

Bedingungsheft

Allgemeine Unfallversicherung

- HM-AUB 2000 -

Dieses Bedingungsheft gilt für folgende Produkte:

- Kaiser-Unfallschutz *vital*
(auch Komfort-Paket)
- START 18 – Unfallversicherung
- Gruppen-Unfallversicherungen

Inhaltsverzeichnis:

	Seite
Kundeninformation zur Allgemeinen Unfallversicherung	3
Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000)	4
Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent und ab 90 Prozent	10
Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent (Verdreifachung der Leistung)	10
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 Prozent)	10
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 Prozent)	10
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag	10
Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung	11
Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung	11
Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe	11
Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung	11
Besondere Bedingungen für Sportunfälle	11
Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung	12
Besondere Bedingungen für den Direktanspruch der versicherten Person	12
Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle	12
Besondere Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit für Arbeitnehmer	12
Besondere Bedingungen für die „Vital“-Unfallversicherung (BB Vital)	13
Besondere Bedingungen für die „Vital“-Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag	13
Besondere Bedingungen „Zeckenbiss, Herzinfarkt, Schlaganfall“	13
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Unfall-Mobilitäts-Service, die Erstattung von Umzugs- oder Haus-Umbau-Kosten sowie die Erstattung von Auto-Umbau-Kosten (BB Aktivität)	14
Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfe- und Pflegeleistungen sowie die Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch (BB Soforthilfe)	16
Anhang (Berufsgruppenverzeichnis)	18
Anhang (Pflegebedürftigkeit)	18
Merkblatt zur Datenverarbeitung	19

Kundeninformation zur Allgemeinen Unfallversicherung der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG gemäß § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

Informationen zum Versicherer

Versicherer ist die
Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG
Überseering 45
22297 Hamburg
Telefon: 0180-333 4444
Telefax: 040-6376-3302
E-Mail: KSC@Hamburg-Mannheimer.de

Sitz: Hamburg, Handelsregister: Amtsgericht Hamburg, HRB 1800

Die Namen der Personen, die für unsere Gesellschaft vertretungsberechtigt sind, finden Sie in der so genannten „Vorstandsliste“ auf Ihrem Antrag.

Hauptgeschäftstätigkeit des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare Betrieb aller Arten der Schaden- und Unfallversicherung mit Ausnahme der Kreditversicherung und der Betrieb der Rückversicherung in allen Zweigen.

Zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Informationen zum Vertrag

Die Versicherung bietet weltweit Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen der Hamburg-Mannheimer (HM-AUB 2000) sowie die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung.

Nähere Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers finden Sie in den HM-AUB 2000:

Allgemeine Unfallversicherung	Wo finden Sie nähere Angaben?
Was ist versichert?	Ziffer 1
Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	Ziffer 2
Invaliditätsleistung	Ziffer 2.1
Unfall-Rente	Ziffer 2.2
Übergangsleistung	Ziffer 2.3
Tagegeld	Ziffer 2.4
Krankenhaus-Tagegeld	Ziffer 2.5
Genesungsgeld	Ziffer 2.6
Rooming-in-Leistung	Ziffer 2.7
Todesfallleistung	Ziffer 2.8
Kosmetische Operationen	Ziffer 2.9
Sofortleistungen bei Schwerverletzungen	Ziffer 2.10
Bergungskosten	Ziffer 2.11
Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?	Ziffer 3
Welche Personen sind nicht versicherbar?	Ziffer 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	Ziffer 5
Wann sind die Leistungen fällig?	Ziffer 9

Angaben zum Gesamtpreis der Versicherung (Beitrag) einschließlich der gesetzlichen Versicherungsteuer und zur Zahlungsweise finden Sie im Antrag. Weitere Einzelheiten zur Beitragszahlung können Sie Ziffer 12 HM-AUB 2000 entnehmen. Sollten sich – z.B. risikobedingt – Abweichungen hiervon ergeben, werden wir Sie hierüber mit der Übersendung des Versicherungsscheines gesondert informieren. Sie können dann dem Versicherungsabschluss widersprechen. Über dieses Widerspruchsrecht belehren wir Sie dann gesondert.

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme Ihres Antrags durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Antrag angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 12.2 HM-AUB 2000 zahlen. An Ihren Antrag sind Sie einen Monat gebunden.

Sie können Ihren Antrag innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen und die Widerrufsbelehrung in Textform vollständig vorliegen. Die Widerrufsfrist wird mit rechtzeitiger Absendung des Widerrufs gewahrt. Die Einzelheiten der Ausübung und die Rechtsfolgen des Widerrufs können Sie dem Antrag entnehmen.

Angaben zur Laufzeit können Sie Ziffer 11.2 HM-AUB 2000 sowie Ihrem Antrag entnehmen.

Angaben zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen finden Sie in Ziffer 11.2 und 11.3 HM-AUB 2000.

Maßgebend für die Vertragsanbahnung und den Vertrag ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland (Ziffer 18 HM-AUB 2000). Welches Gericht für Klagen aus dem Versicherungsvertrag zuständig ist, ist in Ziffer 16 HM-AUB 2000 geregelt.

Die Vertragsbedingungen werden ebenso wie diese Kundeninformation in deutscher Sprache mitgeteilt. Die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt ebenfalls in deutscher Sprache.

Informationen zu außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein „Versicherungsbundmann e.V.“, Leipziger Straße 121, 10117 Berlin (www.versicherungsbundmann.de). Soweit Sie Verbraucher im Sinne der Verfahrensordnung sind, können Sie damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Fragen oder Beschwerden können Sie an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn richten.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000)

(Stand: 01.01.2008)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?**
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
(Voraussetzungen für die Leistungen / Inhalt der Leistungsarten)**
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfall-Rente
 - 2.3 Übergangsleistung
 - 2.4 Tagegeld
 - 2.5 Krankenhaus-Tagegeld
 - 2.6 Genesungsgeld
 - 2.7 Rooming-in-Leistung (für Kinder)
 - 2.8 Todesfalleistung
 - 2.9 Kosmetische Operationen
 - 2.10 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
 - 2.11 Bergungskosten
 - 2.12 Familien-Plus
 - 2.13 Reha-Plus
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?**
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- 6 Was müssen Sie**
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif und
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?**
- 10 Gewinnbeteiligung (Leistungs-Plus)**

Die Versicherungsdauer

- 11 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
 - Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

- 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
 - Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

Weitere Bestimmungen

- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 16 Welches Gericht ist zuständig?**
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?**
 - Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
- 18 Welches Recht findet Anwendung?**

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1** Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrags zustoßen.
- 1.2** Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3** Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4** Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5** Auf die Regelungen über die Auswirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? (Voraussetzungen für die Leistungen / Inhalt der Leistungsarten)

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1.1.1** Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustands nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

- 2.1.1.2** Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1** Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

- 2.1.2.2** Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

- 2.1.2.2.1** Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
Hand	55%
Daumen	20%
Zeigefinger	10%
anderer Finger	5%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
Bein bis unterhalb des Knies	50%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
Fuß	40%
große Zehe	5%
andere Zehe	2%
Auge	50%
Gehör auf einem Ohr	30%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	5%

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

- 2.1.2.2.2** Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

- 2.1.2.2.3** Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

- 2.1.2.2.4** Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig aus welcher Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 gegeben. Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

Für die Feststellung des Invaliditätsgrades bleiben vereinbarte besondere Glieder-taxen unberücksichtigt.

2.2.2 Höhe der Leistung:

- 2.2.2.1** Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

- 2.2.2.2** Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet hat, nach Ziffer 2.2.1 zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent, verdoppelt sich die zu zahlende Unfall-Rente. Die durch die Verdoppelung entstehende Mehrleistung der Unfall-Rente wird für jede versicherte Person auf höchstens EUR 2.000 beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

- 2.2.2.3** Zusätzlich zahlen wir zehn Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung an die zugsberechtigte Person oder, soweit keine benannt, an die Erben, wenn
- die versicherte Person nach dem Unfall stirbt,
 - der Tod nicht innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall eingetreten ist und
 - ein Anspruch auf Rentenzahlung nach Ziffer 2.2.1 dieser Bedingungen entstanden war.

- 2.2.2.4** Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Unfall-Rente und der einmaligen Kapitalleistung unberücksichtigt.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung:

- 2.2.3.1** Die Unfall-Rente zahlen wir

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

- 2.2.3.2** Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

- 2.2.3.3** Die vorgesehene Verdoppelung der Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 90 Prozent gesunken ist.

2.2.4 Gewinnbeteiligung

Neben der Gewinnbeteiligung nach Ziffer 10 (Leistungs-Plus) beteiligen wir Sie im Leistungsfall noch wie folgt an unseren Überschüssen:

2.2.4.1 Herkunft der Gewinnbeteiligung

Um die Rentenleistung in jedem Fall sicherzustellen, ist die im Leistungsfall bei uns gebildete Rückstellung mit einem vorsichtig gewählten Rechnungszins kalkuliert. Die tatsächlichen Kapitalerträge liegen in der Regel über dem Rechnungszins; an den daraus entstehenden Überschüssen nehmen die Rentenempfänger in Form der Gewinnbeteiligung teil.

2.2.4.2 Art der Gewinnbeteiligung

Die Gewinnbeteiligung erfolgt, indem der laufende Rentenanspruch erhöht wird. Der dann erhöhte Rentenanspruch ist in der jeweils erreichten Höhe garantiert. Eine Erhöhung erfolgt erst dann, wenn für mindestens ein Jahr Rente bezogen wurde.

2.2.4.3 Höhe der Gewinnbeteiligung

Wir überprüfen jährlich, ob die im Geschäftsjahr entstandenen Überschüsse und die in der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) vorhandenen Mittel eine Erhöhung der laufenden Rentenansprüche rechtfertigen.

