

Unfall Komfort

Nachfolgend sind die Versicherungsbedingungen abgedruckt.

Sehr geehrter Kunde!
Mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Versicherungsnehmer.
Stand: Januar 2022

A. Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Unfallversicherung

§ 1 Höchstversicherungssummen

Der vorläufige Versicherungsschutz umfasst alle vorgesehenen Leistungsarten bis zu folgenden Höchstversicherungssummen:

Invalidityät	130.000 EUR
Unfallrente	1.300 EUR
Unfalltod	55.000 EUR
Sofortleistungen bei Schwerverletzungen	30.000 EUR
Schmerzensgeld	5.500 EUR
Krankenhaustagegeld	55 EUR
Bergungskosten	3.000 EUR
Rettungsflug	55.000 EUR
Kosmetische Operationen	10.000 EUR
Kinderbetreuung	50 EUR
Rooming-In	50 EUR
Nachhilfe	50 EUR
Zahnbehandlungs-/Zahnersatzkosten	2.000 EUR
Besondere Assistance-Leistungen für Kinder	2.500 EUR

Diese Versicherungssummen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen – eventuell auch aus mehreren Verträgen – vorgesehen sind.
Der vorläufige Versicherungsschutz gilt nicht für die beitragsfreie Mitversicherung bei Geburt.

§ 2 Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

I. Der vorgesehene Versicherungsbeginn darf nicht später als zwei Monate nach Vertragsunterzeichnung durch den Versicherungsnehmer liegen.

II. Der Einlösungsbeitrag für den Hauptvertrag wurde gezahlt oder es ist dem Versicherer eine Ermächtigung zum Beitragsinzug erteilt worden. Der Versicherungsschutz aus einer vorläufigen Deckung entfällt rückwirkend, wenn der Einzug des Einlösungsbeitrags nicht möglich ist. Dies muss vom Versicherungsnehmer zu vertretende Gründe haben. Der Versicherungsschutz aus der vorläufigen Deckung entfällt auch, wenn dem Einzug widersprochen wird. Auf die Folgen, die mit der nicht rechtzeitigen Zahlung des Einlösungsbeitrags verbunden sind, wird durch einen besonderen Hinweis aufmerksam gemacht.

§ 3 Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes

I. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Zugang Ihrer Vertragserklärung, spätestens jedoch mit dem 3. Tag nach der Unterschriftsleistung.

II. Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn:

- a) der Versicherungsschutz aus dem Hauptvertrag begonnen hat;
- b) der Versicherungsnehmer einen Widerspruch nach § 5 VVG erklärt hat;
- c) der Vertrag nach § 8 VVG widerrufen wurde;
- d) der vorläufige Versicherungsschutz wegen eines vom Versicherungsnehmer gestellten Antrags gewährt wurde und der Versicherer diesen Antrag abgelehnt hat.

§ 4 Beitrag

Der Beitrag für den vorläufigen Versicherungsschutz gilt mit der Zahlung oder dem Einzug des Einlösungsbeitrags für den Hauptvertrag als bezahlt.

§ 5 Verhältnis zum Hauptvertrag

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung Anwendung. Für die beantragten Leistungsarten gelten die jeweiligen Besonderen Bedingungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

B. Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUB)

I. 1 Der Versicherungsfall

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrags zustoßen. Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 8 sowie aus den zusätzlichen Besonderen Bedingungen. Welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind, ist aus dem Antrag und dem Versicherungsschein ersichtlich.

II. Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kräfteanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule:

- (1) ein Gelenk verrenkt wird oder
- (2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

V. Als Unfall gilt auch eine Gesundheitsschädigung durch Erfrierungen, selbst wenn diese nicht plötzlich auftreten.

VI. Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unfreiwillig ertrinkt oder erstickt.

VII. Als Unfall gelten auch Vergiftungen durch plötzlich austretende Dämpfe, Gase und ausströmende Gifte. Dies gilt nur, wenn ihnen die versicherte Person durch unabwendbare Umstände bis zu einem Tag ausgesetzt war. Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Berufs- und Gewerkrankheiten nach sozialversicherungsrechtlichen Regelungen.

VIII. Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung von Menschen, Tieren oder von Sachen erleidet. Dies gilt ebenso bei Hilfe zur Rettung von Menschen, Tieren oder von Sachen. Versicherungsschutz besteht auch, wenn die daraus folgenden Gesundheitsschäden bewusst in Kauf genommen wurden.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I.(1) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Alkohol beruhen, sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle,

die den ganzen Körper des Versicherten ereignen.

Ausnahme:

- Versicherungsschutz besteht jedoch
 - für Unfälle, die auf Geistes- oder Bewusstseinsstörungen durch Alkohol beruhen, wenn die Blutalkoholkonzentration 0,5 ‰ nicht übersteigt.
 - für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch die Einnahme von Medikamenten verursacht werden.
 - bei epileptischen Anfällen oder anderen Krampfanfällen, die den ganzen Körper des Versicherten ereignen, wenn diese durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden.
 - für Unfälle, die der versicherten Person zustoßen, weil sie unmittelbar vorher einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt erlitten hatte.

(2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

(3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise überraschend in Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gerät und nicht aktiv daran teilnimmt. Der Versicherungsschutz besteht für volle 14 Tage nach Kriegs- oder Bürgerkriegsbeginn auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

(4) Unfälle des Versicherten

- a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis braucht, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

(5) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

(6) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

II. (1) Gesundheitsschäden, die durch die Einnahme von Medikamenten hervorgerufen werden. Ausnahme: Versicherungsschutz besteht jedoch für die Gesundheitsschäden, die durch einen Unfall aufgrund einer Bewusstseinsstörung entstanden sind, die durch die Einnahme von Medikamenten verursacht wurde.

(2) Gesundheitsschäden, die durch einen Schlaganfall oder einen Herzinfarkt selbst hervorgerufen werden.

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht jedoch für die Gesundheitsschäden, die durch einen unmittelbar darauf folgenden Unfall verursacht werden.

(3) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen

- im Zusammenhang mit Kernenergie;
- in Folge regelmäßigen Umgangs mit Geräten, die Strahlen erzeugen. Versichert sind jedoch Gesundheitsschäden, wenn ein Unfall durch Strahlen, z. B. durch Laser- oder Röntgenstrahlen, vorliegt. Für Heilmaßnahmen gilt Absatz 4.

(4) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen durch einen unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis notwendig wurden. Hierunter zählen auch strahlendiagnostische und -therapeutische Eingriffe und Heilmaßnahmen.

(5) Infektionen. Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

Versicherungsschutz besteht jedoch bei Gesundheitsschäden wegen allergischer Reaktionen auf Insektenstiche.

