderen Auge bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war:	80%	100%
Hören		
Hörverlust auf einem Ohr:	45%	50%
Hörverlust auf einem Ohr, sofern das Hörvermögen auf dem anderen Ohr bei Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren war:	60%	70%
Geruch- und Geschmackssinn		
Geruchssinn:	20%	30%
Geschmackssinn:	20%	30%
Stimme:	100%	100%
Organe		
ein Lungenflügel:	50%	50%
eine Niere:	25%	25%
eine Niere, sofern die andere Niere vor dem Unfall bereits verloren oder vollständig funktionsunfähig war:	50%	50%
beide Nieren:	100%	100%
Milz:	10%	10%
Leber:	25%	25%
Gallenblase:	10%	10%
Magen:	20%	20%
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- und Enddarm je:	25%	25%
Bauchspeicheldrüse:	individuelle Bemessung	individuelle Bemessung
Zwerchfell:	individuelle Bemessung	individuelle Bemessung
Gebärmutter bei Frauen:	individuelle Bemessung	individuelle Bemessung

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Premium Gliedertaxe	Tarif prime 2.0	Tarif perfect 2.0
Beide Hoden bei Männern:	individuelle Bemessung	individuelle Bemessung
Penis bei Männern:	individuelle Bemessung	individuelle Bemessung

Alle weiteren Regelungen zur Bemessung des Invaliditätsgrades bleiben unberührt und gelten weiterhin wie in Abschnitt D § 8 („Welche Leistungsarten können Sie mit uns vereinbaren?“; Seite 27) beschrieben.

§ 3 Unfall-Schmerzensgeld-Taxe

1. Wir leisten, wenn Sie durch einen versicherten Unfall mindestens eine der nachfolgend in der Unfall-Schmerzensgeld Tabelle genannten Verletzungen erleiden.

2. Der Versicherungsschutz ist abhängig von

   - dem mit uns vereinbarten Tarif (pure 2.0, fine 2.0, prime 2.0 oder perfect 2.0)
   - der mit uns vereinbarten Unfall-Schmerzensgeld-Versicherungssumme
   - der Art der Verletzung

   Welchen Tarif Sie mit uns vereinbart haben, können Sie, ebenso wie die Versicherungssumme zur Unfall-Schmerzensgeld-Taxe, dem Versicherungsschein entnehmen.

   Sollte dasselbe Unfallereignis mehrere Verletzungen verursachen, ist unsere Leistung auf die vereinbarte Unfall-Schmerzensgeld-Versicherungssumme begrenzt.

3. Wir leisten für die nachfolgend genannten Verletzungen, sofern

   - die versicherte Person diese durch einen Unfall erlitten hat und
   - dieser Unfall über den mit uns vereinbarten Tarif gemäß Abschnitt D § 5 („Was ist ein versicherter Unfall in Sinne dieser Bedingungen?“; Seite 17) versichert ist und
   - die Verletzung innerhalb von drei Tagen nach Unfallereignis ärztlich festgestellt wird und
   - Ihr Anspruch auf Unfall-Schmerzensgeld innerhalb von 28 Tagen nach der ärztlichen Feststellung bei uns in Textform* geltend gemacht wird

4. Auf die Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen gemäß Abschnitt D § 9 („Wie wirken sich bestehende Krankheiten oder Gebrechen auf die Höhe der Versicherungsleistungen aus (Mitwirkungs-Definition)?“; Seite 46) bei der Ermittlung der Höhe des Unfall-Schmerzensgeldes verzichten wir.

5. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Unfall-Schmerzensgeld geltend gemacht wurde, erlischt der Anspruch auf Schmerzensgeld.

6. Tabelle zur Unfall-Schmerzensgeld-Taxe

   Wir leisten in Abhängigkeit der Art- und des Umfangs der Verletzung - unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages- die folgenden Prozentsätze der vereinbarten Versicherungssumme zur Unfall-Schmerzensgeld-Taxe.

   Im Falle eines unfallbedingten Knochenbruches ergibt sich die Leistungshöhe auch aus der Schwere des Knochenbruches. Dieser wird wie folgt unterschieden:

   a) Vollständiger Knochenbruch

      Ein vollständiger Knochenbruch (sogenannte Fraktur) liegt vor, wenn der Unfall zu einer auf Röntgenaufnahme oder Computertomographie erkennbaren Spaltbildung im Knochen geführt hat. Hierzu gehören im Sinne dieser Bedingungen auch Grünholz-, Berstungs- oder Kompressionsfrakturen.