Die Entscheidung, ob und in welcher Höhe die laufenden Rentenansprüche erhöht werden, wird jährlich von unserem Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars getroffen und im Geschäftsbericht veröffentlicht.

Im Fall einer Erhöhung zahlen wir die erhöhte Rente ab dem 1. Januar des auf die Überprüfung folgenden Geschäftsjahres. Einen erhöhten Rentenanspruch teilen wir Ihnen mit.

2.2.4.4 Erträge

Mindestens 70 Prozent der auf die Rentenrückstellungen entfallenden Zinserträge verwenden wir - nach Abzug des Anteils, der für die bereits zugesagten Rentenleistungen benötigt wird - für die Gewinnbeteiligung der Rentenempfänger. Wir stellen sie in die RfB ein oder schreiben sie den einzelnen Rentenempfängern über erhöhte Rentenansprüche gut. Die in die RfB eingestellten Beträge dürfen nur für die Gewinnbeteiligung der Rentenempfänger verwendet werden.

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.3.1.1 Nach drei Monaten

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet,
 - ununterbrochen,
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu 100 Prozent beeinträchtigt.

Sie ist von Ihnen spätestens vier Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attests bei uns geltend zu machen.

2.3.1.2 Nach sechs Monaten

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet,
 - ununterbrochen,
 - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- noch um mindestens 50 Prozent beeinträchtigt.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attests bei uns geltend zu machen.

- 2.3.2 Art und Höhe der Leistung:**
- 2.3.2.1 Nach drei Monaten**
Die Übergangsleistung wird in Höhe der Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.3.2.2 Nach sechs Monaten**
Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt; dabei wird eine Leistung nach Ziffer 2.3.2.1 angerechnet.
- 2.4 Tagegeld**
- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.
- 2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:**
Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.
Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
- 2.5 Krankenhaus-Tagegeld**
- 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.5.1.1** Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
- 2.5.1.2** Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 2.5.1.3** In Erweiterung von Ziffer 2.5.1.1 wird ein Krankenhaus-Tagegeld auch für eine unfallbedingte ambulante chirurgische Operation gezahlt, sofern die versicherte Person unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie, die zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt, operiert wird. Nicht erfasst sind z.B. Wundversorgungen, Zahnbehandlungen und ambulante Untersuchungen.
- 2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:**
- 2.5.2.1** Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.5.2.2** Abweichend von Ziffer 2.5.2.1 leisten wir bei unfallbedingten ambulanten chirurgischen Operationen ein Krankenhaus-Tagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für drei Tage.
- 2.5.2.3** Das Krankenhaus-Tagegeld verdoppelt sich, wenn der Unfall **und** die stationäre Behandlung (bzw. die ambulante chirurgische Operation) im Ausland stattgefunden haben.
- 2.6 Genesungsgeld**
- 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.5.1.1 und Ziffer 2.5.1.2.
- 2.6.2 Höhe und Dauer der Leistung:**
Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 150 Tage.
Wenn der Unfall und die stationäre Behandlung im Ausland stattgefunden haben, verdoppelt sich das Genesungsgeld.
- 2.7 Rooming-in-Leistung (für Kinder)**
- 2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.7.1.1** Das versicherte Kind hat das 6. Lebensjahr am Schadentag noch nicht vollendet.
- 2.7.1.2** Es hat einen Anspruch auf ein Krankenhaus-Tagegeld gemäß Ziffer 2.5.1.1 und Ziffer 2.5.1.2.
- 2.7.1.3** Ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in).
- 2.7.2 Höhe und Dauer der Leistung:**
- 2.7.2.1** Die Rooming-in-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für das Krankenhaus-Tagegeld für die Anzahl von Tagen gezahlt, die ein Erziehungsberechtigter bei dem versicherten Kind im Krankenhaus übernachtet.
- 2.7.2.2** Das Rooming-in wird für längstens 100 Tage geleistet.
- 2.7.2.3** Wenn der Unfall **und** die stationäre Behandlung im Ausland stattgefunden haben, verdoppelt sich die Rooming-in-Leistung.
- 2.8 Todesfallleistung**
- 2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.
- 2.8.2 Höhe der Leistung:**
Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.9 Kosmetische Operationen**
- 2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.9.1.1** Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.
Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- 2.9.1.2** Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 2.9.1.3** Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2.9.2 Art und Höhe der Leistung:**
- 2.9.2.1** Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene
- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.
- 2.9.3 Ausschluss der Dynamik**
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 2.10 Sofortleistung bei Schwerverletzungen**
- 2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.10.1.1** Ein Unfall führt zu
- einer Querschnittslähmung nach einer Schädigung des Rückenmarks,
- einer Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,
- einem Schädel-Hirn-Trauma ab 3. Grad,
- einer/m schweren Mehrfachverletzung / Polytrauma,
- einer Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober- / Unterarm, Ober- / Unterschenkel),
- gewebezerstörenden Schäden an zwei inneren Organen,
- einer Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: Fraktur eines langen Röhrenknochens, Fraktur des Beckens, Fraktur der Wirbelsäule, gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs,
- Verbrennungen 3. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperfläche,
- einer Erblindung oder hochgradigen Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung beträgt die Sehschärfe nicht mehr als 1/20.
- 2.10.1.2** Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist von Ihnen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Ziffer 3 HM-AUB 2000 entsprechend Anwendung.
- 2.10.2 Höhe und Dauer der Leistung:**
- 2.10.2.1** Die Sofortleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.10.2.2** Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit dem Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.
- 2.10.3 Ausschluss der Dynamik**
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 2.11 Bergungskosten**
- 2.11.1 Art der Leistung:**
- 2.11.1.1** Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- 2.11.1.2** Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
- 2.11.1.3** Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- 2.11.1.4** Bei einem unfallbedingten Todesfall im In- oder Ausland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 2.11.2 Höhe der Leistung:**
- 2.11.2.1** Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.
- 2.11.2.2** Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich als Versicherungsnehmer unmittelbar an uns halten.
- 2.11.2.3** Bestehen für den Versicherten bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 2.11.3 Ausschluss der Dynamik**
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
- 2.12 Familien-Plus**
- 2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.12.1.1** Heiratet die versicherte Person, so ist der hinzukommende Ehegatte drei Monate lang versichert. Der Versicherungsschutz verlängert sich um weitere drei Monate, wenn Sie uns die Heirat innerhalb von drei Monaten anzeigen.
- 2.12.1.2** Durch Geburt hinzukommende leibliche Kinder der versicherten Person sind für sechs Monate versichert. Der Versicherungsschutz verlängert sich um weitere sechs Monate, wenn Sie uns die Geburt innerhalb von sechs Monaten anzeigen.
- 2.12.2 Höhe der Leistung:**
- 2.12.2.1** Die Versicherungssummen betragen
- | | |
|-------------------------------------|------------|
| Invalditätssumme bis zu | 50.000 EUR |
| Krankenhaus-Tagegeld | 10 EUR |
| Todesfallleistung | 5.000 EUR |
| Rettungs- und Bergungskosten bis zu | 12.000 EUR |
- ohne dass ein zusätzlicher Beitrag fällig wird.
Vereinbarte Mehrleistungen, progressive Invaliditätsstaffeln oder besondere Gliedertaxen für die Invaliditätsleistung sowie eine Verdoppelung des Krankenhaus-Tagegeldes bleiben unberücksichtigt.
- 2.12.2.2** Bestehen bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, kann das Familien-Plus für die hinzukommenden Personen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 2.13 Reha-Plus - Rehabilitationsmaßnahmen bei Schwerverletzungen**
- 2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.13.1.1** Ein Unfall führt zu
- einer Querschnittslähmung nach einer Schädigung des Rückenmarks,
- Verbrennungen 3. Grades von großen Flächen des Körpers (mind. 30 Prozent),
- einem Schädel-Hirn-Trauma ab 3. Grad,
- einer Amputation mindestens eines Fußes oder einer ganzen Hand oder
- einer Erblindung oder hochgradigen Sehbehinderung beider Augen; bei einer Sehbehinderung beträgt die Sehschärfe nicht mehr als 1/20.
- 2.13.1.2** Sie und die versicherte Person willigen uns gegenüber schriftlich ein, dass wir im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen, der Vertragsdurchführung

(Beiträge, Versicherungssummen, Versicherungsfälle, Risiko- und Vertragsänderungen) oder der Schadenbearbeitung (z.B. Schadenanzeige oder Attest nach Ziffer 2.13.1.4) ergeben (für die unter Ziffer 2.13.2.1 genannte Leistung), an Experten für Rehabilitationsmaßnahmen mit der Maßgabe weiterleiten, diese vertraulich und zweckgebunden unter Einhaltung der gesetzlichen Anforderungen (Datenschutz) zu behandeln.

2.13.1.3 Für die unter Ziffer 2.13.2.2 genannte Leistung gelten folgende Voraussetzungen:

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 der HM-AUB 2000 wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folge innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,

- eine medizinisch notwendige stationäre Reha-Maßnahme für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen oder
- eine medizinisch notwendige ambulante Reha-Maßnahme von mindestens 20 Behandlungstagen durchgeführt.

Als Reha-Maßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

2.13.1.4 Die Voraussetzungen nach Ziffer 2.13.1.1 und Ziffer 2.13.1.3 werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

2.13.2 Art und Höhe der Leistung:

2.13.2.1 Wir beauftragen Experten für Rehabilitationsmaßnahmen, die bei Ihnen oder der versicherten Person die Beratungs- und Informationsleistung erbringen werden. Es werden bis zu zwei persönliche Gespräche mit Ihnen oder der versicherten Person geführt. Darüber hinaus stehen die Experten Ihnen oder der versicherten Person telefonisch für Beratungen und Informationen zur Verfügung.