Für Infektionen als Folge eines Zeckenstichs gilt § 9.

Für Infektionen, die durch unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, besteht jedoch ebenfalls Versicherungsschutz.

Versicherungsschutz besteht für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Es muss sich um eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung handeln, die nicht nach (5) Satz 1 ausgeschlossen ist.

Versichert sind darüber hinaus bei den Leistungen Invalidität und Tod folgende Infektionen: Tollwut und Wundstarrkrampf, Brucellose, Cholera, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest, Diphtherie, Keuchhusten, Masern, Mumps, Pocken, Polio, Tuberkulose, Windpocken, Typhus.

Es muss dabei aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgehen, dass die Krankheitserreger durch Beschädigung der Haut in den Körper gelangt sind, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss. Dies gilt auch für ein plötzliches Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper. Anhauchen, Anniesen oder Anhusen erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Versichert sind anerkannte Impfschäden als Folge von Schutzimpfungen gegen Infektionen, wenn diese:

- gesetzlich vorgeschrieben sind, von einer zuständigen Behörde angeordnet oder empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen wurden
- oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wurden.

Nicht versichert sind die durch den Beruf an sich bedingten infektiösen Schädigungen (Gewerkrankheiten). Dies gilt insbesondere für infektiöse Schädigungen, die durch gewöhnliche Einatmung während der beruflichen Beschäftigung mit Chemikalien mit der Zeit entstanden sind.

(6) Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

III. (1) Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme: Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

(2) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Ausnahme: Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

IV. Krankhafte Störungen wegen psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die einer der folgenden Berufsgruppen angehören: Artisten; Berufs-, Vertrags-, Lizenzsportler; Rennfahrer; Sprengpersonal (einschl. Munitionssuche und -räumung); Taucher, Tierbändiger.

II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

III. Der für die unter I. genannten Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird zurückgezahlt.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Widerrufsrecht, Kündigung

I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, sofern der erste Beitrag rechtzeitig (siehe § 5 I.) gezahlt wird. Im Fall nicht rechtzeitiger Zahlung besteht dennoch Versicherungsschutz, sofern der Versicherungsnehmer diese nicht zu vertreten hat. Auf die Folgen, die mit der nicht rechtzeitigen Zahlung des ersten Beitrags verbunden sind, wird durch einen besonderen Hinweis aufmerksam gemacht.

II. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, seine Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen in Textform zu widerrufen. Hinsichtlich der weiteren Voraussetzungen und Rechtsfolgen eines Widerrufs enthält der Versicherungsschein eine gesonderte Belehrung.

III. Der Vertrag kann beendet werden durch Kündigung eines der Vertragspartner (1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsnehmer den Vertrag bereits zum Ablauf des dritten Jahrs kündigen. Für jedes darauf folgende Jahr kann jeweils zum Ablauf dieses Jahrs gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf in Textform zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr.

Der Vertrag endet ohne Kündigung zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt.

(2) wenn der Versicherer eine Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung in Textform eingegangen sein. Im Fall eines Rechtsstreits muss die Kündigung entsprechend spätestens einen Monat nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils vorliegen. Sie wird erst nach Ablauf eines Monats ab Zugang wirksam.

IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

I. Die Beiträge enthalten die Versicherungsteuer, die in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten ist. Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch jährliche, halbjährliche, vierteljährliche oder monatliche Beitragszahlung entrichtet werden. Die Wahl der Beitragszahlungsweise hat auch Auswirkungen auf die Summe der Beiträge, die insgesamt für den Versicherungsschutz zu zahlen sind. Das heißt, dass zum Beispiel eine jährliche Beitragszahlungsweise in der Summe insgesamt einen geringeren Beitragsaufwand erfordert als eine monatliche Beitragszahlungsweise. Der Versicherungsnehmer hat den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins und die Folgebeiträge am jeweiligen Fälligkeitstag zu zahlen.

II. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

III. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrags kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsfrist von mindestens 14 Tagen setzen. Die Mahnung mit der Fristsetzung wird dem Versicherungsnehmer in Textform und auf dessen Kosten zugehen. Unsere Mahnung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die rückständigen Beiträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein.
- Die mit der Fristüberschreitung verbundenen und nachfolgend beschriebenen Rechtsfolgen müssen angegeben sein.

Befindet sich der Versicherungsnehmer nach Fristablauf mit der Zahlung des angemahnten Beitrags, der Zinsen oder der Kosten in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur vollständigen Zahlung kein Versicherungsschutz. Außerdem kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Die Kündigung wird unwirksam, wenn der angemahnte Betrag innerhalb eines Monats nach dem Zugang der Kündigung gezahlt wird. Für zwischenzeitlich eingetretene Versicherungsfälle besteht in diesem Fall dennoch kein Versicherungsschutz.

IV. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags infolge Zahlungsverzugs hat der Versicherer Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

V. Im Fall des § 4 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

I. Alle vor bzw. bei Abschluss des Versicherungsvertrags in Textform gestellten Fragen müssen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für Fragen nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie der Feststellung eines Pflegegrades gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegepflichtversicherung).

II. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

III. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, sofern die fehlerhaften Antworten weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhen. Darüber hinaus ist das Rücktrittsrecht bei grober Fahrlässigkeit ausgeschlossen. Dies gilt, wenn der Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der tatsächlichen Umstände abgeschlossen worden wäre. Wenn der Versicherer dies nur zu anderen Bedingungen getan hätte, so kann er darauf bestehen, dass diese veränderten Konditionen rückwirkend gelten. Unter anderen Bedingungen versteht man z. B. einen erhöhten Beitrag. Eine solche Vertragsanpassung kommt auch zum Tragen, wenn die fehlerhaften Angaben auf leichter Fahrlässigkeit beruhen.

Voraussetzung für einen Rücktritt oder eine Vertragsanpassung ist, dass der Versicherer erst nach Vertragsabschluss Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung erlangt hat. Nach Kenntniserlangung müssen diese Rechte schriftlich innerhalb eines Monats ausgeübt werden.

Das Rücktrittsrecht ist auch für den Fall vorsätzlicher bzw. arglistiger Falschangaben auf fünf Jahre nach Vertragsabschluss beschränkt. Darüber hinaus wird auf das Recht, bei leicht fahrlässigen Anzeigepflichtverletzungen und fehlender Möglichkeit der Vertragsanpassung den Versicherungsvertrag vorzeitig zu kündigen, verzichtet. Schließlich wird bei schuldlosen Falschangaben weder von dem Recht der Vertragsanpassung noch von einem ggf. bestehenden Kündigungsrecht Gebrauch gemacht. Im Fall eines Rücktritts besteht für einen bereits eingetretenen Versicherungsfall kein Versicherungsschutz, es sei denn, dass die fehlerhaften Angaben weder für den Versicherungsfall noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich sind. Wurde die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer in keinem Fall zur Leistung verpflichtet.

