

CHERRISK

Unfallversicherung

Versicherungsbedingungen

Inhalt

1. Der Versicherungsumfang – Was versichern Wir?	3
1.1. Grundsätze	3
1.2. Geltungsbereich – Wann und wo besteht Versicherungsschutz?	3
1.3. Versichertes Ereignis – Wann liegt ein Unfall vor?	3
1.4. Einschränkungen unserer Leistungspflicht – Was reduziert unsere Leistungen?	3
1.5. Der Versicherungsnehmer – Wer kann eine CHERRISK Unfallversicherung abschließen?	3
1.6. Die Versicherte Person – Wer wird durch die CHERRISK Unfallversicherung versichert?	3
2. Leistungen der CHERRISK Unfallversicherung – Welche Leistungen erbringen wir bei einem Unfall?	4
2.1. „Voraussetzungen für die Leistung“ und „Berechnung der Höhe unserer Zahlung“	4
2.2. Leistungen aufgrund von Invalidität	4
2.3. Leistungen aufgrund von Verbrennungen	6
2.4. Kosten für Maßnahmen zur weiteren Genesung und medizinische Hilfsmittel	7
2.5. Übergangsleistungen bei Arbeitsunfähigkeit	7
2.6. Krankenhaustagegeld	8
2.7. Leistungen nach Operationen	8
2.8. Leistungen nach kosmetischen Operationen	9
2.9. Leistungen nach Knochenbrüchen und Knochenrissen	10
2.10. Leistungen nach Tierbissen	10
2.11. Todesfalleistung	10
2.12. Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	11
2.13. Kosten durch den Verlust von Ausweisdokumenten	11
2.14. Kosten für Mitgliedschaften in Fitness-Centern	11
2.15. Zusatzkosten aus Carsharing Verträgen	12
2.16. Leistungen für Lernhilfen	12
2.17. Kosten für Krankentransporte	12
2.18. Kosten für den Besuch einer verletzten Versicherten Person	13
3. Minderungen der Leistungspflicht – Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	13
3.1. Krankheiten und Gebrechen	13
3.2. Mitwirkung	13
4. Ausschlüsse – Was ist nicht versichert?	14
4.1. Ausgeschlossene Unfälle	14
4.2. Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	15
5. Der Leistungsfall – Was ist nach einem Unfall für Dich zu beachten?	16
5.1. Nach einem Unfall,	16
5.2. Sämtliche Angaben	16
5.3. Wir führen die Leistungsprüfung	16

5.4.	Dokumente zur Begründung der Leistungspflicht.....	16
5.5.	Wenn der Unfall zum Tod der Versicherten Person.	16
6.	Obliegenheitsverletzungen – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	17
7.	Erbringung der Leistung – Wann sind die Leistungen fällig?	17
7.1.	Fristen für unsere Leistungen	17
7.2.	Kosten zur Klärung des Leistungsanspruches	17
7.3.	Zahlungsempfänger.....	17
7.4.	Vorschüsse.....	17
8.	Vertragsschluss und Dauer des Versicherungsschutzes	18
8.1.	Vertragsschluss	18
8.2.	Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes.....	18
8.3.	Versicherungsperiode.....	18
8.4.	Vertragsbeendigung	18
9.	Versicherungsbeitrag	18
9.1.	Berechnung	18
9.2.	Fälligkeit – Wann muss der Versicherungsnehmer seinen Beitrag zahlen?.....	19
9.3.	Rechtszeitige Zahlung als auflösende Bedingung des Versicherungsvertrags und Versicherungsschutz.....	19
9.4.	Zahlungsweise und Versicherungsschutz	19
9.5.	Beitrag bei automatischer Vertragsbeendigung.....	20
10.	Die beteiligten Personen – Wer hat welche Rechte und Obliegenheiten?.....	20
10.1.	Rechtsverhältnisse Wie verhalten sich die Rechte und Obliegenheiten der beteiligten Personen zueinander?	20
10.2.	Rechtsnachfolger.....	20
10.3.	Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	20
11.	Vorvertragliche Anzeigepflicht – Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	20
11.1.	Der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärungen verpflichtet,	20
11.2.	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	21
11.3.	Voraussetzungen für die Ausübung der Rechte des Versicherers	21
11.4.	Anfechtung durch den Versicherer.....	21
12.	Verjährung – Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag?	22
12.1.	Gesetzliche Verjährung.....	22
12.2.	Aussetzung der Verjährung	22
13.	Vertragsrelevante Erklärungen – Was ist bei Mitteilungen an und durch den Versicherer zu beachten? Was gilt bei Änderung der Anschrift?.....	22
13.1.	Anzeigen oder Erklärungen	22
13.2.	Nach erfolgreicher Registrierung auf der CHERRISK Online Plattform	22
13.3.	Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers werden wirksam,.....	22
13.4.	Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherers	22
13.5.	Wir sind an einer schnellen Bearbeitung aller Geschäftsvorfälle interessiert.	22
13.6.	Darüber hinaus bleiben Mitteilungen	22
14.	Rechtswahl – Welches Recht findet Anwendung?.....	23
15.	Gerichtsstand – Welches Gericht ist zuständig?.....	23
15.1.	Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:.....	23
	Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer	23
	Annex I - Leistungstabelle	24
	Annex II - Glossar	26
	Annex III - Hoch-Risiko Sportarten	29