Die Leistungen umfassen:

- Beurteilung der medizinischen und pflegerischen Versorgungssituation,
- Beratung über medizinische und psychologische Diagnose- und Therapiemöglichkeiten,
- Benennung von möglichen Leistungserbringern, z.B. Ärzte, Psychotherapeuten und andere Heilberufe, Krankenhäuser (Spezialkliniken), ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Allgemeine Informationen zum Sozialversicherungsrecht, z.B. über die Leistungen der öffentlich-rechtlichen Träger der Sozialversicherungen (gesetzliche Kranken-, Pflege-, Renten- und Unfallversicherungen),
- Benennung von Leistungserbringern beim Umbau von Haus (Wohnung) und Auto.

Der von uns beauftragte Dienstleister erbringt die Leistungen bis zu EUR 2.500.

2.13.2.2 Darüber hinaus zahlen wir EUR 2.500 für stationäre oder ambulante Reha-Maßnahmen gemäß Ziffer 2.13.1.3 als einmalige Kapitalleistung. Wir zahlen diese Kapitalleistung einmal je Unfallereignis.

2.13.3 Bestehen für den Versicherten bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen aus Reha-Plus nur einmal beansprucht werden.

2.13.4 Dauer

Die Beratungs- und Informationsleistungen für Rehabilitationsmaßnahmen gemäß Ziffer 2.13.2.1 stellen wir Ihnen für den Zeitraum von sechs Monaten zur Verfügung. Der Zeitraum beginnt eine Woche nach Erhalt der unterschriebenen Einwilligungserklärung (Ziffer 2.13.1.2).

2.13.5 Geltungsbereich

Die Leistungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

2.13.6 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrads,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Schwerstpflegebedürftige der höchsten Pflegestufe im Sinne der sozialen Pflege-Pflichtversicherung. (Ein Auszug aus dem zurzeit geltenden Pflege-Versicherungsgesetz ist im Anhang abgedruckt.)

4.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.

4.3 Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

4.4 Auf Antrag und nach Einzelfallprüfung kann der Versicherungsvertrag fortgeführt werden.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

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

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 7. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit,

- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5 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 ankommt.

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4 Infektionen.

5.2.4.1 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.

5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

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

6 Was müssen Sie

- bei vereinbartem Kinder-Tarif und

- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Normaltarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

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

6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis, welches wir Ihnen mit Antragstellung aushändigen.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere oder höhere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von einem Monat ab der Änderung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

6.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag fort, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
Nach einem Unfall sind neben den jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen und Ausschlussfristen (z.B. bei der Invaliditätsleistung, der Unfall-Rente und der Übergangsleistung) auch Obliegenheiten zu beachten; denn ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.
- 7.1** Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 7.2** Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 7.3** Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaustausfalls tragen wir.
- 7.4** Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 7.5** Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass 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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.
- 9 Wann sind die Leistungen fällig?**

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.
Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Zif. 9.1, und
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 10 Gewinnbeteiligung (Leistungs-Plus)**

10.1 Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Gewinnbeteiligung vereinbart. Deshalb erhöhen sich für Unfälle, die nach dem zweiten Versicherungsjahr der versicherten Person eintreten, die Leistungen für Invalidität und Unfall-Rente oder die Todesfallleistung um die im Geschäftsbericht der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG aufgeführten Gewinnanteile.

10.2 Erhöhte Invaliditätsleistungen aus Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent bzw. ab 90 Prozent (auch bei der Unfall-Rente) sowie aus progressiven Invaliditätsstufen unterliegen nicht der Gewinnbeteiligung.
Die Höhe der Gewinnanteile legen wir im Voraus jeweils für die in einem Kalenderjahr eintretenden Unfälle in Prozenten der gewinnberechtigten Versicherungsleistung fest. Sie richtet sich nach der Anzahl der bis zum Eintritt des Unfallereignisses abgelaufenen Jahre, in denen für die versicherte Person bei uns eine Unfallversicherung mit Gewinnbeteiligung bestanden hat, und wird in den jeweiligen Geschäftsberichten immer für drei Jahre im Voraus genannt.

10.3 Die Gewinnbeteiligung wird zusammen mit der Versicherungsleistung ausgezahlt. Leistungen aus der Gewinnbeteiligung können wir Ihnen nicht garantieren. Bereits erreichte Gewinnanteile können auch wieder reduziert werden.

Die Versicherungsdauer

- 11 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?**

11.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 12.2 zahlen.

11.2 Dauer und Ende des Vertrags
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

11.3 Kündigung nach Versicherungsfall
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode wirksam wird.
Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

11.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen
Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

- 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?**

12.1 Beitrag und Versicherungsteuer
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

12.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster oder einmaliger Beitrag

12.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

12.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

12.2.3 Rücktritt
Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

12.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

12.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

12.3.2 Verzug
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach Ziffer 12.3.3 und Ziffer 12.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

12.3.3 Kein Versicherungsschutz
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 12.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

12.3.4 Kündigung
Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 12.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

- 12.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftmächtigung**
Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.
Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 12.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.
Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlungen verlangen.
- 12.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 12.7 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern**
Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
- Sie bei Versicherungsbeginn (Erstabschluss) das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde, gilt Folgendes:
- 12.7.1** Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- 12.7.2** Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

- 13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 13.1** 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.
- 13.2** Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 13.3** Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 14 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 14.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefährerhebliche Umstände**
Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrenumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen.
Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefährerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefährerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 14.2 Rücktritt**
- 14.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts**
Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefährerheblichen Umständen berechnen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.
Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.
Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.
- 14.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts**
Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrenumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

- 14.2.3 Folgen des Rücktritts**
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder auf den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
Uns steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktritts-erklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 14.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung**
- 14.3.1** Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.
Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.
Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrenumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- 14.3.2** Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. 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 schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrenumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.
- 14.4 Anfechtung**
Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 15.1** Die Ansprüche aus der Unfallversicherung verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 15.2** Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 16 Welches Gericht ist zuständig?**
- 16.1** Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 16.2** Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
- 16.3** Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
- 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 17.1** Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 17.2** Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.
Das gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
- 18 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen

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

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent und ab 90 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistung bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) ermittelt.

Ziffer 2.1 HM-AUB 2000 wird wie folgt ergänzt:

- Wir zahlen die dreifache Invaliditätsleistung, wenn sich der Unfall vor Vollendung des 65. Lebensjahres ereignet und zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 und maximal 89 Prozent führt. Diese Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf EUR 400.000 beschränkt.
- Wir zahlen die fünffache Invaliditätsleistung, wenn sich der Unfall vor Vollendung des 65. Lebensjahres ereignet und zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent führt. Diese Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf EUR 800.000 beschränkt.
- Bestehen für die versicherte Person bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, so gelten die in Ziffer 1 und 2 jeweils genannten Höchstbeträge für alle Versicherungen zusammen.

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

Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 75% (Verdreifachung der Leistung)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistung bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) ermittelt.

Ziffer 2.1 (HM-AUB 2000) wird wie folgt ergänzt:

Wir zahlen die dreifache Invaliditätsleistung, wenn sich der Unfall vor Vollendung des 65. Lebensjahres ereignet und zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 Prozent führt.

Diese Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf EUR 400.000 beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (500 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (HM-AUB 2000) ermittelt.

Ziffer 2.1 HM-AUB 2000 wird wie folgt ergänzt:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich drei Prozent aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere zwei Prozent aus der Versicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 75 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere drei Prozent aus der Versicherungssumme.

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

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe %	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe %
26	29	45	105	64	209	83	347
27	33	46	109	65	215	84	356
28	37	47	113	66	221	85	365
29	41	48	117	67	227	86	374
30	45	49	121	68	233	87	383
31	49	50	125	69	239	88	392
32	53	51	131	70	245	89	401
33	57	52	137	71	251	90	410
34	61	53	143	72	257	91	419
35	65	54	149	73	263	92	428
36	69	55	155	74	269	93	437
37	73	56	161	75	275	94	446
38	77	57	167	76	284	95	455
39	81	58	173	77	293	96	464
40	85	59	179	78	302	97	473
41	89	60	185	79	311	98	482
42	93	61	191	80	320	99	491
43	97	62	197	81	329	100	500
44	101	63	203	82	338		

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 Prozent)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (HM-AUB 2000) ermittelt.

Ziffer 2.1 HM-AUB 2000 wird wie folgt ergänzt:

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

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag jährlich angepasst werden.

- Wir erhöhen die Versicherungssummen bis zum Schluss des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet, jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens jedoch um sechs Prozent. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder mit ihm übereinstimmt.
- Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle EUR 500
 - für die Übergangsleistung auf volle EUR 50
 - für die Unfall-Rente und das Verletzungsgeld auf volle EUR 25
 - für das Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld auf volle EUR 0,50
- Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- Sie und wir können diese Zuwachsvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

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

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung

Für Unfallversicherungen

von Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Studenten/innen der Medizin, Studenten/innen der Zahn- und Tierheilkunde, Röntgenassistenten/innen, vom Krankenpflegepersonal und vom ärztlichen Hilfspersonal.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz in folgendem Umfang auf Strahlenschäden erweitert:

- 1 Abweichend von Ziffer 5.2.2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.
- 2 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

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

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

Für Unfallversicherungen

von Ärzten/innen, Zahnärzten/innen, Zahn Technikern/innen, Heilpraktikern/innen, Hebammen und Entbindungspflegern, Studenten/innen der Medizin und der Zahnheilkunde, vom Krankenpflegepersonal und vom ärztlichen Hilfspersonal, von Tierärzten/innen und Studenten/innen der Tierheilkunde sowie von Altenpflegern/innen.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziffer 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) auf Gesundheitsschäden durch Infektionen erweitert.