Auf die Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht wird durch einen besonderen Hinweis aufmerksam gemacht.

IV. Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag anfechten, falls durch falsche oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf seine Vertragserklärung Einfluss genommen worden ist.

Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so kann der Versicherer die Anfechtung auch dann erklären, wenn der Versicherungsnehmer von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatte.

V. Sofern der Versicherungsnehmer keine andere Person als Bevollmächtigten benannt hat, gilt nach seinem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt. Dieser darf eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegennehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden, kann der Versicherer den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen. Dies gilt auch, wenn der Aufenthalt des Bezugsberechtigten nicht ermittelt werden kann.

§ 7 Was während der Vertragslaufzeit mitgeteilt werden muss

Sofern nach Abschluss des Vertrags zugunsten einer versicherten Person ein Pflegegrad gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegepflichtversicherung) festgestellt wird, muss der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitteilen.

§ 8 Leistungen bei Invalidität sowie Tod

Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen:

I. Invaliditätsleistung

(1) Führt der Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustands nicht erwartet werden kann. Die Invalidität muss innerhalb von 17 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein. Dies muss innerhalb derselben Frist ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

(2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach der vereinbarten Versicherungssumme und dem Grad der Invalidität.

a) Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit:

eines Arms	70 %
eines Arms bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Arms unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beins über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beins bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beins bis unterhalb des Knies	50 %
eines Beins bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchssinns	10 %
des Geschmackssinns	5 %

b) Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane, wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.

c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach a) bis c) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen.

(3) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauerhaft beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.

(4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

(5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Todesfallleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tod, so entsteht ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 11 V. verwiesen.

§ 9 Leistungen bei Zeckenstich

Ihre Unfallversicherung leistet auch bei Invalidität oder Tod gemäß § 8, wenn Gesundheitsschädigungen die Ursache sind, die sich als Folge der durch Zeckenstich übertragenen Infektionskrankheiten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Borreliose ergeben.

Versicherungsschutz besteht für Zeckenstiche frühestens nach Ablauf von sechs Monaten (Wartezeit) ab dem Versicherungsbeginn.

Die Diagnose FSME bzw. Borreliose muss durch einen ärztlichen Bericht belegt werden. Dieser muss objektiv auf dem aktuellen Stand medizinischer Erkenntnisse basieren und entsprechende Laborbefunde enthalten.

§ 10 Einschränkung der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird

- im Invaliditätsfall der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt.
- Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, unterbleibt jedoch die Kürzung.

§ 11 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls

I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern. Waren die Unfallfolgen

zunächst geringfügig erschienen oder wurde davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, ist ein Arzt erst dann hinzuzuziehen bzw. der Versicherer erst dann zu unterrichten, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Auch in diesem Fall hat der Versicherte den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen zu mindern; es gelten weiterhin die unter § 8 I.(1) genannten Fristen.

II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

III. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufschlags trägt der Versicherer.

IV. Der Versicherer kann personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erheben, soweit dies zur Beurteilung seiner Leistungspflicht erforderlich ist und die versicherte Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Der Versicherer wird der versicherten Person eine beabsichtigte Datenerhebung mitteilen und sie zugleich auf ihr Widerspruchsrecht hinweisen. Ferner kann die versicherte Person verlangen, dass eine Datenerhebung nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt wurde.

V. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden. Dies gilt auch, wenn der Unfall schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 12 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine Obliegenheit nach § 11 vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei.

Bei grob fahrlässiger Verletzung ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen grober Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. Auf die Folgen einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Obliegenheitsverletzung wird durch einen besonderen Hinweis aufmerksam gemacht.

Der Versicherer bleibt allerdings zur Leistung verpflichtet, soweit die Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Unfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.

§ 13 Fälligkeit der Leistungen

I. Sobald dem Versicherer die zur Beurteilung des Leistungsanspruchs erforderlichen Unterlagen, zu denen auch ein von diesem in Auftrag gegebenes ärztliches Gutachten zählt, vorliegen, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt.

II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Gleiches gilt, wenn sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt haben.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grund nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.

IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

§ 14 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

§ 15 Anzeigen und Willenserklärungen

I. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefs. Dieser wird an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift versendet.

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen.

II. Bei einer Änderung des Namens gilt I. entsprechend.

§ 16 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

• Kosten für zusätzlichen Verwaltungsaufwand in besonderen Fällen

I. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassenden Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir Ihnen die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen, beispielsweise bei:

- Erteilung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein,
- Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen,
- vom Zahlungspflichtigen zu vertretene fehlergeschlagene Lastschriftabbuchungen,
- Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers,
- Mahnung in Textform bei Nichtzahlung von Versicherungsbeiträgen oder
- Erstellung von versicherungsmathematischen Gutachten.

• Ausweis der Kosten in der Kostenübersicht

II. Die Höhe der aus den in Abschnitt I genannten Gründen veranlassenden Kosten können Sie unserem beiliegenden Kostenverzeichnis für zusätzlichen Verwaltungsaufwand entnehmen. Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuchs - BGB) für die Zukunft angepasst werden. Das jeweils aktuelle Kostenverzeichnis können Sie jederzeit bei uns anfordern oder auf unserer Homepage unter www.targoversicherung.de/kostenverzeichnis einsehen. Wir behalten uns vor für besondere Anlässe, die nicht in der Kostenübersicht stehen, Kostenpauschalen zu nehmen. Diese Anlässe müssen zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung verursachen. Wir stellen Ihnen dann die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung. Die Kosten erheben wir nur, wenn wir sie weder nach dem Gesetz noch weil wir es mit Ihnen vereinbart haben, tragen müssen.

• Möglichkeit des Nachweises geringerer Kosten

III. Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert und sehen die Kosten als angemessen an. Die Angemessenheit müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns dann nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall überhaupt nicht angemessen sind, entfallen die Kosten. Wenn Sie uns

nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall nur in geringerer Höhe angemessen sind, setzen wir die Kosten entsprechend herab.

• Weiterberechnung von Kosten

IV. Zudem können uns von dritter Seite weitere Kosten in Rechnung gestellt werden. Uns werden beispielsweise in folgenden Fällen von dritter Seite Kosten in Rechnung gestellt:

- Rückläufer im Lastschriftverfahren,
 - Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern uns die Änderung nicht mitgeteilt wurde (siehe § 15).
- Fallen solche Kosten für Ihren Vertrag an, werden wir Ihnen diese in der angefallenen Höhe in Rechnung stellen.

§ 17 Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren drei Jahre nach dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchsteller von den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangt haben müsste. Ist ein Anspruch bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zugeht.