   b) Unvollständiger Knochenbruch

      Unvollständigen Knochenbrüchen sind Haarrisse (Fissuren), Knochenabsprengungen oder –abscherungen, knöcherne Ausrisse oder Abrissfrakturen. Sie gelten nicht als versicherte vollständige Knochenbrüche.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Tabelle zur Unfall- Schmerzensgeld-Taxe	vollständiger Knochenbruch	unvollständiger Knochenbruch	sonstige Verletzung
Knochenbrüche			
Schädel	100%-	60%	-
Nasenbein	35%	18%	-
Kiefergelenk	45%	25%	-
Kieferknochen	35%	18%	-
Schultergelenk mit Beteiligung der Schulterpfanne	80%	50%	-
Schulterblatt ohne Beteiligung der Schulterpfanne	35%	18%	-
Schlüsselbein	25%	12%	-
Oberarm oder Unterarm	65%	35%	-
Ellenbogengelenk	80%	50%	-
Hand oder Handgelenk	45%	25%	-
Einer oder mehrere Finger oder der Daumen einer Hand, insgesamt	25%	12%	-
Brustbein	35%	18%	-
Eine oder mehrere Rippe / Rippen, insgesamt	12%	8%	-
Brust-, Hals- oder Lendenwirbelsäule	65%	35%	-
Becken mit Beteiligung von Schamfuge oder Kreuzdarmbeingelenk	100%	60%	-
Hüftgelenk	80%	50%	-
Oberschenkel ohne Beteiligung des Hüft- oder Kniegelenkes	65%	35%	-
Kniegelenk mit Beteiligung von körperfernem Oberschenkel oder Schienbeinkopf	80%	50%	-
Unterschenkel (Schien- oder Wadenbeines) ohne Beteiligung des Knie- oder oberen Sprunggelenkes	65%	35%	-
Oberes Sprunggelenkes mit Beteiligung von Schien- oder Wadenbein	80%	50%	-
Fuß	45%	25%	-
Sonstige Gelenke	30%	15%	-
Kopf- und Halsverletzungen			
Halswirbelschleudersyndrom mit Nervenwurzelschädigung	-	-	25%
Gehirnerschütterung zweiten oder dritten Grades	-	-	35%
Muskel-, Sehnen-, Bänder- oder Kapselschäden			
Vollständige Zerreißung von Muskeln, Sehnen (vollständige Sehnenruptur), Bändern (vollständiger Bänderriss Grad III) oder Kapseln – jeweils an Gliedmaßen oder Wirbelsäule -			20%
Sonstige Verletzungen			
Quetschung inneres Organ	-	-	40%
Verbrennung zweiten oder dritten Grades, wenn jeweils mehr als 20 cm² der Hautoberfläche betroffen sind	-	-	30%
Ablederung, Quetschung oder Prellung jeweils mit Bluterguss, wenn jeweils mehr als 20 cm² der Hautoberfläche betroffen sind	-	-	30%
Verlust eines gemäß gewählten Tarifs versicherten natürlichen Zahnes	-	-	20%
Schnitt-, Stich-, und Platzwunden – jeweils mit notwendiger Wundversorgung durch Nähen	-	-	12%

7. Sie und wir können die Vereinbarung der Unfall-Schmerzensgeld-Taxe kündigen. Die Kündigung muss in Textform* spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

   Unabhängig hiervon entfällt die Vereinbarung der Unfall-Schmerzensgeld-Taxe, wenn die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

F. Versicherungsbedingungen - Allgemeiner Teil

§ 1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

1. „Wir“ sind der Versicherer, vertreten durch die Verwaltungsgesellschaft Konzept & Marketing GmbH, die im Folgenden mit „k+m“ bezeichnet ist.
2. Sie sind der Versicherungsnehmer.
3. Wir haben k+m bevollmächtigt:
   - Ihnen und Ihrem Vermittler die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären
   - Ihren Versicherungsvertrag betreffende Erklärungen, Willenserklärungen, Schadenmeldungen und Beiträge in Empfang zu nehmen
   - von Ihnen Anzeigen zu Gefahr erhöhenden Umständen oder sonstigen vertraglichen Obliegenheiten in Empfang zu nehmen
   - die Bearbeitung Ihrer Schäden durchzuführen
   - offene Beiträge bei Ihnen einzufordern
   - für den Versicherer alle notwendigen Erklärungen abzugeben (z. B. Kündigung, Rücktritt, Anfechtung)
4. Die Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei k+m eingegangen sind.
5. Sofern Sie umgezogen sind oder Ihren Namen geändert haben, uns jedoch diese Änderung nicht mitgeteilt haben, reicht es aus, wenn wir uns nachweislich an Ihre letzte bekannte Anschrift per Einschreiben wenden. Drei Tage nach Absenden unseres Briefes gilt dieser als bei Ihnen als zugegangen.

   Dies gilt auch entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
6. Haben Sie Ihren Wohnsitz / Sitz im Ausland, ist eine deutsche Korrespondenzanschrift zwingend erforderlich.

§ 2 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz und wann kann der Vertrag gekündigt werden?

1. Beginn und Ablauf Ihres Versicherungsvertrages können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Der Vertrag beginnt und endet um 12:00 Uhr mittags.