- 1 **Voraussetzungen für die Leistung:**
 - 1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
 - 1.2 **Aus**
 - der Krankengeschichte,
 - dem Befund oder
 - der Natur der Erkrankunggeht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.
 - 1.3 Die Krankheitserreger sind entweder
 - durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
 - durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.Anhauchen, Anniessen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie und Tuberkulose.
- 2 **Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall**

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 HM-AUB 2000 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

 - innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

Für Unfallversicherungen

von Chemikern und Desinfektoren.

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz ergänzend zu Ziffer 5.2.4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) auf Gesundheitsschädigungen durch Infektionen erweitert.

- 1 **Voraussetzungen für die Leistung:**
 - 1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.
 - 1.2 **Aus**
 - der Krankengeschichte,
 - dem Befund oder
 - der Natur der Erkrankunggeht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.
 - 1.3 Die Krankheitserreger sind entweder
 - durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
 - durch plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.
 - 1.4 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.
- 2 **Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall**

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 HM-AUB 2000 besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

 - innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

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

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

- 1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100%
Daumen oder Zeigefinger	60%
anderer Finger	20%
Bein oder Fuß	70%
große Zehe	8%
andere Zehe	3%
Auge	80%
Gehör auf beiden Ohren	70%

- 2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 3 Die von Ziffer 2.1.2.2.1 HM-AUB 2000 abweichenden Invaliditätsgrade gelten jedoch nicht für die Feststellung der Invaliditätsgrade für die Besonderen Bedingungen für die Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 75 Prozent und ab 90 Prozent und für die Unfall-Rente nach Ziffer 2.2 HM-AUB 2000.

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung

Ergänzend zu Ziffer 1.3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) bieten wir auch Versicherungsschutz für

- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung sowie
- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

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

Besondere Bedingungen für Sportunfälle

Ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) gelten folgende Bestimmungen:

- 1 **Erhöhte Leistungen für Sportunfälle**
 - 1.1 **Voraussetzungen für die Leistung:**

Die versicherte Person erleidet bei der aktiven Sportausübung im Sportverein, Betrieb oder in der Schule einen Unfall gemäß Ziffer 1 HM-AUB 2000 (Sportunfall). Unfälle auf dem Weg zu oder von der sportlichen Betätigung gelten nicht als Sportunfälle. Sie reichen innerhalb von neun Monaten nach dem Unfallereignis eine Bestätigung des Sportvereins, Betriebes bzw. der Schule ein, aus der hervorgeht, dass es sich bei dem Unfall um einen Sportunfall gehandelt hat.
 - 1.2 **Art und Höhe der Leistung:**

Für die Folgen von Sportunfällen gilt für alle vereinbarten Leistungsarten (ausgenommen Sport-Plus, Reha-Plus und Rettungs- und Bergungskosten) jeweils eine um 50% erhöhte Versicherungssumme.
 - 2 **Zuschuss für bestimmte medizinische Heil- und Hilfsmittel bei Sportverletzungen (Sport-Plus)**
 - 2.1 **Voraussetzungen für die Leistung:**

Die versicherte Person erleidet bei der aktiven Sportausübung im Sportverein, Betrieb oder in der Schule einen Unfall gemäß Ziffer 1 HM-AUB 2000 (Sportunfall). Unfälle auf dem Weg zu oder von der sportlichen Betätigung gelten nicht als Sportunfälle. Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Sie reichen innerhalb von neun Monaten nach dem Unfallereignis eine Bestätigung des Sportvereins, Betriebes bzw. der Schule ein, aus der hervorgeht, dass es sich bei dem Unfall um einen Sportunfall gehandelt hat.
 - 2.2 **Art und Höhe der Leistung:**

Wir leisten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz der nachgewiesenen Kosten für folgende medizinische Heil- und Hilfsmittel:

 - Massagen einschließlich Unterwassermassagen,
 - Fangopackungen,
 - Sportbandagen,
 - Orthesen / Schienen,soweit diese ärztlich verordnet sind und die Kosten innerhalb von neun Monaten nach dem Unfallereignis geltend gemacht worden sind. Die Höhe des Zuschusses ist pro Kalenderjahr auf die im Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme begrenzt. Soweit ein anderer ersatzpflichtiger Kostenträger eintrittspflichtig ist, können Sie den Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend machen.
 - 2.3 **Ausschluss der Dynamik**

Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

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

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Versicherungen ohne Namensangabe

1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, uns innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
Sind mehrere Personengruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

2 Versicherungen mit Namensangabe

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

3 Vertragsdauer

(Zusatz zu Ziffer 11 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000))

3.1 Wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch Mitteilung Ihnen gegenüber beenden, wenn wir nach einem Unfall eine Leistung für sie erbracht haben oder gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss Ihnen innerhalb eines Monats nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

3.3 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

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

Besondere Bedingungen für den Direktanspruch der versicherten Person

Abweichend von Ziffer 13.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) gilt:

1 Die versicherten Personen können Ansprüche auf Leistung aus der Unfallversicherung ohne Zustimmung der Versicherungsnehmerin direkt beim Versicherer geltend machen. Der Versicherer leistet direkt an die versicherte Person.

2 Die Versicherungsnehmerin informiert jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrags bestehenden Versicherungsschutz und über den vereinbarten Direktanspruch.

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle

Auf der Grundlage der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) bieten wir Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle. Ziffer 6.2 HM-AUB 2000 gilt nicht.

1 Voraussetzungen für die Leistungen:

1.1 Die versicherte Person steht in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis und ist
- gesetzlich oder freiwillig durch eine gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder
- nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle versichert.

1.2 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung.

1.3 Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

2 Ausgeschlossene Unfälle:

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle beim Sport, den die versicherte Person gegen Entgelt betreibt.

3 Änderung der Voraussetzung für die Leistungen:

3.1 Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen für länger als zwei Monate fort, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Ab Fortfall der Voraussetzung hat die versicherte Person zum bisherigen Beitrag für zwei Monate Versicherungsschutz für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Nach Ablauf dieser zwei Monate bleibt der erweiterte Versicherungsschutz bestehen. Es vermindern sich jedoch die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag nach dem dann gültigen Tarif.

3.2 Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 1.1 dieser Bedingungen wieder vor, führen wir auf Ihren Wunsch den Vertrag als Unfallversicherung gegen außerberufliche Unfälle mit dem bisherigen Beitrag bei entsprechend erhöhten Versicherungssummen weiter.

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

Besondere Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit für Arbeitnehmer

1 Der Versicherungsschutz

1.1 Was ist versichert?

1.1.1 Sofern vereinbart, übernehmen wir bei Ihrer unfreiwilligen Arbeitslosigkeit für Ihren Vertrag bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG die Beitragszahlung. Das gilt auch für den Fall, dass Sie nach Beginn der Arbeitslosigkeit erkranken.

1.1.2 Die Beitragsbefreiung wird - auch bei wiederholter Arbeitslosigkeit - höchstens für insgesamt 24 Monate gewährt. Eine erneute Beitragsbefreiung für wiederum 24 Monate erfolgt erst, wenn Sie zwischen Beendigung der letzten und Eintritt der erneuten Arbeitslosigkeit 24 Monate ununterbrochen in einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis gestanden haben.

1.2 Wann sind Sie versichert?

1.2.1 Eintrittsalter:

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie bei Antragstellung mindestens 25 Jahre alt sind und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

1.2.2 Beschäftigungszeitraum für Arbeitnehmer:

Befinden Sie sich in einem abhängigen Beschäftigungsverhältnis, müssen Sie vor Eintritt der Arbeitslosigkeit

- in einem unbefristeten und ungekündigten Beschäftigungsverhältnis

- mindestens 24 Monate lang ununterbrochen und mindestens 15 Stunden pro Woche sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein.

1.2.3 Natürliche Personen, mehrere Versicherungsnehmer, Mitversicherte:

Es sind nur natürliche Personen versichert. Sind mehrere Versicherungsnehmer benannt, so gilt die Beitragsbefreiung für den Erstgenannten. Sind Mitversicherte Ihnen als Versicherungsnehmer gleichgestellt, gilt die Gleichstellung nicht für diese Zusatzvereinbarung.

1.3 Wann besteht unfreiwillige Arbeitslosigkeit?

Sie sind unfreiwillig arbeitslos, wenn Sie aus einem unbefristeten Beschäftigungsverhältnis heraus während der Dauer des Versicherungsschutzes unverschuldet arbeitslos werden und nicht gegen Entgelt tätig sind. Ihre Arbeitslosigkeit ist unverschuldet, wenn sie Folge einer Kündigung des Arbeitgebers ist, für die Sie weder durch vorsätzliches noch grob fahrlässiges Verhalten Anlass gegeben haben. Außerdem ist Ihre Arbeitslosigkeit in den Fällen einer einvernehmlichen Aufhebung des Beschäftigungsverhältnisses, entweder im Rahmen der vergleichweisen Erledigung eines Kündigungsschutzprozesses oder zur Abwendung einer Kündigung, unverschuldet. Während der Arbeitslosigkeit müssen Sie aktiv Arbeit suchen.

1.4 Was ist ausgeschlossen?

War bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit dem Arbeitsverhältnis rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen, so besteht kein Anspruch auf Beitragsbefreiung.

1.5 Wo besteht Versicherungsschutz?

Ihr Wohnsitz oder dauernder Aufenthalt muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen, und die unfreiwillige Arbeitslosigkeit muss in Deutschland festgestellt und laufend überprüft werden können.

1.6 Gibt es Wartezeiten?

Sind die Leistungsvoraussetzungen erfüllt, so stellen wir Sie unmittelbar nach Eintritt Ihrer ersten Arbeitslosigkeit von den Beiträgen frei. Eine Wartezeit besteht nicht.