§ 18 Anwendbares Recht

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 19 Gerichtsstände

I. Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

II. Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

III. Verlegen Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen, gilt dies ebenso.

§ 20 Was können Sie tun, wenn Sie mit uns unzufrieden sind?

(1) Die Zufriedenheit unserer Kunden ist für uns sehr wichtig. Sollten Sie mit unseren Leistungen oder dem Service oder mit einer Entscheidung nicht einverstanden sein, können Sie sich direkt an die Abteilung Kundenservice der TARGO Versicherung AG wenden. Dies gibt uns die Möglichkeit, für Sie eine Lösung zu finden und unseren Service zu verbessern.

(2) Sie können sich alternativ bei Meinungsverschiedenheiten, Beanstandungen oder Beschwerden außergerichtlich an folgende Stellen wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.

Wir haben uns zur Teilnahme am Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann e.V. als allgemeine Schlichtungsstelle verpflichtet. Damit können Sie das kostenlose, außergerichtliche Streitlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Wir unterwerfen uns einer Entscheidung des Ombudsmanns innerhalb der durch den Verein aufgestellten Regeln. Weitere Informationen über das Verfahren erhalten Sie von der Geschäftsstelle des Vereins:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

Telefon: 0800 3696000 (kostenfrei)

Fax: 0800 3699000 (kostenfrei)

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

(3) Für Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen (z. B. Online-Versicherungsverträge) hat die Europäische Kommission eine Online-Plattform für Verbraucher eingerichtet (OS-Plattform). Es besteht die Möglichkeit, die OS-Plattform zur Beilegung von Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen zu nutzen. Die OS-Plattform ist erreichbar unter <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

(4) Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Sie haben die Möglichkeit, Ihre Beschwerde dort, unter Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versicherungen -, Graurheindorfer Str. 108 in 53117 Bonn, oder online über www.bafin.de vorzubringen.

Die Option, unabhängig von den vorab genannten Möglichkeiten, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

C. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag um mindestens 5 Prozent (Dynamik)

I. Die Versicherungssummen werden im Rahmen der tariflichen Höchstsummen jeweils um den Prozentsatz erhöht, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird. Die Erhöhung erfolgt um mindestens 5 %. Dabei werden die Versicherungssummen

- für den Invaliditäts- und Todesfall und für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen auf volle 500 EUR,
- für Unfallzusatzrente und Krankenhaustagegeld auf volle Euro und
- für das Schmerzensgeld auf volle 50 EUR aufgerundet.

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

II. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, der dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten folgt oder mit ihm übereinstimmt.

III. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.

IV. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widerspricht. Die Erhöhung entfällt auch, wenn der erste erhöhte Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin gezahlt wird.

V. Unterbliebene Erhöhungen kann der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers nachholen.

VI. Sollte der Versicherungsnehmer mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt sein Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit Zustimmung des Versicherers neu begründet werden.

D. Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel (bis zu 500 %)

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUB) werden in § 8 I um den folgenden Absatz (6) ergänzt:

(6) Progressive Invaliditätsstaffel (bis zu 500 %)

Durch eine progressive Invaliditätsstaffel erhöht sich die Leistung.

Die zusätzliche Leistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 520.000 EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Der Invaliditätsgrad wird nach § 8 I. (2) ermittelt. Ergänzend gilt Folgendes:

a) Für unfallbedingte Invaliditätsgrade bis einschließlich 25 % zahlen wir die einfache Versicherungssumme.

b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.

c) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5 % aus der Versicherungssumme.

Die Leistung aus der Versicherungssumme für die jeweiligen Invaliditätsgrade können Sie der folgenden Tabelle entnehmen.

Inv.- Grad %	Leistung aus der Vers.- Summe %	Inv.- Grad %	Leistung aus der Vers.- Summe %	Inv.- Grad %	Leistung aus der Vers.- Summe %
1	1	34	52	67	236
2	2	35	55	68	244
3	3	36	58	69	252
4	4	37	61	70	260
5	5	38	64	71	268
6	6	39	67	72	276
7	7	40	70	73	284
8	8	41	73	74	292
9	9	42	76	75	300
10	10	43	79	76	308
11	11	44	82	77	316
12	12	45	85	78	324
13	13	46	88	79	332
14	14	47	91	80	340
15	15	48	94	81	348
16	16	49	97	82	356
17	17	50	100	83	364
18	18	51	108	84	372
19	19	52	116	85	380
20	20	53	124	86	388
21	21	54	132	87	396
22	22	55	140	88	404
23	23	56	148	89	412
24	24	57	156	90	420
25	25	58	164	91	428
26	28	59	172	92	436
27	31	60	180	93	444
28	34	61	188	94	452
29	37	62	196	95	460
30	40	63	204	96	468
31	43	64	212	97	476
32	46	65	220	98	484
33	49	66	228	99	492
			100	100	500

Es gelten weiterhin die Voraussetzungen aus § 10.

E. Besondere Bedingungen für die Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und mit Verdoppelung bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent

§ 8 I. der Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUB) wird um den folgenden Absatz (7) ergänzt:

(7) Führt ein Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität), zahlt der Versicherer eine Unfallrente. Diese ist im Versicherungsschein angegeben. Die Unfallrente wird ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % gezahlt.

Handelt es sich um einen Erwachsenen-Tarif, so wird die Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 75% verdoppelt.

Bei einer Kinder-Unfallversicherung ist die Verdoppelung ausgeschlossen. Eine Kinder-Unfallversicherung wird zum Ende des Versicherungsjahrs, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet auf den Erwachsenen-Tarif umgestellt (siehe Besondere Bedingungen für die Kinder-Unfallversicherung).

Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen des § 8 I. Ziffern (2) und (3) AUB. Er kann nach § 13 IV. AUB auf Wunsch des Versicherungsnehmers oder des Versicherers jährlich erneut bemessen werden. Dies kann längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalls erfolgen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessungen eine Frist von längstens fünf Jahren. Dies gilt jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

Bei der Bemessung des für die Unfallrente bzw. für die Verdoppelung jeweils mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen abgezogen. Diese müssen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben. Der Anteil von Krankheit oder Gebrechen muss mindestens 50 % betragen. Eventuell zu § 8 I. AUB vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln, besondere Gliedertaxen für bestimmte Berufsgruppen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.

Die Unfallrente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus gezahlt, längstens bis zum Ende des Monats, in dem der Versicherte stirbt.

Der Versicherer kann vor jeder Rentenzahlung einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Wird dieser Nachweis nicht unverzüglich erbracht, kann der Versicherer die Leistungen bis zu dessen Vorlage zurückhalten.