Um eine Unterbrechung des Versicherungsschutzes zu vermeiden, beginnt der Versicherungsschutz abweichend von den Angaben im Versicherungsschein nicht um 12:00 Uhr, sondern bereits um 00:00 Uhr, falls die Vorversicherung um 00:00 Uhr des gleichen Tages bzw. um 24:00 Uhr des Vortages endet. Der Versicherungsschutz kann nicht vorher beginnen.

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit der rechtzeitigen Zahlung des ersten vereinbarten Beitrages, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein festgesetzten Zeitpunkt.

2. Die Vertragslaufzeit beträgt ein Jahr. Sie oder wir können Ihren Versicherungsvertrag schriftlich mit einer Frist von drei Monaten zur jährlichen Hauptfälligkeit kündigen. Andernfalls verlängert sich Ihr Versicherungsvertrag jeweils um ein weiteres Jahr.

Hauptfälligkeit ist der Termin, zu dem sich Ihr Vertrag jährlich verlängert. Hat Ihr Vertrag beispielsweise am 01.03. eines Jahres begonnen, so ist der 01.03. des Folgejahres Ihre nächste Hauptfälligkeit.

3. Haben wir nach einem Versicherungsfall Schadenersatz geleistet, können Sie oder wir Ihren Versicherungsvertrag oder einzelne zuschlagspflichtige Risiken kündigen. Diese Kündigung muss in Textform* erfolgen und dem Empfänger, also Ihnen bzw. uns, spätestens einen Monat nach Auszahlung der Versicherungsleistung zugehen.

4. Das Kündigungsrecht besteht auch, wenn die Entschädigung abgelehnt wird, jedoch nicht, wenn diese Ablehnung aufgrund eines in diesen Bedingungen genannten Ausschlusses zustande kam. Die Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang wirksam. Sie können bestimmen, dass eine schadenbedingte Kündigung sofort oder zu einem anderen Zeitpunkt wirksam wird, jedoch spätestens zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres. Wird der Versicherungsvertrag gekündigt, so hat k+m für den Versicherer den anteiligen Beitrag für das restliche Versicherungsjahr zurückzuzahlen.

5. **Haben Sie oder wir den Vertrag gekündigt, besteht ab Wirksamwerden der Kündigung kein Versicherungsschutz.**

§ 3 Welche Regelungen gelten für die Beitragszahlung und wann ist der Beitrag fällig?

1. Wir ziehen Ihre Beiträge grundsätzlich per SEPA-Lastschrift zur jeweiligen Fälligkeit ein. Haben Sie Ihren Wohnsitz / Sitz im Ausland, ist die Abbuchung von einem deutschen Bankkonto zwingend erforderlich.
2. Wenn wir den Einzug des Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

3. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

4. Ihren ersten oder einmaligen Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein genannten Beginn Ihrer Versicherung.

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

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

5. Ihre Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Zahlen Sie diese nicht rechtzeitig, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug. Dies gilt nicht, soweit Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

   Wir sind berechtigt, Ihnen auf Ihre Kosten in Textform* eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen zu bestimmen. Diese Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern. Zusätzlich müssen die nachfolgenden Rechtsfolgen, die mit dem Fristablauf verbunden sind, angegeben werden.

   Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

   Sind Sie nach der Frist von zwei Wochen noch in Zahlungsverzug

   - besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz und
   - können wir Ihren Versicherungsvertrag fristlos kündigen.

   Beide Rechtsfolgen gelten nur, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Absatz 1 darauf hingewiesen haben. Haben wir den Vertrag gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

6. Unsere Beiträge haben wir als Jahresbeiträge kalkuliert. Haben wir mit Ihnen vereinbart, dass der Beitrag monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden soll und sind Sie mit einer oder mehreren Raten im Rückstand, wird der fehlende Gesamtjahresbeitrag sofort fällig.

7. Wird Ihr Vertrag vorzeitig während des Versicherungsjahres beendet, haben wir – soweit nicht etwas anderes bestimmt ist – nur Anspruch auf den anteiligen Jahresbeitrag, der der abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht.

   Beispiel: Der vereinbarte Jahresbeitrag beträgt 100 Euro. Nach genau einem halben Jahr machen Sie aufgrund eines Schadens von Ihrem Sonderkündigungsrecht Gebrauch und verlangen eine sofortige Kündigung des Vertrages. Wenn Sie den Beitrag als Jahresbeitrag bezahlt haben, erhalten Sie von uns 50 Euro zurück (50% des Gesamtjahresbeitrages für ein halbes Versicherungsjahr).

§ 4 Was gilt für das Widerrufsrecht?

Wir informieren Sie im Antrag und in der Verbraucherinformation (Abschnitt C Kundeninformationen) über Ihr Widerrufsrecht.