2 Die Versicherungsdauer

2.1 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

2.1.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Er endet mit dem Vertrag, für den die Beitragsbefreiung vereinbart wurde.

2.1.2 Der Versicherungsschutz endet gleichfalls zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem Sie das 55. Lebensjahr vollendet haben. Der Vertrag, für den die Beitragsbefreiung vereinbart wurde, bleibt hiervon unberührt, ein Kündigungsrecht wird hierdurch nicht begründet.

2.1.3 Der Versicherungsschutz endet mit Ihrem Tod.

2.2 Kann die Beitragsbefreiung selbstständig gekündigt werden?

Die Beitragsbefreiung kann sowohl von Ihnen als auch von uns unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ende des laufenden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Machen wir von unserem Kündigungsrecht Gebrauch, können Sie den Vertrag, für den die Beitragsbefreiung vereinbart wurde, innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Erklärung zum gleichen Zeitpunkt kündigen.

3 Der Versicherungsfall (unfreiwillige Arbeitslosigkeit)

3.1 Welche Obliegenheiten haben Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles?

3.1.1 Den Eintritt des Versicherungsfalles (Arbeitslosigkeit) haben Sie uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen.

- 3.1.2** Zum Nachweis der Arbeitslosigkeit sind uns geeignete Unterlagen einzureichen. Hierzu zählen beispielsweise der Nachweis, dass die Voraussetzungen nach Ziffer 1.3 vorgelegen haben, ferner die Meldung beim Arbeitsamt als arbeitslos sowie der Nachweis über aktive Bemühungen um Arbeit.
- 3.1.3** Im Falle einer Krankheit ist zusätzlich ein ärztliches Attest einzureichen.
- 3.1.4** Wir sind berechtigt, unsere Verpflichtung zur Beitragsübernahme nachzuprüfen. Insbesondere können wir Bescheinigungen von Behörden, Arbeitgebern und Ärzten verlangen.
- 3.1.5** Nehmen Sie eine neue Tätigkeit im Sinne dieser Vereinbarung auf, so haben Sie uns dies unverzüglich anzuzeigen.
- 3.2 Welche Obliegenheitsverletzungen führen zum Wegfall der Beitragsbefreiung?**
Verletzen Sie eine der in Ziffer 3.1 genannten Obliegenheiten vorsätzlich oder grob fahrlässig, sind wir von unserer Verpflichtung zur Beitragsbefreiung frei, wenn die Verletzung Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Beitragsbefreiung hatte.
- 3.3 Wann müssen Sie mit Beitragsnachzahlungen rechnen?**
Stellt sich heraus, dass wir nicht zur Beitragsübernahme verpflichtet waren, behalten wir uns vor, die noch ausstehenden Beiträge nachzufordern.

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

Besondere Bedingungen für die „Vital“-Unfallversicherung (BB Vital)

Sie haben mit uns eine „Vital“-Unfallversicherung vereinbart. Die vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) werden wie folgt ergänzt:

- 1 Oberschenkelhalsbruch**
In Ergänzung von Ziffer 1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) gilt als Unfall auch, wenn die versicherte Person - unabhängig von der Ursache - einen Oberschenkelhalsbruch erleidet. Ein Oberschenkelhalsbruch in diesem Sinne ist jede hüftgelenknahe Oberschenkelfraktur. Die Regelungen der Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) finden hierfür keine Anwendung.
- 2 Invaliditätsleistung**
Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistung vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) ermittelt.
- 2.1** Ziffer 2.1 HM-AUB 2000 wird wie folgt ergänzt: Wir zahlen die dreifache Invaliditätsleistung, wenn der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 75 Prozent führt. Die gesamte Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf EUR 400.000 beschränkt.
- 2.2** Bestehen für die versicherte Person bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, so gilt der in Ziffer 2.1 genannte Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.
- 3 Unfall-Rente**
Wenn Sie mit uns eine Unfallversicherung mit der Leistungsart „Unfall-Rente“ gemäß Ziffer 2.2 HM-AUB 2000 vereinbart haben, gilt Folgendes:
- 3.1** Führt ein Unfall nach Ziffer 2.2.1 HM-AUB 2000 zu einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent, verdoppelt sich die zu zahlende Unfall-Rente. Dies gilt abweichend von Ziffer 2.2.2.2 HM-AUB 2000 auch für Unfälle, die sich nach Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet haben.
- 3.2** Die durch die Verdoppelung entstehende Mehrleistung der Unfall-Rente wird für jede versicherte Person auf höchstens EUR 2.000 beschränkt.
- 3.3** Bestehen für die versicherte Person bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, so gilt der in Ziffer 3.2 genannte Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.
- 4 Zuschuss Krankenhausaufenthalt**
Wenn Sie mit uns eine Unfallversicherung mit der Leistungsart „Zuschuss Krankenhausaufenthalt“ vereinbart haben, leisten wir ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) Folgendes:
- 4.1** Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person einen Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach der Ziffer 2.5.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) hat.
- 4.2** Wir leisten einen Betrag in Höhe und längstens für die Dauer der in der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhausaufenthalte jeweils geltenden Selbstbeteiligung.
- 4.3** Die Höhe des Zuschusses ist pro Kalenderjahr auf die in dem Versicherungsschein angegebene Versicherungssumme begrenzt.

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

Besondere Bedingungen für die „Vital“-Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag jährlich angepasst werden.

- 1** Wir erhöhen die Versicherungssummen der Invaliditätsleistung, der Unfall-Rente, des Krankenhaus-Tagegeldes sowie der Todesfallleistung bis zum Schluss des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens jedoch um sechs Prozent. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder mit ihm übereinstimmt.
- 2** Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle EUR 500
- für die Unfall-Rente auf volle EUR 25
- Krankenhaus-Tagegeld auf volle EUR 0,50
- 3** Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4** Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- 5** Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung.
Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6** Sie und wir können diese Zuwachsvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrags widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres erfolgen.

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

Besondere Bedingungen „Zeckenbiss, Herzinfarkt, Schlaganfall“

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart. Die vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) werden wie folgt ergänzt:

- 1 Infektionen durch Zeckenbiss**
In Ergänzung von Ziffer 5.2.4.2 HM-AUB 2000 besteht auch Versicherungsschutz für die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (Hirn- und Hirnhautentzündung) oder Borreliose, wenn die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen des Versicherungsschutzes ausbricht.
Für die durch Zeckenbiss übertragenen genannten Infektionskrankheiten beginnen die in Ziffer 2 HM-AUB 2000 genannten Fristen nicht mit dem Unfalltag (Zeckenbiss), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.
In Abänderung der Ziffer 9.3 HM-AUB 2000 kann vor Abschluss des Heilverfahrens eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres seit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt (statt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall) nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallleistung beansprucht werden.
In Abänderung der Ziffer 9.4 HM-AUB 2000 sind Sie und wir berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt (statt bis zu drei Jahre nach dem Unfall), erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1 HM-AUB 2000,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist
ausgeübt werden.
- 2 Unfall durch Herzinfarkt oder Schlaganfall**
In Ergänzung von Ziffer 5.1.1 HM-AUB 2000 besteht Versicherungsschutz, wenn ein Unfall durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall der versicherten Person verursacht wurde.

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

Wenn Sie den Unfall-Mobilitäts-Service nach einem Unfall benötigen, rufen Sie unsere Mitarbeiter an:
Telefon: 01803 / 33 44 33 (9 Ct./Min., abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Unfall-Mobilitäts-Service, die Erstattung von Umzugs- oder Haus-Umbau-Kosten sowie die Erstattung von Auto-Umbau-Kosten (BB Aktivität)

Inhaltsübersicht:

1	Versicherung von Unfall-Mobilitäts-Service
1.1	Was ist versichert?
1.2	Wann und in welchem Umfang erhalten Sie den Unfall-Mobilitäts-Service?
1.3	Welche Leistungen sind versichert?
1.4	Höhe und Dauer der Leistungen
1.5	Wann sind die Leistungen fällig?
1.6	Rechtsverhältnis der versicherten Person zum Dienstleister
2	Erstattung von Umzugs- oder Haus-Umbau-Kosten
2.1	Was ist versichert?
2.2	Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Erstattung von Umzugs- und Haus-Umbau-Kosten?
3	Erstattung von Auto-Umbau-Kosten
3.1	Was ist versichert?
3.2	Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Erstattung von Auto-Umbau-Kosten?
4	Bergungskosten
5	In welchen Fällen kann der Beitrag neu festgesetzt werden?
6	Mehrfachversicherung

1 Versicherung von Unfall-Mobilitäts-Service

1.1 Was ist versichert?

1.1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Verletzung, erbringen wir als Versicherer ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs den Unfall-Mobilitäts-Service. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

1.1.2 Unseren Unfall-Mobilitäts-Service erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

1.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie den Unfall-Mobilitäts-Service?

1.2.1 Voraussetzungen der Leistungen

1.2.1.1 Ein Unfall hat bei der versicherten Person aus medizinischen Gründen zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung von mindestens 14 Tagen oder zu mindestens einer der nachstehenden Verletzungen geführt:

- Splitter- und Schnittverletzung im Auge,
- Hand- oder Armbruch (ohne Fingerbruch),
- Fuß- oder Beinbruch (ohne Zehenbruch),
- Schlüsselbeinbruch,
- Bänderriss im Knie oder Sprunggelenk.

1.2.1.2 Die versicherte Person bedarf bei der Fortbewegung außer Haus der Hilfe in Form eines Fahrdienstes.

1.2.1.3 Den Unfall-Mobilitäts-Service erbringen wir nur für einen begrenzten Zeitraum (Ziffern 1.4.3 und 1.4.4). Sie sollten deshalb Ihre Leistungsansprüche unverzüglich nach Maßgabe von Ziffern 1.5.1 und 1.5.3 bei uns geltend machen.