F. Besondere Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen

I. Der Versicherer erbringt nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bedingungen eine Sofortleistung. Die Höhe richtet sich nach der hierfür vereinbarten Versicherungssumme. Folgende schwere

Verletzungen sind versichert:

- (1) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- (2) Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand
- (3) Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- (4) Schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma:

- a) Fraktur von zwei langen Röhrenknochen (an unterschiedlichen Gliedmaßen)
- b) geweberstörende Schäden an zwei inneren Organen

- c) Kombination aus mindestens zwei verschiedenen der folgenden Verletzungsarten:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens
- Fraktur des Beckens
- Fraktur der Wirbelsäule
- geweberstörender Schaden eines inneren Organs

- (5) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche

- (6) Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen mit einer verbleibenden Sehschärfe von nicht mehr als 5 %.

II. Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach I.) ist nachzuweisen. Hierfür ist ein objektiver, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierter ärztlicher Bericht notwendig.

III. Der Anspruch muss innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalls geltend gemacht werden.

IV. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Sofortleistung geltend gemacht wurde, so besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.

G. Besondere Bedingungen für den Einschluss von Schmerzensgeld

I. Führt der Unfall zu den in der nachfolgenden Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen, so entsteht der Anspruch auf Leistung. Der Anspruch richtet sich nach der für Schmerzensgeld versicherten Summe.

II. Die Höhe der Leistung richtet sich nach den in der Tabelle festgelegten Prozentsätzen der für Schmerzensgeld versicherten Summe. Dies gilt unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrags.

III. Sind durch den Unfall mehrere der aufgeführten Verletzungen entstanden, so werden die entsprechenden Leistungsprozentsätze zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen. Die Gesamtleistung ist daher beschränkt auf die vereinbarte Versicherungssumme. Dies gilt auch wenn die Summe der sich aus mehreren Verletzungen ergebenden Einzelbeträge darüber liegt.

IV. Tritt der Tod unfallbedingt ein, bevor der Anspruch auf Schmerzensgeld geltend gemacht wurde, so besteht kein Anspruch auf Schmerzensgeld.

V. Die Verletzung muss unverzüglich ärztlich festgestellt werden. Der Anspruch auf Schmerzensgeld muss innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung geltend gemacht werden.

VI. Dieser Versicherungsschutz kann unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten entsprechend den Bestimmungen des § 4 III. (2) AUB selbstständig gekündigt werden.

Schmerzensgeld-Tabelle

(1) Knochenfraktur

	Bruch	Riss, Absprengung
Hirnschädel, Becken	100 %	50 %
Schultergelenk, Ellenbogen, Hüftgelenk, Knie, Sprunggelenk	45 %	22,5 %
Arm, Bein, Hals-, Brust-, Lendenwirbelsäule	35 %	17,5 %
Hand, Fuß, Hand-, Kiefergelenk	25 %	12,5 %
Gesichtsschädel, Schulterblatt, Brustbein	20 %	10 %
Sonstiges Gelenk, Schlüsselbein	15 %	7,5 %
Finger, Zehe	12,5 %	6,5 %
Rippe	7,5 %	4 %

- (2) Quetschung inneres Organ 20 %
- (3) Gehirnerschütterung 2. Grades 15 %
- (4) Verbrennung 2. Grades oder Ablederung – jeweils von mehr als 20 cm² Hautoberfläche 15 %
- (5) Halswirbelschleudersyndrom mit Nervenwurzelbeschädigung 12,5 %
- (6) Riss von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln – jeweils an Gliedmaßen oder Wirbelsäule 12,5 %
- (7) Fingernagel- oder Fußnagelverletzung – jeweils mit der Folge vollständiger Nagelentfernung 7,5 %
- (8) Schnitt-, Stich- oder Platzwunden – jeweils mit notwendiger Wundversorgung durch Nähen 7,5 %
- (9) Zahnverlust 7,5 %

H. Besondere Bedingungen für das Unfall-Krankenhaustagegeld

I. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Längstens jedoch wird die Leistung für zwei Jahre vom Unfalltag an gerechnet gezahlt.

II. Ab dem 43.Tag der medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe gezahlt.

III. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

I. Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten

I. Hat der Versicherte einen Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zu einem Höchstbetrag von 3.000 EUR die entstandenen notwendigen Kosten für:

- (1) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
- (2) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
- (3) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz. Voraussetzung ist eine ärztliche Anordnung oder ein nach der Verletzungsart unvermeidbarer Transport.
- (4) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

II. Hat der Versicherte für Kosten nach I. (1) einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versi-

cherer ebenfalls ersatzpflichtig.

III. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

IV. Bestehen für den Versicherten beim Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

V. Der Höchstbetrag für den Kostenersatz gemäß I. nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik) nicht teil.

J. Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Rettungsflügen

I. Hat der Versicherte einen Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport. Zusätzlich eingeschlossen sind Rettungsflüge aus dem Ausland. Ersetzt werden die Aufwendungen bis zu einem Höchstbetrag von 55.000 EUR, die sich um die üblichen Reisekosten mindern. Der Transport erfolgt zum ständigen Wohnsitz oder in ein dem ständigen Wohnsitz nächstgelegenes, geeignetes Krankenhaus.

Leistungen für einen Rettungsflug (Krankentransport mit einem dafür speziell ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug) werden nur ersetzt, wenn dieser nach der Verletzungsart unvermeidbar war. Der Rettungsflug muss durch ein öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisiertes Flugrettungsunternehmen durchgeführt worden sein.

II. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

III. Bestehen für den Versicherten beim Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können Leistungen für mitversicherte Rettungsflüge nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

IV. Falls der Versicherte auch Leistungen aus mitversicherten Bergungskosten geltend machen kann, so werden nur die darüber hinausgehenden Kosten ersetzt.

V. Der Höchstbetrag für den Kostenersatz gemäß I. nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik) nicht teil.

K. Besondere Bedingungen für kosmetische Operationskosten

I. Wir ersetzen Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für

- nachgewiesene Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, jedoch maximal bis 10.000 EUR pro Unfall,

wenn

a) die versicherte Person sich nach einem unter den Vertrag fallenden Versicherungsfall einer kosmetischen Operation unterzogen hat. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung. Diese muss zum Ziel haben, dass eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person behoben wird.

b) die kosmetische Operation innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgte, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

c) ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist oder begründet seine Leistungspflicht bestreitet.

II. Bestehen für die versicherte Person beim Versicherer mehrere Unfallversicherungen, werden nur aus einem Vertrag Leistungen erbracht.