§ 5 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

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

Die Fremdversicherung kann von Ihnen für Rechnung der versicherten Person abgeschlossen sein (Fremdversicherung für fremde Rechnung). Haben Sie eine Fremdversicherung für fremde Rechnung geschlossen, so steht nach einem Unfallereignis die Leistung nicht Ihnen sondern der versicherten Person zu. Sie können bestimmen, ob Sie die Leistung selbst an die versicherte Person leiten wollen oder ob wir dieses für Sie übernehmen.

Die Fremdversicherung kann von Ihnen auch für eigene Rechnung abgeschlossen werden (Fremdversicherung für eigene Rechnung). Haben Sie eine Fremdversicherung für eigene Rechnung abgeschlossen, so steht nach einem Unfallereignis die

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Leistung Ihnen zu. Die Fremdversicherung für eigene Rechnung ist nur dann wirksam, wenn die versicherte Person ihre schriftliche Einwilligung gegeben hat.

Wir sind bei der Fremdversicherung für eigene Rechnung von der Leistung frei, wenn Sie den Unfall der versicherten Person durch eine widerrechtliche Handlung herbeigeführt haben.

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

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

§ 6 Welche Pflichten sind bei Vertragsabschluss bzw. Vertragsänderung zu beachten und welche Folgen hat deren Nichtbeachtung?

1. Anzeigepflicht

Sie werden im Antrag in Textform* nach für uns gefahrerheblichen Umständen (z. B. früheren Schäden) gefragt. Diese Fragen müssen Sie wahrheitsgemäß beantworten.

Tun Sie dies nicht, haben wir das Recht, rückwirkend vom Vertrag

- zurückzutreten
- zu kündigen
- eine rückwirkende Vertragsanpassung vorzunehmen oder
- den Vertrag anzufechten.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, ausschlaggebend sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen,

- die wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber noch vor Vertragsannahme in Textform* stellen
- wenn der Versicherungsschutz nach Vertragsannahme geändert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

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

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

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

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

Diese Folgen bei Verletzung der Anzeigepflicht sind im Folgenden beschrieben.

2. Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

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

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

3. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

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

Dabei sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Unter folgenden Voraussetzungen können wir das Kündigungsrecht nicht ausüben:

- uns war der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit bekannt
- wenn wir den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände - wenn auch zu anderen Bedingungen - geschlossen hätten.

Können wir nicht kündigen oder zurücktreten, da wir den Vertrag mit anderen Bedingungen geschlossen hätten, gelten diese Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats ab Kenntniserlangung schriftlich geltend machen. Dabei sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt.

Unter folgenden Voraussetzungen können wir uns nicht auf eine Vertragsanpassung berufen:

- Uns war der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit bekannt.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schränken wir den Versicherungsschutz ein, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

Haben Sie oder wir den Vertrag gekündigt besteht ab Wirksamwerden der Kündigung kein Versicherungsschutz.

Wird Ihr Vertrag vorzeitig während des Versicherungsjahres beendet, haben wir – soweit nicht etwas anderes bestimmt ist – nur Anspruch auf den anteiligen Jahresbeitrag, der der abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht.

4. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt. Uns stehen die Beiträge bis zum Zugang der Anfechtungserklärung bei Ihnen zu.

§ 7 Welche Regelungen und Pflichten sind bei Änderung der Berufstätigkeit bzw. der Beschäftigung der versicherten Person vereinbart und zu beachten?

Der Versicherungsbeitrag hängt von der Tätigkeit oder der Beschäftigung und dem Alter der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis und das Alter der versicherten Person.

1. Altersabhängige Beitragsgruppenänderung

Zur Hauptfälligkeit des Vertrages, die auf die Vollendung eines für den Beitragsgruppenwechsel vorgesehenen Alters der versicherten Person folgt, stellen wir die Versicherung der betroffenen versicherten Person auf den dann für das Alter der versicherten Person gültigen Beitrag um. Ein solcher Wechsel findet statt, wenn

- ein versichertes Kind das 14. Lebensjahr vollendet; es erfolgt die Umstufung von der Beitragsgruppe KI in die Beitragsgruppe KII
- ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet; es erfolgt die Umstufung von der Beitragsgruppe KII in die Beitragsgruppe nach I bis IV entsprechend der ausgeübten beruflichen Tätigkeit. Wird kein Beruf ausgeübt oder keine berufliche Tätigkeit gemeldet, erfolgt die Einstufung in die Beitragsgruppe II
- eine versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet; es erfolgt die Umstufung in die Beitragsgruppe S I

Dabei haben Sie als Versicherungsnehmer folgendes Wahlrecht:

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir passen die Versicherungssummen entsprechend an (Senkung bzw. Erhöhung), oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen bei und wir berechnen einen entsprechend angepassten Beitrag (Senkung oder Erhöhung).

Wir werden Sie rechtzeitig in Textform*über Ihr Wahlrecht informieren.

Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl in Textform* getroffen, führen wir den Vertrag mit den bisherigen Versicherungssummen fort, hierdurch erhöht sich der Beitrag entsprechend. Diese Erhöhung des Beitrages löst kein Sonderkündigungsrecht aus.