1.2.2 Auswirkungen von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Verletzung mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 HM-AUB 2000 unseren Unfall-Mobilitäts-Service nicht ein.

1.3 Welche Leistungen sind versichert?

1.3.1 Erstgespräch

Wir stellen im Erstgespräch den jeweiligen Bedarf der nachfolgenden Leistungen fest und informieren die versicherte Person über die Art und die Durchführung des Unfall-Mobilitäts-Service.

1.3.2 Fahrt nach Krankenhausentlassung / ambulanter Behandlung

Wir übernehmen nach einer stationären oder ambulanten Erstbehandlung die Organisation und Durchführung des Rücktransportes der versicherten Person vom Ort der Behandlung zu ihrem ständigen Wohnsitz.

1.3.3 Fahrt zur Krankengymnastik, Reha-Maßnahme und ambulanten Weiterbehandlung

Wir übernehmen die Organisation und Durchführung des Transportes der versicherten Person von ihrem ständigen Wohnsitz zur Krankengymnastik, zu Reha-Maßnahmen und zur ambulanten Weiterbehandlung und zurück.

1.3.4 Fahrt zum Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalt

Wir übernehmen einmalig die Organisation und Durchführung des Transportes der versicherten Person von ihrem ständigen Wohnsitz zum Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalt und zurück.

1.3.5 Zubringdienst für eine Urlaubsfahrt

Wir übernehmen für eine Urlaubsfahrt einmalig die Organisation und Durchführung des Transportes der versicherten Person von ihrem ständigen Wohnsitz zum örtlichen Bahnhof, Flughafen, Hafen oder Busbahnhof und zurück, wenn die Reise vor Eintritt des Unfalls gebucht wurde.

1.3.6 Fahrten zu ehrenamtlichen Tätigkeiten

Wir übernehmen die Organisation und Durchführung der Fahrten für die versicherte Person von ihrem ständigen Wohnsitz zu ehrenamtlichen Tätigkeiten und zurück.

1.3.7 Fahrten zur Arbeitsstelle

Wir übernehmen die Organisation und Durchführung der Fahrten für die versicherte Person von ihrem ständigen Wohnsitz zur Arbeitsstelle und zurück.

1.3.8 Fahrten zu geplanten gesellschaftlichen oder familiären Veranstaltungen sowie anlässlich von gesetzlichen Feiertagen

Wir übernehmen die Organisation und Durchführung der Fahrten für die versicherte Person von ihrem ständigen Wohnsitz zu geplanten gesellschaftlichen oder familiären Veranstaltungen und zurück. Hierzu gehören:

- Fahrten zu Familienfeiern,
- Fahrten zu Jubiläumsveranstaltungen,
- Fahrten zu Kulturveranstaltungen,
- Fahrten zu Sportveranstaltungen,
- Fahrten anlässlich gesetzlicher Feiertage.

Die Fahrt bzw. Reise muss vor Eintritt des Unfalls nachvollziehbar gebucht bzw. geplant worden sein.

1.4 Höhe und Dauer der Leistungen

1.4.1 Der Aufwand für die Leistungen insgesamt aller in Ziffer 1.3 aufgeführten Dienste beträgt höchstens EUR 2.500.

1.4.2 Sind durch denselben Unfall mehrere der in Ziffer 1.2.1.1 aufgeführten Verletzungen entstanden oder Krankenhausaufenthalte erforderlich geworden, gelten diese als ein den Leistungsfall auslösendes Ereignis.

- 1.4.3** Wir erbringen die Leistungen aus dem Unfall-Mobilitäts-Service gemäß Ziffer 1.3 bis zu drei Monaten, vom Unfalltag an gerechnet. Tage der vollstationären Behandlung innerhalb dieses Zeitraums verlängern ihn entsprechend.
- 1.4.4** Wenn und insoweit einzelne Leistungen von dritter Stelle (z.B. gesetzlicher oder privater Krankenversicherer) erbracht werden, entfällt oder endet unsere Leistungspflicht für diese entsprechenden Leistungen.
- 1.5** **Wann sind die Leistungen fällig?**
- 1.5.1** Haben Sie oder die versicherte Person uns schlüssig den Unfallhergang und die unfallbedingte Gesundheitsschädigung durch Vorlage eines ärztlichen Attestes dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Leistungen nach Ziffer 1.3 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Leistungen über einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht werden.
- 1.5.2** Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grunde oder dem Umfang nach nicht (mehr) bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden sie dem individuellen Bedarf angepasst.
- 1.5.3** Die Leistungen müssen mindestens 24 Stunden vor der Leistungserbringung abgerufen werden.
- 1.6** **Rechtsverhältnis der versicherten Person zum Dienstleister**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.
- 2** **Erstattung von Umzugs- oder Haus-Umbau-Kosten**
- 2.1** **Was ist versichert?**
Ist durch die unfallbedingte Invalidität der versicherten Person entweder ein Wohnungswechsel in eine behindertengerechte Wohnung notwendig geworden oder das eigene Haus / die eigene Wohnung muss behindertengerecht umgebaut werden, erbringen wir nachstehend beschriebene Leistung.
- 2.2** **Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Erstattung von Umzugs- und Haus-Umbau-Kosten?**
- 2.2.1** **Voraussetzung für die Leistung**
- Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) gegeben.
 - Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 HM-AUB 2000 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.
- 2.2.2** **Umfang und Höhe der Leistung**
Wir erstatten Ihnen einmalig die Transportkosten für den Umzug oder die Kosten für den Haus- oder Wohnungsumbau. Diese Kosten werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 3** **Erstattung von Auto-Umbau-Kosten**
- 3.1** **Was ist versichert?**
Ist durch die unfallbedingte Invalidität der versicherten Person ein Umbau eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Auto notwendig geworden, erbringen wir nachstehend beschriebene Leistung.
- 3.2** **Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Erstattung von Auto-Umbau-Kosten?**
- 3.2.1** **Voraussetzung für die Leistung**
- Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) gegeben.
 - Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 HM-AUB 2000 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.
- 3.2.2** **Umfang und Höhe der Leistung**
Wir erstatten Ihnen einmalig die Kosten für den Umbau eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Auto. Diese Kosten werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 4** **Bergungskosten**
Sie haben mit uns die Absicherung von Bergungskosten vereinbart. Ziffer 2.11 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) wird nach Maßgabe der folgenden Regelungen ergänzt:
- 4.1** Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt, der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.
- 4.2** Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person. Die Unterbringungskosten sind je Übernachtung und Person auf EUR 50 begrenzt.
- 4.3** Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten – für die Bestattung im Ausland – oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 5** **In welchen Fällen kann der Beitrag neu festgesetzt werden?**
Wir sind berechtigt, den Beitrag für das Assistance-Paket „Aktivität“ (Leistungen gemäß dieser BB Aktivität) neu festzusetzen, wenn sich gegenüber den Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt, und diese Veränderung als nicht vorübergehend anzusehen ist. Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn sie erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der genannten Leistungen zu gewähren. Der Beitrag wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres neu festgesetzt.
Bei Erhöhung des Beitrags können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, das Assistance-Paket „Aktivität“ kündigen.
- 6** **Mehrfachversicherung**
Bestehen für den Versicherten bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen gemäß dieser Besonderen Bedingungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

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

Wenn Sie die Hilfe- und Pflegeleistungen nach einem Unfall benötigen, rufen Sie unsere Mitarbeiter an:
Telefon: 01803 / 33 44 33 (9 Ct./Min., abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfe- und Pflegeleistungen sowie die Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch (BB Soforthilfe)

Inhaltsübersicht:

1 Versicherung von Hilfe- und Pflegeleistungen

- 1.1 Was ist versichert?
- 1.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfe- und Pflegeleistungen?
- 1.3 Welche Leistungen sind versichert?
- 1.4 Dauer der Leistungen und Verhältnis zur gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung
- 1.5 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners/Verwandten 1. Grades
- 1.6 Wann sind die Hilfe- und Pflegeleistungen fällig?
- 1.7 Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Obliegenheiten)
- 1.8 Rechtsverhältnis der versicherten Person zum Dienstleister

2 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch

- 2.1 Was ist versichert?
- 2.2 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch?

3 In welchen Fällen kann der Beitrag neu festgesetzt werden?

4 Mehrfachversicherung

1 Versicherung von Hilfe- und Pflegeleistungen

1.1 Was ist versichert?

1.1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir als Versicherer ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs Hilfe- und Pflegeleistungen. Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

1.1.2 Unsere Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen wir ausschließlich in Deutschland.

1.2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Hilfe- und Pflegeleistungen?

1.2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

1.2.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Sie bedarf daher für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe (Hilfsbedürftigkeit).

1.2.1.2 Hilfe- und Pflegeleistungen erbringen wir für einen bestimmten - begrenzten - Zeitraum (Ziffer 1.4). Sie sollten deshalb diese Leistungen unverzüglich nach Eintritt der Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person (Ziffer 1.2.1.1) nach Maßgabe von Ziffern 1.6.1 und 1.6.3 bei uns geltend machen.

1.2.2 Umfang der Leistungen

Wir ermitteln den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen aus Art und Umfang der Hilfsbedürftigkeit. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 1.3 aufgeführten Leistungen.

1.2.3 Auswirkungen von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis verursachten Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 HM-AUB 2000 unsere Hilfe- und Pflegeleistungen nicht ein.

1.3 Welche Leistungen sind versichert?

1.3.1 Erstgespräch

Wir stellen im Erstgespräch den jeweiligen Bedarf der Hilfe- und Pflegeleistungen fest und informieren die versicherte Person über die Art und die Durchführung der Hilfeleistungen.