III. Die entstandenen Kosten sind uns innerhalb von 12 Monaten nach der Operation nachzuweisen.

IV. Die Kosten für Maßnahmen im Zusammenhang mit der Beschädigung oder dem Verlust von Zähnen sind nicht mitversichert

V. Der Höchstbetrag für den Kostenersatz gemäß I. nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik) nicht teil.

L. Besondere Bedingungen für die Kinder-Unfallversicherung

I. Ende der Kinder-Unfallversicherung.

(1) Der Versicherungsvertrag wird bis zum Ende des Versicherungsjahrs, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat dann folgendes Wahlrecht:

a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert. Es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.

b) Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.

(2) Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß (1) nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahrs ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach (1) Buchstabe b) fort.

II. Ausschlüsse

(1) In Abänderung von § 2 II. (6) AUB fallen unter den Versicherungsschutz auch Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme von für Kinder schädlichen Stoffen. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

(2) Dieser Einschluss gilt nur für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

III. Fälligkeit der Leistung

Abweichend von § 13 IV. AUB wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs die Frist zur Neubemessung der Invalidität von drei Jahren auf fünf Jahre verlängert. Dies gilt jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahrs hinaus.

IV. Beitragsbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

Hat der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet, gilt in Ergänzung von § 4 III., IV. AUB Folgendes:

(1) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer, so wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei weitergeführt. Dies gilt bis zum Ablauf des Versicherungsjahrs, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

(2) Beim Tod des Versicherungsnehmers durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse gilt (1) nicht.

V. Helmklause

Bei einer durch einen Unfall entstandenen schweren Kopfverletzung wird eine um 10% höhere Invaliditätsleistung erbracht. Voraussetzung ist, dass zum Unfallzeitpunkt nachweislich ein geeigneter Helm getragen wurde. Dies gilt bis zum Ende des Versicherungsjahrs, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet.

Die Erhöhung bezieht sich auf die Invaliditätsleistung nach § 8 I unter Berücksichtigung einer vereinbarten progressiven Invaliditätsstaffel nach den Besonderen Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel.

Die Erhöhung ist für jedes versicherte Kind auf höchstens 65.000 EUR beschränkt. Bestehen für das versicherte Kind bei dem Versicherer weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

VI. Schulwegunfall

Ereignet sich der Unfall des versicherten Kindes auf dem direkten Schulweg, so wird eine um 25% höhere Invaliditätsleistung erbracht. Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung den Unfall auf dem direkten Schulweg bestätigt. Dies gilt bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet.

Die Erhöhung bezieht sich auf die Invaliditätsleistung nach § 8 I unter Berücksichtigung einer vereinbarten progressiven Invaliditätsstufe nach den Besonderen Bedingungen für die progressive Invaliditätsstufe.

Die Erhöhung ist für jedes versicherte Kind auf höchstens 162.500 EUR beschränkt. Bestehen für das versicherte Kind bei dem Versicherer weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

M. Besondere Bedingungen für die beitragsfreie Mitversicherung bei Geburt

Das Kind des Versicherungsnehmers oder einer der versicherten Personen ist während der Laufzeit des Vertrages nach der Geburt beitragsfrei mitversichert. Die Leistungen bei Invalidität oder Tod gelten nach § 8 AUB. Dabei gelten die folgenden Versicherungssummen:

- 25.000 EUR für den Invaliditätsfall,
- 5.000 EUR für den Todesfall.

Die Dauer der beitragsfreien Mitversicherung beträgt 6 Monate ab dem Tag der Geburt. Wird das Kind innerhalb dieser 6 Monate von Ihnen beitragspflichtig versichert, gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz zusätzlich.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge, über die das Kind beitragsfrei mitversichert ist, wird diese Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

Die Regelungen nach II. und III. der „Besonderen Bedingungen für die Kinder-Unfallversicherung“ gelten auch für die beitragsfreie Mitversicherung.

Eine Progressionsleistung gemäß den „Besonderen Bedingungen für die Progressive Invaliditätsstufe (500 %)“, eine Unfallrente gemäß den „Besonderen Bedingungen für die Unfallrente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent und mit Verdoppelung bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent“ sind nicht versichert.

N. Besondere Bedingungen für den Kinder Premiumschutz

I. Die vereinbarten Versicherungsleistungen aus dem Kinder Premiumschutz sind bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet, eingeschlossen.

Der Vertrag wird dann wie folgt angepasst und automatisch fortgeführt:

- Der Beitrag bleibt unverändert.
- Die Versicherungssummen erhöhen sich grundsätzlich im gleichen Verhältnis wie der zu diesem Zeitpunkt gültige Beitrag mit Kinder Premiumschutz zum Beitrag ohne Kinder Premiumschutz. Dabei werden die geltenden Höchstversicherungssummen berücksichtigt.
- Wenn eine Erhöhung der Leistungen im gleichen Verhältnis nicht mehr möglich ist, sinkt der Beitrag entsprechend.

II. Bestehen für das versicherte Kind beim Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können Leistungen aus dem Kinder Premiumschutz nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

III. Die Versicherungssummen der vereinbarten Leistungen aus dem Kinder Premiumschutz nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Dynamik) nicht teil.

IV. Für die vereinbarten Leistungen gelten die jeweils nachfolgenden Bestimmungen:

a) Kinderbetreuung

Hat ein versorgender Elternteil oder ein Sorgeberechtigter des versicherten Kindes einen Unfall erlitten, gilt:

Der Versicherer leistet je Unfallereignis einen Kostenzuschuss für eine Haushaltshilfe oder geeignete Betreuung

- in Höhe von 50 EUR pro Tag
- für eine Dauer von bis zu 100 Tagen vom Unfalltag an gerechnet.

Voraussetzung ist, dass sich ein versorgender Elternteil oder ein Sorgeberechtigter des versicherten Kindes aufgrund eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet.

Die medizinische Notwendigkeit und die Dauer des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfalls sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

b) Rooming-In

Der Versicherer leistet je Unfallereignis einen Kostenzuschuss für jede Übernachtung im Krankenhaus eines versorgenden Elternteils oder Sorgeberechtigten

- in Höhe von 50 EUR pro Tag
- für eine Dauer von bis zu 100 Tagen vom Unfalltag an gerechnet.

Voraussetzung ist, dass sich das versicherte Kind aufgrund eines Unfalls in vollstationärer Heilbehandlung befindet.

Die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Auch für die Anzahl der Rooming-In-Übernachtungen ist ein geeigneter Nachweis des Krankenhauses erforderlich.

c) Nachhilfe

Der Versicherer leistet je Unfallereignis einen Kostenzuschuss für Nachhilfestunden des versicherten Kindes

- in Höhe von 50 EUR pro Tag
- für bis zu 20 schulische Fehltage.

Dabei werden nur schulische Fehltage ab der dritten Woche der schulischen Abwesenheit berücksichtigt.

Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind

- aufgrund eines Unfalls nicht am Schulunterricht einer allgemeinbildenden Schule oder einer gleichgestellten Einrichtung teilnehmen konnte und
- sich für mindestens 14 Tage in vollstationärer Heilbehandlung befunden hat.

Die medizinische Notwendigkeit und die Dauer des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Auch für die Anzahl der schulischen Fehltage ist ein geeigneter Nachweis der Schule oder der gleichgestellten Einrichtung erforderlich.

d) Zahnbehandlungs-/Zahnersatzkosten

Der Versicherer übernimmt je Unfallereignis

- durch einen Unfall entstandene Zahnbehandlungs- bzw. Zahnersatzkosten
- bis zu einem Höchstbetrag von 2.000 EUR.

Hierzu gehören auch Zahnerhaltungsmaßnahmen, Zahnschienen und Zahnspangen oder sonstige Hilfsmittel, sofern diese aufgrund des Unfallereignisses verordnet worden sind.

Voraussetzung ist, dass:

- durch den Unfall Zähne des versicherten Kindes beschädigt werden oder verloren gehen,
- es sich nicht um Milchzähne (Erstzähne) handelt und
- die Behandlung innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall begonnen hat.

Die Kosten müssen durch einen Heil- und Kostenplan oder die Verordnung des Zahnarztes nachgewiesen werden.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

e) Besondere Assistance-Leistungen für Kinder

Die Besonderen Assistance-Leistungen für Kinder umfassen

- innerhalb von Deutschland
- Organisationsleistungen und Kostenübernahme
- für Fahrservice und psychologische Betreuung.

Kosten werden insgesamt pro Kalenderjahr bis maximal 2.500 EUR übernommen.

Voraussetzung für eine Kostenübernahme ist die Organisation über den Versicherer.

Der Service kann im Leistungsfall telefonisch unter 02103/34-7347 beantragt werden.

Für die Besonderen Assistance-Leistungen für Kinder gilt außerdem:

i. Fahrservice

Hat ein versorgender Elternteil oder ein Sorgeberechtigter des versicherten Kindes einen Unfall erlitten, gilt:

Der Versicherer übernimmt je Unfallereignis die Kosten eines Fahrservice zum Kindergarten oder zur Schule für bis zu zwei Kalenderwochen.

Voraussetzung ist, dass

- ein das versicherte Kind versorgender Elternteil oder Sorgeberechtigter sich aufgrund eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet und
- das versicherte Kind daher nicht zum/vom Kindergarten oder zur/von der Schule gelangen kann.

Die medizinische Notwendigkeit und Dauer des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

ii. Psychologische Betreuung

Der Versicherer übernimmt je Unfallereignis die Kosten für eine qualifizierte psychologische Betreuung des versicherten Kindes für bis zu 10 Sitzungen.

Voraussetzung ist, dass

- das versicherte Kind einen Unfall erlitten hat,
- das versicherte Kind durch diesen psychisch traumatisiert ist und
- die erste Sitzung innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgt.

Die medizinische Notwendigkeit einer qualifizierten psychologischen Betreuung des versicherten Kindes aufgrund eines Unfalls ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

Erläuterungen zum Servicepaket

Mit dem Servicepaket der TARGO Versicherung AG haben Sie

- „Rund um die Uhr“
- „Rund um die Welt“
- 24 Stunden am Tag an 7 Tagen in der Woche

einen kompetenten und hilfreichen Ansprechpartner.

Was beinhaltet das Servicepaket im Falle eines Unfalls bzw. vor Reisebeginn?

1. Reiseservice

- Aktuelle Reiseinformationen, z. B. Einreise-, Zoll- und Devisenbestimmungen
- Vermittlung von Hotelunterkünften
- Organisation von Mietwagen
- Buchung und Hinterlegung von Bahnfahrkarten und Flugtickets
- Hilfe bei der Ersatz- oder Wiederbeschaffung von Dokumenten.

2. Notfallservice

- Auskunft und Beratung in Schadenfällen, Aufnahme und Weiterleitung von Schadenmeldungen
- Telefonische Dolmetscherdienste im Verkehr mit Behörden, Ärzten und Krankenhäusern
- Benennung und Vermittlung von Dolmetschern und Übersetzern
- Vermittlung und Organisation von Ersatzfahrern, Kinderrückholungen und Personenbegleitungen
- Unterstützung bei der Abwicklung (Erledigung) aller Formalitäten (Verzollung und Verschrottung) bei Diebstahl oder Totalschaden des Fahrzeuges im Ausland
- Notfall-Reiserückrufservice einschl. Entgegennahme, Hinterlegung und Weiterleitung von Nachrichten.

3. Medizinischer Service

- Medizinische Reiseinformationen
- Benennung von Ärzten, Fachärzten und qualifizierten Krankenhäusern
- Benachrichtigung von Angehörigen
- Beratung zum Medikamentenbezug im Ausland und Benennung von Ersatzmedikamenten.

Wir helfen Ihnen sofort, im In- und Ausland, unter der Servicenummer 02103 34-7347.

Erläuterungen zur Alltagshilfe

Mit der Alltagshilfe der TARGO Versicherung AG haben Sie

- „Rund um die Uhr“
- innerhalb von Deutschland
- 24 Stunden am Tag an 7 Tagen in der Woche
- einen kompetenten und hilfreichen Ansprechpartner.

Im Fall eines Unfalls vermittelt die Alltagshilfe Ansprechpartner für:

- Begleitservice zum Arzt/Fahrdienst
- Kinderbetreuung
- Hausaufgabenbetreuung/Nachhilfe zu Hause nach dem Unfall
- Begleitung und Fahrdienst zum Kindergarten oder zur Schule im Notfall
- Menüservice/Essen auf Rädern
- Haushaltshilfe
- Versorgung der Wäsche
- Einkaufsdienst und Medikamentenbesorgung
- Unterbringung von Tieren im Notfall

Wir helfen Ihnen innerhalb von Deutschland sofort unter der Servicenummer 02103 34-7347.

Kundeninformation zur Unfall Komfort

Steuerhinweise

Diese Steuerhinweise geben einen allgemeinen Überblick über die zurzeit geltenden Steuerregelungen. Sie beruhen auf den bis zum 01.08.2019 veröffentlichten Gesetzen und Vorschriften der Finanzverwaltung. Durch eine künftige Gesetzesänderung kann sich die Rechtslage ändern. Wir gewähren keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Im Einzelfall kann es zu steuerlichen Besonderheiten kommen. Die Hinweise ersetzen daher keine Steuerberatung. Sie gelten nur für Versicherungsnehmer mit Sitz oder Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.