Für die Beitragsgruppe S I gilt: Mit der zweiten Hauptfälligkeit nach Umstufung in die Beitragsgruppe S I und mit jeder weiteren darauf folgenden Hauptfälligkeit, werden die zugrundeliegenden Beiträge um jeweils 3 % angehoben. Basis der Anhebung ist der Beitrag, der in dem vorhergehenden Versicherungsjahr galt.

2. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.

Die Ableistung von Pflichtwehrdienst, von Zivil- und Ersatzdienst sowie militärische Reserveübungen zählen nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung.

Bei Änderung und Anzeige der Berufstätigkeit oder Beschäftigung gelten folgende Regelungen:

a) Wechsel in eine versicherbare Beitragsgruppe mit geringerem Beitrag

Errechnen sich durch die Berufsänderung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif höhere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Die Erhöhung der Versicherungssumme ist auf die Höchstversicherungssumme des jeweiligen Tarifs begrenzt.

Sofern gewünscht, wird der Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag weitergeführt. Der gesenkte Beitrag wird ab dem Zeitpunkt berechnet, zu dem Ihre Erklärung bei uns vorliegt.

Ein solcher Fall liegt immer dann vor, wenn die versicherte Person in eine Berufstätigkeit wechselt, die einer Beitragsgruppe mit einem geringeren Beitrag zugeordnet ist

b) Wechsel in eine versicherbare Beitragsgruppe mit höherem Beitrag

Errechnen sich durch die Berufsänderung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem die neue Berufstätigkeit aufgenommen wurde.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter. Den erhöhten Beitrag berechnen wir nach Ablauf von zwei Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt, ab dem die neue Berufstätigkeit aufgenommen wurde.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleibt der Versicherungsschutz gleichfalls voll bestehen, wenn Sie oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen (Versehensklausel). Die Beitragsberechnung erfolgt dann nachträglich, ab dem Zeitpunkt, ab dem die neue Berufstätigkeit aufgenommen wurde.

Ein solcher Fall liegt immer dann vor, wenn die versicherte Person in eine Berufstätigkeit wechselt, die einer Beitragsgruppe mit einem höheren Beitrag zugeordnet ist.

3. Sondergefahren in der versicherten Tätigkeit

Ergeben sich im Rahmen der versicherten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für die gemäß Abschnitt F § 7 Nr. 2 b) („Wechsel in eine versicherbare Beitragsgruppe mit höherem Beitrag“; Seite 64) entweder niedrigere Versicherungssummen oder aber höhere Beiträge zu berechnen wären, so unterbleibt eine solche Berechnung, wenn die Sondergefahr nur kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist.

Die Berechnung gemäß Abschnitt F § 7 Nr. 2 b) („Wechsel in eine versicherbare Beitragsgruppe mit höherem Beitrag“; Seite 64) unterbleibt auch dann, wenn die Sondergefahr zwar in regelmäßigen Abständen ausgeübt wird, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

Eine in regelmäßigen Abständen ausgeübte Sondergefahr ist uns mitzuteilen.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

4. Wechsel in eine nicht versicherbare Berufsgruppe

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz, so können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang bei Ihnen wirksam. Mit Wirksamwerden der Kündigung erlischt der Versicherungsschutz für die betreffende versicherte Person.

Unser Kündigungsrecht erlischt, wenn

- wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausüben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder
- die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich in Textform* abgegeben, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Bei grobfahrlässiger Verletzung Ihrer Pflicht zur unverzüglichen Anzeige sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt unsere Verpflichtung zur Leistung bestehen.

Unsere Verpflichtung zur Leistung bleibt auch bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalles

- die Frist für die Kündigung unsererseits abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
- die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalles und auf den Umfang der von uns zu erbringenden Leistung gehabt hat.

Kommt es im Zusammenhang mit einer nicht versicherbaren Berufsausübung zu einem Unfall, nachdem die Frist für die Kündigung verstrichen ist, besteht kein Versicherungsschutz für daraus resultierende Schäden.

§ 8 Welche Regelungen und Pflichten (Obliegenheiten) sind bei und nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart und zu beachten?

Obliegenheiten sind die folgenden Verpflichtungen, welche Sie und die versicherte Person mit Schließung des Versicherungsvertrages uns gegenüber eingehen:

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

   Die verunfallte versicherte Person ist dabei grundsätzlich verpflichtet sich allen zumutbaren, erfolgsversprechenden Operationen und Heilmaßnahmen, die den Gesundheitszustand maßgeblich verbessern können zu unterziehen.

   Die Verpflichtung zur Durchführung einer Operation entfällt, wenn

   - die Operation nicht einfach oder gefahrlos ist oder
   - mit besonderen Schmerzen verbunden ist oder
   - sie keine sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bietet.