1. Der Versicherungsumfang – Was versichern Wir?

1.1. Grundsätze

„Wir“, Der „Versicherer“ UNIQA Biztosító Zrt. (Geschäftsanschrift H-1134 Budapest, Róbert Károly körút 70-74, Handelsregister-Nummer: 01-10-041515) bieten den Vereinbarten Versicherungsschutz („**Versicherungsvertrag**“) nach Maßgabe der vorliegenden Vertragsbedingungen („**Versicherungsbedingungen**“) bei Unfällen der Person, deren Gesundheit, Leben und Vermögen, die nach dem Versicherungsvertrag („**CHERRISK Unfallversicherung**“).

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den Folgen, die ein Unfall nach sich zieht, und nach den Höchstbeträgen, die für diese Folgen jeweils im Versicherungsschein ausgewiesen sind („**Vereinbarte Versicherungssummen**“).

Der „**Versicherungsschein**“ wird auf dem Account der CHERRISK Online Plattform hochgeladen. Alle Leistungen, welche die CHERRISK Unfallversicherung vorsieht, sind den Versicherungsbedingungen in der „**Leistungstabelle**“ als **Annex I** beigefügt. Im Versicherungsschein ist vermerkt, welche konkreten Leistungen der Versicherungsnehmer für seinen Versicherungsvertrag ausgewählt hat („**Tarif-Gruppe**“).

Die in diesen Versicherungsbedingungen verwendeten Definitionen finden sich auch in **Annex II** zu diesen Versicherungsbedingungen.

1.2. Geltungsbereich – Wann und wo besteht Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz nach dem Versicherungsvertrag besteht während der Wirksamkeit des Versicherungsvertrages rund um die Uhr gegen Unfälle

1.2.1. in Deutschland, in deren Folge die Versicherte Person

- einen Gesundheitsschaden nach den Abschnitten 2.2 bis 2.10 oder
- einen sonstigen Schaden nach den Abschnitten 2.12 bis 2.18 erleidet und

1.2.2. darüber hinaus weltweit, soweit die Versicherte Person infolge eines Unfalls stirbt (Abschnitt 2.11).

1.3. Versichertes Ereignis – Wann liegt ein Unfall vor?

Ein „**Unfall**“ liegt vor, wenn die Versicherte Person durch

1.3.1. ein einmaliges, plötzlich und von außen

1.3.2. auf ihren Körper physisch oder chemisch wirkendes Ereignis („**Unfallereignis**“)

1.3.3. innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis

1.3.4. unfreiwillig Gesundheitsschädigungen oder sonstige Schäden nach dem Versicherungsvertrag erleidet (Ziffer 1.2.1)

1.3.5. oder infolge des Unfallereignisses verstirbt.

1.4. Einschränkungen unserer Leistungspflicht – Was reduziert unsere Leistungen?

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen erbringen wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen. Zu beachten sind hier die Regelungen:

- zur Vorinvalidität (Ziffer 2.2.2);
- vorherigen Verbrennungen (Ziffer 2.3.5);
- der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Kapitel 3);
- und zu den Ausschlüssen (Kapitel 4).

1.5. Der Versicherungsnehmer – Wer kann eine CHERRISK Unfallversicherung abschließen?

„**Versicherungsnehmer**“ ist die Person, mit welcher der Versicherer den Versicherungsvertrag abgeschlossen hat. Um eine Unfallversicherung mit uns abzuschließen, muss der Versicherungsnehmer zwischen 18 und 75 Jahren alt sein und im Zeitraum des seinen Wohnsitz in Deutschland haben.

1.6. Die Versicherte Person – Wer wird durch die CHERRISK Unfallversicherung versichert?

Die „**Versicherte Person**“ ist die Person, deren Gesundheit, Leben und Vermögen nach dem Versicherungsvertrag geschützt ist.

Grundsätzlich ist der Versicherungsnehmer auch Versicherte Person. Daneben können Minderjährige als Versicherte Person in den

Versicherungsvertrag einbezogen werden, wenn der Versicherungsnehmer für sie die elterliche Sorge innehat. „**Minderjährig**“ ist, wer das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2. Leistungen der CHERRISK Unfallversicherung – Welche Leistungen erbringen wir bei einem Unfall?