Einkommensteuer

Sonderausgaben

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie im Rahmen eines Höchstbetrages als Sonderausgaben in Ihrer Steuererklärung berücksichtigen. Dies gilt nicht, wenn Sie den Höchstbetrag bereits durch Ihre Beiträge zur Basisabsicherung der Kranken- und Pflegeversicherung ausgeschöpft haben. Diese Sonderausgaben nach § 10 Absatz 1 Nummer 3a Einkommensteuergesetz (EStG) heißen sonstige Vorsorgeaufwendungen.

Besteuerung der Leistung

Kapitalauszahlungen aus Ihrem Vertrag

Sie haben eine Kapitalleistung bei unfallbedingter Invalidität vereinbart? Im Leistungsfall zahlen wir Ihr Kapital steuerfrei aus.

Rentenzahlungen

Sie erhalten eine lebenslange Rente? Diese ist als sonstige Einkünfte nur mit dem Ertragsanteil steuerpflichtig. Dabei bestimmt sich der Ertragsanteil nach Ihrem Alter bei Beginn der Rente. Zahlen wir Ihnen die Rente z. B. ab Vollendung Ihres 67. Lebensjahres, dann sind immer nur 17 % der Rente steuerpflichtig. Sie erhalten eine zeitlich befristete Rente weil der Grad der Invalidität neu bemessen werden soll? Diese ist als sonstige Einkünfte mit dem Ertragsanteil nach § 22 Nummer 1 Satz 5 EStG in Verbindung mit Tabelle zu § 55 Absatz 2 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV) zu versteuern. Der Ertragsanteil hängt von der voraussichtlichen Laufzeit der Rentenzahlung ab. Ist die Laufzeit kürzer als zwei Jahre beträgt der steuerpflichtige Ertragsanteil der Rente z. B. 0 %.

Erbschaftsteuer

Sie übertragen Ansprüche oder Leistungen aus Ihrer Versicherung auf eine andere Person? Dann zeigen wir dem zuständigen Erbschaftsteuerfinanzamt dies an, da eventuell eine Schenkung vorliegt. Bei Tod des Versicherungsnehmers melden wir dies ebenfalls an das zuständige Finanzamt, da womöglich ein Erwerb von Todes wegen vorliegt. Ob Erbschaftsteuer entsteht, ist von den jeweiligen individuellen Verhältnissen abhängig.

Versicherungsteuer

Beiträge zu Ihrer Versicherung unterliegen der Versicherungsteuer von derzeit 19%.

Umsatzsteuer

Beiträge zu und Leistungen aus Ihrer Versicherung sind umsatzsteuerfrei nach § 4 Nummer 10a Umsatzsteuergesetz.

Meldungen und Bescheinigungen

Wir sind verpflichtet, die für den Empfänger als sonstige Einkünfte steuerpflichtige Leistung zu melden. Die Meldung erfolgt an die Zentrale Stelle für Altersvermögen (Deutsche Rentenversicherung Bund).

Wir zahlen Ihnen eine Leistung zum ersten Mal? Dann bescheinigen wir Ihnen die im abgelaufenen Kalenderjahr zugeflossenen Leistungen. Diese haben Sie in Ihrer Steuererklärung anzugeben. Gleiches gilt, wenn sich die auszuzahlende Leistung ändert.

Weitere Informationen: Weitere aktuelle Produktinformationen können Sie online im Internet unter www.targoversicherung.de oder per Post (TARGO Versicherung AG, Proactiv-Platz 1, 40721 Hil-den) abrufen. Darüber hinaus stehen wir Ihnen persönlich von montags bis freitags von 8.00 bis 20.00 Uhr und samstags von 9.00 bis 14.00 Uhr unter unserer Service-Nummer 02103 34-7100 zur Verfügung.

Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

(KOSTEN_T_220101)

Wird aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht, können wir Ihnen die dabei durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Betrag gesondert in Rechnung stellen. Die Höhe der Kosten können wir nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) künftig anpassen. Weitere Informationen finden Sie im Paragraphen „Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Die aktuelle Kostenübersicht erhalten Sie jederzeit bei uns oder auf unserer Homepage unter www.targoversicherung.de.

Anlass	Betrag (je Vorgang)
Abschriften	
- Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben (z. B. Schriftwechsel mit einem Rechtsanwalt)	40 EUR
- Ausstellen einer Abschrift des Versicherungsscheins	10 EUR
- Ausstellen eines Ersatzversicherungsscheines (Ersatzpolice)	20 EUR
Drittrechte	
- Abtretung/Verpfändung an gewerbliche Händler von Gebrauchtpolicen	50 EUR
- Abtretung und Verpfändung	25 EUR
In-/Exkasso	
- Beitragsübermittlung durch Sie aus einem Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10 EUR
- Leistungsübermittlung durch uns an einen Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums	10 EUR
- Mahngebühr	5 EUR
- Vom Zahlungspflichtigen zu vertretende fehlgeschlagene Lastschriftabbuchung	5 EUR
Leistung	
- Einholung einer individuellen Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht	15 EUR
Vertragsänderungen	
- Wechsel des Versicherungsnehmers (außer bei Verträgen der betrieblichen Altersversorgung)	20 EUR
- Wiederinkraftsetzung des Vertrags	25 EUR
- Wiederinkraftsetzung eines beitragsfreigestellten Vertrags ohne Nachzahlung der Beiträge	25 EUR
- Durchführung einer vom Versicherungsnehmer gewünschten Vertragsänderung, der der Versicherer zustimmen muss (z. B. Änderung der Laufzeit, des Beitrages (ausgenommen Beitragsfreistellung), der versicherten Summe oder der Rente)	25 EUR
Zahlungshilfen	
- Einrichtung eines Stundungskontos	20 EUR
- Bearbeitung von Zahlungsrückständen (z. B. Verrechnung von Rückständen)	20 EUR
Sonstiges	
- Entnahme eines Vertragswerts aufgrund eines Versorgungsausgleichs	180 EUR
- Erstellung eines versicherungsmathematischen Gutachtens	200 EUR
- Kapitalübertragungen (inkl. Deckungskapital)	98 EUR
- Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes	10 EUR
- Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Änderung der Anschrift	10 EUR
Bescheinigungen	
- Erstellung von zusätzlichen Kontoauszügen	5 EUR
- Anfragen zum Policenzweitmarkt	5 EUR
- Zusätzliche Bescheinigung des Rückkaufwerts	5 EUR
- Ämterbescheinigung	5 EUR
- Bescheinigung für das Finanzamt	5 EUR
- Bescheinigung über eingezahlte Beiträge	5 EUR
- Zusätzliche Mitteilung über den Stand Ihrer Versicherung	5 EUR
- Bestätigung des Bezugsrechts	5 EUR
- Bescheinigung über eine Schuldenbereinigung	5 EUR