2. Die gesetzliche Schadenminderungspflicht ist zu beachten.

3. Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. (Geringfügigkeitsklausel).

4. Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden. Dies gilt auch für von uns geforderte sachdienliche Auskünfte.

5. Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Gebühren und Kosten sowie den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausfall nicht konkret nachgewiesen, so erstatten wir einen festen Betrag in Höhe von 1,5 ‰ der versicherten Invaliditätsgrundsumme oder eines Jahres-Bruttobeitrages. Maßgeblich ist der höhere, sich aus dem Vertragsteil der versicherten Person zum Unfallzeitpunkt ergebende Betrag, höchstens jedoch 500 Euro.

6. Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7. Für die Erfüllung von Obliegenheiten ist neben dem Versicherungsnehmer auch der Versicherte verantwortlich. Insbesondere für solche Obliegenheiten, die nur in seiner Person entstehen können. Weitere Obliegenheiten und Anspruchsvoraussetzungen finden Sie zu den einzelnen Leistungen beschrieben.

§ 9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung Ihrer Pflichten (Obliegenheiten)?

Verletzen Sie eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit vorsätzlich, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grobfahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

Bei leichter Fahrlässigkeit gilt:

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben bzw. die versicherte Person dieses unternommen hat.

§ 10 Welche Regelungen gelten für die Erbringung einer Entschädigungsleistung? Wann ist diese fällig?

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten und Gebühren übernehmen wir nicht.

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

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - wenn Sie es verlangen - angemessene Vorschüsse. Die Vorschüsse werden auf die endgültig fällig werdende Leistung angerechnet.

§ 11 Welche Regelung gilt für einen Versichererwechsel?

k+m ist berechtigt, das auf der Grundlage dieses Vertrages versicherte Risiko jederzeit in Ihrem Namen bei einem anderen Versicherer als Risikoträger in Deckung zu nehmen und/oder weitere Versicherer zu beteiligen.

Macht k+m von diesem Recht Gebrauch, so werden Sie unverzüglich darüber informiert, bei wem Sie von nun an Ihre vertraglichen Rechte geltend machen können.

§ 12 Welche Regelungen gelten bei einer Beitragsanpassung?

1. Wir sind berechtigt und verpflichtet die Beiträge für bestehende Versicherungsverträge zu überprüfen und - wenn die Entwicklung der Schadenaufwendungen und der den Verträgen zurechenbaren Kosten es erforderlich machen - die Beiträge dieser Entwicklung anzupassen.

   Dadurch soll sichergestellt werden, dass

   - die Verpflichtungen aus den Verträgen dauerhaft erfüllt werden können
   - die Beiträge sachgerecht berechnet werden
   - das Gleichgewicht zwischen der Leistung des Versicherers (Angebot des Versicherungsschutzes) und der Gegenleistung des Versicherungsnehmers (Zahlung des Beitrages) erhalten bleibt.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

Zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs werden die Beiträge regelmäßig, mindestens alle fünf Jahre, überprüft.

2. Der Beitrag wird unter Berücksichtigung von Schadenaufwand, Kosten (insbesondere Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für die Rückversicherung) überprüft. Dabei werden die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik angewendet. Sind Versicherungsverträge nach objektiven risikobezogenen Kriterien abgrenzbar, kann für diese Verträge eine gesonderte Überprüfung erfolgen.

3. Ergeben sich aufgrund der Überprüfung höhere Beiträge als bisher, sind wir berechtigt die Beiträge anzupassen; ergeben sich niedrige Beiträge, sind wir verpflichtet die Beiträge abzusenken. Beträgt die Erhöhung oder Verminderung der Beiträge weniger als sieben Prozent (Bagatellgrenze) erfolgt keine Anpassung der Beiträge.

   Die Erhöhung der Beiträge darf maximal 20 Prozent des bisherigen Beitrags betragen, dabei darf der neue Beitrag nicht höher sein, als der Beitrag für den gleichen Versicherungsschutz, der für das gleiche Risiko im Neugeschäft berechnet wird.

4. Die sich aufgrund der Überprüfung ergebenden Beitragsänderungen gelten ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres für bestehende Verträge. Eine Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn sie Ihnen spätestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung durch uns mitgeteilt wird. Die Mitteilung muss den Unterschied zwischen dem bisherigem und dem erhöhten Beitrag darstellen.

   Im Falle einer Beitragserhöhung können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der Beitragserhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Wir werden Sie in der Mitteilung zur Beitragserhöhung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen.

5. Eine Erhöhung von Versicherungssteuern begründet kein Kündigungsrecht.

§ 13 Welche Regelungen gelten bei einer erforderlichen Anpassung der Versicherungsbedingungen?

Diese Versicherungsbedingungen können wir nachträglich

- bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen oder
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung oder
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Anpassungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

durch neue Regelungen ersetzen, wenn

- die Anpassung der Versicherungsbedingungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder
- das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels Ihre Belange als Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem Ihnen diese und die hierfür maßgeblichen Gründe schriftlich mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 14 Wo können Ansprüche aus diesem Vertrag geltend gemacht werden und wann verjähren diese Ansprüche?

Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Ihren / wir den unseren Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangen oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müssten (§ 195 und § 199 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)). Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjähren die Ansprüche in jedem Fall in zehn Jahren von ihrer Entstehung an.

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

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung des Versicherers.

Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, oder, mangels eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz, oder, mangels eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist.

Ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach dem Sitz des Versicherers oder dessen für den Versicherungsvertrag zuständiger Niederlassung.

Versicherer: Allianz Versicherungs AG, Gothaer Allgemeine Versicherung AG , Württembergische Versicherung AG

Verwaltungsgesellschaft: Konzept & Marketing GmbH ● Podbielskistraße 333 ● 30659 Hannover ●
Tel: 05 11 - 640 54 0 ● Fax: 05 11 - 640 54 444 ● Mail: info@k-m.info ● Web: www.k-m.info

§ 15 Welches Recht gilt für unseren Vertrag?

Sofern nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften.

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 16 Welche Regelungen gelten bei teilweise oder vollständigen rechtsunwirksamen Vereinbarungen (Salvatorische Klausel)?

Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. In einem solchen Fall ist der Vertrag vielmehr seinem Sinne gemäß zur Durchführung zu bringen. Beruht die Ungültigkeit auf einer Leistungs- oder Zeitbestimmung, so tritt an ihre Stelle das gesetzlich zulässige Maß.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

G. Merkblatt zur Datenverarbeitung

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Konzept & Marketing – ihr unabhängiger Konzeptentwickler GmbH (k+m) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Konzept & Marketing – ihr unabhängiger Konzeptentwickler GmbH (k+m)

Podbielskistraße 333
30659 Hannover

Telefonnummer: +49 (0)5 11 - 640 54 0
Telefaxnummer: +49 (0)5 11 - 640 54 444

E-Mail: info@k-m.info

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter den vorgenannten Kontaktdaten oder unter datenschutz@k-m.info

2. Vorbemerkung

Die an uns gestellten Anforderungen und Aufgaben zur korrekten, schnellen und wirtschaftlichen Administration und Verwaltung von Vertragsverhältnissen können wir in der heutigen Zeit nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Die EDV bietet einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (neu) – BDSG geregelt.

3. Rechtsgrundlagen und Zwecke

Die Datenverarbeitung und Datennutzung personenbezogener Daten ist zulässig, wenn die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift wie z.B. die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sie erlaubt oder wenn der Betroffene in diese eingewilligt hat (Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO). Die DSGVO und das BDSG erlauben die Datenverarbeitung und Datennutzung, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernder Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. (Art. 6 Abs. 1 DSGVO).

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

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

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Dies sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden versicherungstechnische Daten zum Vertrag wie Vertragsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung, sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten zum Versicherungsfall (Vertragsdaten).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO.

Die genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen erstrecken sich auch auf Testverfahren zur Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der hierzu eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren. Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es (nach Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren.

Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Konzept & Marketing Unternehmensgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere von Datenanalysen zur Erkennung von Unstimmigkeiten, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für andere, oben nicht genannte Zwecke verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren.

4. Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse

Wenn Sie uns im Rahmen der Bearbeitung eines Vorgangs Ihre E-Mail-Adresse zur Kenntnis bringen, speichern wir diese und nutzen sie ggf. für die weitere Kommunikation zu dem betreffenden Vertrag (z.B. im Schadenfall), sofern Sie dieser Nutzung nicht widersprechen.

5. Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach der DSGVO und BDSG zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu den vorstehend beschriebenen Zwecken aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise verweigert oder widerrufen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise verweigerter Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in Abschnitt G Nr. 3 („Rechtsgrundlagen und Zwecke“; Seite 69) beschrieben, erfolgen. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken und Unfallversicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

a) Datenübermittlung an den Risikoträger (Versicherer)

k+m arbeitet zur Deckung der Risiken mit unterschiedlichen Risikoträgern (Versicherern) zusammen. Diese Versicherer benötigen entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie auch Ihre Personalien. Soweit durch eine bestimmte Schadenhöhe eine Vorlagepflicht beim Versicherer besteht, werden zur Risiko- und Schadenbeurteilung auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Versicherer zum Zwecke der Risiko- und Schadenbeurteilung weiterer Dienstleister, denen sie gegebenenfalls entsprechende Daten übergeben können.