1.3.2 Menüservice

Wir versorgen die versicherte Person täglich mit einem Mittagmenü (auch als Diät- oder Schonkost) aus dem Angebot des Dienstleisters. Ein Mittagmenü erhalten ebenfalls die Personen, die als Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades (Eltern/Kinder) in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person zusammenleben und bis zum Unfall von dieser versorgt wurden.

1.3.3 Einkäufe und Besorgungen

Wir kaufen für die versicherte Person zweimal wöchentlich bis zu zwei Stunden Waren des täglichen Bedarfs ein und erledigen notwendige Besorgungen. Anfallen-

de Gebühren und die Kosten für die eingekauften Waren sowie für die Reinigung übernehmen wir nicht.

Zu den Einkäufen und Besorgungen zählen auch:

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
- die Abholung von Rezepten,
- das Bringen/Abholen von Wäsche bei einer Reinigung,
- die Beschaffung von Medikamenten,
- die Unterbringung der eingekauften Lebensmittel,
- die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln.

1.3.4 Begleitung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person zu notwendigen Arzt-, Therapie- und Behördenterminen bis zu zweimal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 25 km von ihrem ständigen Aufenthaltsort.

1.3.5 Wohnungsreinigung

Wir reinigen den Wohnbereich der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich vier Stunden begrenzt. Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

1.3.6 Wäscheservice

Wir waschen, trocknen und bügeln die Wäsche der versicherten Person bis zu einmal wöchentlich. Der zeitliche Aufwand ist auf wöchentlich fünf Stunden begrenzt. Zu dieser Leistung gehören auch das Sortieren und Einräumen der Wäsche sowie die Schuhpflege.

1.3.7 Hausnotruf

Soweit die technischen Voraussetzungen vorhanden sind, installieren wir in der Wohnung der versicherten Person eine Hausnotrufanlage inklusive Funkfinger, über die eine Rufzentrale 24 Stunden am Tag erreichbar ist.

1.3.8 Vermittlung einer Tierbetreuung

Wir vermitteln auf Wunsch einmalig eine Betreuung von Haustieren. Die Kosten des Tiertransportes zur und von der Betreuungsstätte und der Betreuung selbst werden von uns nicht übernommen.

1.3.9 Pflegeleistungen

Die versicherte Person erhält von uns bis zu 21 Stunden wöchentlich eine Grundpflege. Zur Grundpflege gehören Körperpflege, An- und Auskleiden, Lagern und Betten, die Hilfe bei der Nahrungszubereitung und Nahrungsaufnahme, Hilfe beim Gang zur Toilette sowie Hilfe bei der Durchführung von Gymnastikübungen.

1.3.10 Pflegeberatung

Wir informieren zur gesetzlichen Pflegeversicherung und beraten bei der Auswahl und Anschaffung von notwendigen Hilfsmitteln.

- 1.3.11 Pflegeschulung für Angehörige**
Wir schulen einen pflegenden Angehörigen für die Durchführung der täglichen Pflegetätigkeiten. Es handelt sich bei dieser Leistung um eine einmalige Schulungsmaßnahme.
- 1.3.12 Tag- und Nachtwache nach Krankenhausentlassung / ambulanter Operation**
Wir sorgen unmittelbar nach einem Krankenhausaufenthalt / einer ambulanten Operation für eine bis zu 48 Stunden andauernde Beaufsichtigung der versicherten Person.
- 1.3.13 Vermittlung einer Beratung bei Umbau von Haus/Wohnung bzw. Kraftfahrzeug**
Wir vermitteln einmalig eine Beratung bei Umbau des Hauses, der Wohnung bzw. des Kraftfahrzeugs. Die Kosten für die Beratung selbst sowie von etwaigen Umbaumaßnahmen werden von uns nicht übernommen.
- 1.4 Dauer der Leistungen und Verhältnis zur gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung**
- 1.4.1** Wir erbringen die Hilfe- und Pflegeleistungen, solange die Voraussetzungen nach Ziffer 1.2.1.1 erfüllt sind, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten, vom Unfalltag an gerechnet. Tage der vollstationären Behandlung innerhalb dieses Zeitraums verlängern ihn entsprechend.
- 1.4.2** Was passiert nach Anerkennung einer Pflegestufe ?
Wenn und insoweit einzelne Leistungen im Rahmen der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung erbracht werden, endet unsere Leistungspflicht für diese entsprechenden Leistungen.
Einen Auszug aus dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit finden Sie im Anschluss an die HM-AUB 2000.
- 1.5 Hilfe und Pflege eines pflegebedürftigen Partners / Verwandten 1. Grades**
- 1.5.1** Voraussetzungen und Umfang der Leistung
Wir erbringen die Hilfe- und Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 1.3 auch für Ehe-, Lebenspartner und Verwandte 1. Grades der versicherten Person, soweit die versicherte Person sie gepflegt hat und wegen des Unfalls hierzu nicht mehr in der Lage ist.
Hierzu müssen folgende Voraussetzungen für die zu pflegende Person vorliegen:
- Sie lebt in häuslicher Gemeinschaft mit der versicherten Person.
- Für sie wurde eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt.
- 1.5.2** Dauer der Leistung
- 1.5.2.1** Wir erbringen die Leistungen nach Ziffer 1.3 ergänzend zu den Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung, solange die versicherte Person die Voraussetzungen nach Ziffer 1.5.1 erfüllt.
- 1.5.2.2** Wird für die versicherte Person eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt, enden unsere Leistungen nach Ziffer 1.5.1 vier Wochen nach der Anerkennung. Dies gilt auch bei Tod der versicherten Person.
- 1.5.2.3** Unsere Leistungen nach Ziffer 1.5.1 enden spätestens sechs Monate nach dem Unfall der versicherten Person.
- 1.6 Wann sind die Hilfe- und Pflegeleistungen fällig?**
- 1.6.1** Haben Sie oder die versicherte Person uns schlüssig den Unfallhergang und die unfallbedingte Gesundheitsschädigung sowie die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit durch Vorlage eines ärztlichen Attestes dargelegt, wird der individuelle Bedarf an Hilfe- und Pflegeleistungen nach Ziffern 1.3 und 1.5 unverzüglich festgestellt und erklärt, ob und welche Hilfe- und Pflegeleistungen über einen von uns beauftragten Dienstleister erbracht werden.
- 1.6.2** Die Feststellung und die Erklärung sind vorläufig. Ergibt sich nachträglich, dass die Voraussetzungen für die Leistungen dem Grunde oder dem Umfang nach nicht (mehr) bestehen, so enden die Leistungen bzw. werden sie dem individuellen Bedarf angepasst.
- 1.6.3** Die Leistungen müssen mindestens 24 Stunden vor der Leistungserbringung abgerufen werden.
- 1.7 Was ist nach einem Unfall zu beachten? (Obliegenheiten)**
Ergänzend zu Ziffer 7 HM-AUB 2000 gelten folgende Obliegenheiten:
- 1.7.1** Zu Beginn der Leistungserbringung sind wir über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person umfassend zu informieren. Auch während der Leistungserbringung sind uns Veränderungen des Gesundheitszustands mitzuteilen. Dies gilt auch für die Personen, die gemäß Ziffer 1.5 unsere Leistungen erhalten.
- 1.7.2** Nach einem Unfall der versicherten Person, der zu einer Pflegebedürftigkeit im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung führen kann, sind beim zuständigen Versicherungsträger Leistungen unverzüglich zu beantragen.
- 1.7.3** Die Anerkennung einer Pflegestufe sowie der Bezug von Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung sind uns unverzüglich anzuzeigen.
- 1.7.4** Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, gilt Ziffer 8 HM-AUB 2000 entsprechend.
- 1.8 Rechtsverhältnis der versicherte Person zum Dienstleister**
Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.
Kosten für von Ihnen oder der versicherten Person in Auftrag gegebene Dienstleistungen werden von uns nicht getragen.
- 2 Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch**
- 2.1 Was ist versichert?**
Wir erbringen ergänzend zu Ziffer 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000) im Rahmen des nachstehend beschriebenen Umfangs eine Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch.
- 2.2 Wann und in welcher Höhe erhalten Sie eine Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch?**
- 2.2.1 Voraussetzung für die Leistung**
Die versicherte Person erleidet - unabhängig von der Ursache - eine Oberschenkelhalsfraktur.
- 2.2.2 Höhe der Leistung**
Die Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 3 In welchen Fällen kann der Beitrag neu festgesetzt werden?**
Wir sind berechtigt, den Beitrag für das Assistance-Paket „Soforthilfe“ (Leistungen gemäß dieser BB Soforthilfe) neu festzusetzen, wenn sich gegenüber den Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag eine Veränderung des Bedarfs für die Erfüllbarkeit der Leistungen ergibt, und diese Veränderung als nicht vorübergehend anzusehen ist. Die Neufestsetzung ist nur zulässig, wenn sie erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der genannten Leistungen zu gewähren. Der Beitrag für das Assistance-Paket „Soforthilfe“ wird dann entsprechend den berichtigten Berechnungsgrundlagen zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres neu festgesetzt.
Bei Erhöhung des Beitrags können Sie innerhalb eines Monats nach Eingang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, das Assistance-Paket „Soforthilfe“ kündigen.
- 4 Mehrfachversicherung**
Bestehen für den Versicherten bei der Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können die Leistungen gemäß dieser Besonderen Bedingungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Anhang zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000)