Unter www.k-m.info und der Rubrik Datenschutz finden Sie auch die Verlinkung auf die Datenschutzerklärungen der Versicherer mit denen k+m zusammenarbeitet sowie deren Dienstleisterlisten.

b) Datenübermittlung an andere Versicherer

Im Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Versicherungsfälle, Versicherungen oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer zu befragen und entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag weitergegeben.

c) Betreuung durch Vertriebspartner

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

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vertriebspartner zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

unseren Partnerunternehmen Angaben über finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zwecke von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vertriebspartner auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vertriebspartner verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch Sie werden von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vertriebspartner ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen DSGVO und dem BDSG und seine Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

d) Dienstleister

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

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen und die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie unserer Internetseite unter www.k-m.info unter der Rubrik Datenschutz entnehmen.

7. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, solange wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dies ergibt sich regelmäßig durch rechtliche Nachweis- und Aufbewahrungspflichten, die unter anderem im Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz geregelt sind.

Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

8. Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

a) Widerspruchsrecht

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Dieses Recht können Sie unter service@k-m.info geltend machen.

b) Beschwerderecht

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

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen,

Prinzenstraße 5
30159 Hannover

E-Mail: poststelle@lfd.niedersachsen.de
Internet: www.lfd.niedersachsen.de

9. Zentrale Hinweissysteme

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der

informa HIS GmbH

Krenzberger Ring 68
65205 Wiesbaden

zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Der Betrieb des HIS beruht auf den berechtigten Interessen der Versicherungswirtschaft gem. Art. 6 Abs.1 lit. f) DSGVO, die wir gerne erläutern:

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Anfragen

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes und zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende, Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

10. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Antragsbearbeitung und bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

11. Bonitätsauskünfte

Soweit es zum Vertragsschluss oder zur Vertragsdurchführung auf Grund unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihrer Zahlungsfähigkeit oder Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Die von uns angefragten Auskunfteien entnehmen Sie bitte unserer Dienstleisterliste.Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Konzept & Marketing GmbH („k+m“) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

H. Definitionen

Die nachfolgenden Definitionen sollen dazu dienen, Ihnen bestimmte Begriffe in verständlicher Form zu erläutern.

Diese Definitionen sind nicht Teil der Versicherungsbedingungen im rechtlichen Sinne.

Eigenbewegungen

Unfälle in Folge von Eigenbewegung liegen immer dann vor, wenn Personen sich ohne erhöhte Kraftanstrengung durch reflexartige Bewegung, reflexartige Handlung oder durch typische Bewegung eines Menschen bzw. seines Körpers verletzen, ohne dass gleichzeitig ein klassisches Unfallereignis, direkt oder indirekt, von außen auf die Person eingewirkt hat. Beispiele hierfür sind, plötzliche Dreh- oder Streckbewegungen sowie „Umknicken“ bei sportlichen Aktivitäten, plötzliche Bewegungen durch Erschrecken die zu Zerrungen und Bänderrissen führen.

Eingetragener Lebenspartner

Eingetragener Lebenspartner ist derjenige, der in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten lebt. Wenn die Bedingungen sich im Folgenden auf einen Ehepartner beziehen, so ist ein eingetragener Lebenspartner im Sinne der Bedingungen diesem gleich gestellt.

Erhöhte Kraftanstrengungen

Eine erhöhte Kraftanstrengung liegt vor, wenn durch gewollte Bewegung bzw. Handlung einer Person infolge von besonderem Kraftaufwand eine Gesundheitsschädigung auftritt, ohne dass ein klassisches Unfallereignis, direkt oder indirekt, von außen auf die Person eingewirkt hat. Beispiel hierfür ist das Heben von schweren Dingen, sodass an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule Gelenke verrenkt, oder Sehnen, Muskeln etc. gezerrt oder gar zerrissen werden.

Subsidiär

Subsidiär bedeutet, dass wenn Ihnen ein anderer Versicherer oder Sozialträger der zur Leistung verpflichtet ist, eine vollständige oder teilweise Leistung zu einem hier beschriebenen Schaden erbringt, unsere Leistungspflicht ganz oder teilweise entfällt. Sofern Leistungen eines parallel bestehenden Versicherungsvertrages nur subsidiär bestehen sollten und auch unser Vertrag nur subsidiäre Leistungen vorsieht, gehen die Leistungen aus unserem Vortrag voraus.

Textform

Wenn vereinbart ist, dass Sie uns oder wir Ihnen in Textform Informationen zukommen lassen sollen, so bedeutet dies, dass eine Mitteilung als Brief, Fax, E-Mail etc. zu erfolgen hat. Haben Sie uns im Antrag eine E-Mailadresse benannt, können wir diese verwenden.

Totgeburt

Eine Totgeburt liegt laut deutscher Personenstandsverordnung vor, wenn nach der Geburt eines mindestens 500 Gramm schweren Kindes kein erkennbares Lebenszeichen nachzuweisen ist, also weder das Herz geschlagen noch die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat (§ 31 PStV).

Verbraucherinformationen, allsafe bodyguard, U, 05/2019; Vers. 1.05

Verlässlich versichert.
Persönlich betreut.

Podbielskistraße 333
30659 Hannover

05 11 - 640 54 0
info@k-m.info

www.k-m.info