Berufsgruppenverzeichnis gem. Ziffer 6.2.1 HM-AUB 2000

- 1 Der Beruf / die Tätigkeit und das Geschlecht der zu versichernden Person bestimmen die Gefahrengruppe.**
- Männer werden nach Beruf / Tätigkeit - ohne Rücksicht ob selbstständig, angestellt oder beamtet - in Gefahrengruppe „A“ oder „B“ eingestuft.
 - Frauen** werden ohne Rücksicht auf den Beruf in **Gefahrengruppe „F“** eingeordnet (Ausnahme siehe Ziffer 4).
 - Bei Sonderrisiken (siehe u. a. Ziffer 4) ist nur der Beruf / die Tätigkeit ausschlaggebend.
 - Für Kinder, die bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres über unseren Kindertarif versichert sind, erfolgt bis zur nächsten Hauptfälligkeit keine Zuordnung zu einer Gefahrengruppe. Für die Fortsetzung einer Kinder-Unfallversicherung nach der Vollendung des 18. Lebensjahres siehe u. a. Ziffer 5.
 - Die Ausübung des Pflichtwehr- bzw. Zivildienstes ändert eine bestehende Gefahrengruppe nicht.
- 2 Gefahrengruppe „A“:**
- Die Gefahrengruppe umfasst alle Berufe/Tätigkeiten, die **ausnahmslos ohne** handwerkliche oder körperliche Arbeit ausgeübt werden und die deshalb keiner besonderen Gefährdung ausgesetzt sind. Personen ohne Beruf oder ohne Tätigkeit, Arbeitssuchende ohne Geringverdienst, Schüler, Studenten, Hausmänner, Rentner, Pensionäre sind immer in „A“ einzustufen. Darüber hinaus:
- Alle kaufmännischen Berufe**, z.B. Manager, Unternehmer, Geschäftsführer, Kaufleute, Vertreter, Vermittler (z.B. für Banken, Versicherungen), Angestellte der freien Wirtschaft, Kirche oder in technischen Berufen, Ein- und Verkäufer, Disponenten, Informatiker, EDV-Fachleute.
 - Geistes-, Natur-, Kunst-, Wirtschaftswissenschaftler**, z.B. Pädagogen, Physiker, Mathematiker, Juristen, Pastoren, Volks- und Betriebswirte, Ökologen, Ökonomen.
 - Darstellende Berufe**, z.B. Kunstmaler, Musiker, Schriftsteller, Schauspieler, Goldschmied.
 - Handwerkliche Berufe**, bei denen ausschließlich Aufsicht geführt wird oder Anweisungen erteilt werden, z.B. Oberkellner, Meister in Industrie und Handwerk, Friseur, Kosmetiker.
 - Gesundheitswesen**, z.B. Ärzte (in Ausbildung, Assistenz, Oberärzte), Pfleger, Masseur, Bademeister.
 - Öffentlicher Dienst**, z.B. Angestellter, Beamter mit Verwaltungsaufgaben.
 - Verkehr**, z.B. Schaffner.
- Wenn handwerkliche oder körperliche Tätigkeiten gelegentlich ausgeübt werden, dann erfolgt die Einstufung nach Gefahrengruppe „B“.

- 3 Gefahrengruppe „B“:**
- Die Gefahrengruppe umfasst alle Berufe / Tätigkeiten, die **unter anderem auch** mit handwerklicher oder körperlicher Arbeit ausgeübt werden oder bei denen mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen, explosiven, brennbaren oder radioaktiven Stoffen, Gasen, Laugen, Säuren, Chemikalien oder biologisch aktiven Materialien umgegangen bzw. gearbeitet wird und die somit einer besonderen Gefährdung ausgesetzt sind.
- Verarbeitung und Produktion**, z.B. Baggerätführer, Bauarbeiter, Betonbauer, Straßenbauer, Tiefbauarbeiter, Dachdecker, Fliesenleger, Gerüstbauer, Klempner, Schlosser, Maurer, Maler, Monteur, Anstreicher, Lackierer, Kfz-Mechaniker, Kfz-Schlosser, Kfz-Elektriker, Zimmerer, Elektriker, Schweißer, Schreiner, Installateur, Pfisterer, Metallarbeiter, Maschinenschlosser, Tischler, Werkzeugmacher, Produktionsarbeiter, Techniker, Metallbauer, Heizungs- / Lüftungsbauer, Montagearbeiter, Dreher, Zerspaner, Zahntechniker, Industriearbeiter.
 - Nahrung- und Genussmittel**, z.B. Bäcker, Fleischer, Brauer.
 - Öffentlicher Dienst**, z.B. alle Tätigkeiten im Truppen-, Einsatz-, Polizei- oder Vollzugsdienst bei den Hoheitskräften der Bundesrepublik Deutschland, der Länder, Gemeinden und Kommunen, der Justiz und der Feuerwehr.
 - Gastronomie**, z.B. Kantinen- und Gastwirte, Kellner, Oberkellner bedienend, Köche, Servicepersonal, Küchenhilfe.
 - Dienstleistung**, z.B., Hausmeister, Pflegedienstmitarbeiter.
 - Land- / Forstwirtschaft**, z.B. Land- / Forstwirt, Knecht, Förster, Jäger, Holzfäller, Gärtner, Landschaftspfleger, Winzer, Tierpfleger, Züchter.
 - Verkehr**, z.B. Fahrlehrer, Chauffeur, Kraftfahrer, Busfahrer, Lokführer, alle Berufe im maritimen Bereich.
- 4 Sonderrisiken:**
- Unabhängig vom Geschlecht sind Personen mit besonders gefährdeten Berufen / Tätigkeiten erst nach Prüfung und Entscheidung des Einzelfalls versicherbar. Der Unfallschutz kann nur mit individuellen, dem Einzelfall entsprechenden, vertraglich vereinbarten Klauseln angeboten werden. Sonderrisiken sind Artisten, Stundtarbeiter, Dompteure, Berufs-, Vertrags- oder Lizenzsportler, Munition- oder Minensuch- und / oder Räumtruppen und Sprengpersonal, Rennfahrer, Figuranten, Piloten, beruflich fliegendes Personal.
- 5 Fortsetzung der Kinder-Unfallversicherung:**
- Soll die Kinder-Unfallversicherung nach Vollendung des 18. Lebensjahres gemäß Ziffer 6.1.1 HM-AUB 2000 / HM-AUB 2008 mit reduzierten Versicherungssummen fortgeführt werden, dann berechnen wir die Summen nach dem Erwachsenenbeitrag. Für Frauen legen wir Gefahrengruppe „F“ und für Männer vorläufig „A“ zugrunde. Wird uns daraufhin mitgeteilt, dass die Einstufung als Sonderrisiko oder nach Gefahrengruppe „B“ richtig ist, dann setzen wir die Versicherungssummen gem. Ziffer 6.2.2 HM-AUB 2000 / HM-AUB 2008 bzw. bei Sonderrisiken nach o. a. Ziffer 4 neu fest.

Anhang zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (HM-AUB 2000)

Auszug aus dem Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Sozialgesetzbuch (SGB) - Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014)

Leistungsberechtigter Personenkreis

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- 1** Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.
- 2** Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 - Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 - Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- 3** Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- 4** Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 - im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 - im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wieder-aufsuchen der Wohnung,
 - im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

- 1** Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen. Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.
- 2** Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- 3** Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
- in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 - in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 - in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.
- Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

Merkmale zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV 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 das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

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 dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrags hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der aber nach Beginn der Datenverarbeitung nur im Rahmen von Treu und Glauben zulässig ist.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

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 (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt, z.B. über einen Kfz-Schaden, oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung jede Vertragsveränderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle 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 um Auskunft zu bitten oder 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 weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und beim Verband der Privaten Krankenversicherer zentrale Hinweissysteme.

Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgen lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.
- Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung

Kfz-Versicherer

- Registrierung von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmisbrauchs besteht.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung

Rechtsschutzversicherer

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von zwölf Monaten.
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.
- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung

Sachversicherer

- Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs

Unfallversicherer

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparen und Kapitalanlagen) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Ansprechpartner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Der ERGO-Gruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

D.A.S. Versicherungsgesellschaften

DKV Deutsche Krankenversicherung AG

ERGO Pensionsfonds AG

ERGO People & Pensions GmbH

Hamburg-Mannheimer Versicherungsgesellschaften

Hamburg-Mannheimer Rechtsschutz-Schaden-Service-GmbH

KarstadtQuelle Versicherungsgesellschaften

MEAG-Gesellschaften

Neckermann Versicherungsgesellschaften

VICTORIA Versicherungsgesellschaften

Vorsorge Versicherungsgesellschaften

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen und Kapitalanlagegesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Zurzeit kooperieren wir mit:

Bayerische HypoVereinsbank-Gruppe

KarstadtQuelle Bank GmbH

Vereinsbank VICTORIA Bauspar AG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die Ausführungen unter Punkt 6. (Auf Wunsch stellen wir Ihnen eine aktuelle Übersicht mit den einzelnen zur ERGO-Gruppe gehörenden Unternehmen und Kooperationspartnern zu.)

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften und andere.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung 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 unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrags. Ausschließlich zum Zweck der Vertragsanpassung in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrags oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu. Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung und Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Hamburg-Mannheimer Sachversicherungs-AG: Vorstand: Christian Diedrich, Vorsitzender; Jürgen Engel, Thomas Langhein, Dr. Ulf Redanz, Frank Sievers.
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Torsten Oletzky. Sitz: Hamburg; Handelsregister: AG Hamburg 1800. (UST-Id-Nr.: DE 811341069)

Hamburg-Mannheimer Rechtsschutzversicherungs-AG: Vorstand: Jürgen Engel, Rainer Tögel.
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Christian Diedrich. Sitz: Hamburg; Handelsregister: AG Hamburg 3565. (UST-Id-Nr.: DE 811341116)

Postanschrift: Hamburg-Mannheimer, Überseering 45, 22297 Hamburg