2.1. „Voraussetzungen für die Leistung“ und „Berechnung der Höhe unserer Zahlung“ – Wie funktionieren die Leistungen bei der CHERRISK Unfallversicherung?

Im Folgenden beschreiben Wir, welche Leistungen wir erbringen und wie wir die Zahlungen berechnen.

2.1.1. Leistungsarten

Der Umfang unserer Leistungen nach dem Versicherungsvertrag ist von den Folgen, die der Unfall nach sich gezogen hat („Leistungsarten“).

Beispiele für Leistungsarten sind die Invalidität der Versicherten Person, die erforderliche Rettung der Versicherten Person oder der Verlust von Ausweispapieren infolge eines Unfalls.

2.1.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlungen

Im Rahmen jeder Leistungsart erbringen wir ausschließlich Einmalzahlungen. Die Höhe dieser Einmalzahlungen berechnen wir entweder pauschal oder anhand der tatsächlichen Kosten, die der Versicherten Person infolge des Unfalls entstanden sind. Im Versicherungsschein wird für jede Leistungsart anhand der Tarifgruppe und der Leistungstabelle detailliert beschrieben, wie wir unsere Zahlungen berechnen.

- Pauschale Zahlungen
Ermitteln wir die Höhe unserer Zahlungen pauschal, entspricht unsere Zahlung entweder
 - der vollen Vereinbarten Versicherungssumme oder
 - einem Teil der Vereinbarten Versicherungssumme.
- Kostenerstattung bis zu bestimmten Obergrenzen
Ermitteln wir die Höhe unserer Zahlung konkret, ersetzen wir die „**Nachgewiesenen Kosten**“, die der Versicherten Person infolge des Unfalls entstanden sind. In diesem Fall sind unsere Zahlungen auf die Vereinbarte Versicherungssumme einer jeden Leistungsart begrenzt.

2.2. Leistungen aufgrund von Invalidität

Wir erbringen eine Leistung aufgrund von Invalidität, wenn die Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.2 erfüllt sind.

2.2.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

- Definition der Invalidität – Was meint Invalidität?

Eine „**Invalidität**“ liegt vor, wenn aufgrund eines Unfalls

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als ein Jahr bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

- Ärztliche Feststellung der Invalidität – Was ist zu beachten?

Die Invalidität muss

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden sein.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Leistung aufgrund von Invalidität.

- Verhältnis zur Todesfallleistung – Was passiert, wenn die Versicherte Person nach Eintritt der Invalidität verstirbt?

Verstirbt die Versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis gelten die Bestimmungen in Ziffer 2.11.2.

2.2.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir ermitteln eine pauschale Zahlung in Form eines Teils der Vereinbarten Versicherungssumme. Die Höhe unserer Zahlung richtet sich nach dem Prozentsatz dieser Ziffer 2.2.2 („**Invaliditätsgrad**“). Diesen Prozentsatz dividieren wir durch die Obergrenze der jeweiligen Leistungsstufe und multiplizieren das Ergebnis mit der Vereinbarten Versicherungssumme. Dabei berücksichtigen wir Vorinvaliditäten sowie die Beeinträchtigung mehrerer Körperteile und Sinnesorgane.

- Grundsätze zur Bemessung des Invaliditätsgrads

Der Invaliditätsgrad richtet sich nach

- der Gliedertaxe, sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind; ansonsten
- danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der Versicherten Person dauerhaft beeinträchtigt ist.

Maßgeblich ist jeweils der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens ein Jahr nach dem Unfallereignis erkennbar ist.

- Bemessung innerhalb der Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane innerhalb eines Jahres gelten ausschließlich die hier genannten „**Invaliditätsgrade**“.

- vollständiger Verlust des Sehvermögens auf beiden Augen: 100%
- vollständiger Verlust des Sehvermögens auf einem Auge: 50%
- vollständiger Verlust beider Arme oder Hände: 100%
- vollständiger Verlust beider Beine, einschließlich Oberschenkel: 100%
- vollständiger Verlust beider Unterschenkel, ohne Möglichkeit eines Prothesenersatzes: 100%
- Verlust beider Unterschenkel bei gut funktionierendem Knie: 80%
- Vollständiger Verlust oder Funktionsverlust eines Beines oberhalb des mittleren Oberschenkels: 70%
- Vollständiger Verlust oder Funktionsverlust eines Beines bis zum mittleren Oberschenkel: 60%
- Verlust eines Beines bis zum Knie: 50%
- Verlust eines Unterschenkels unterhalb des Knies: 45%
- Vollständiger Verlust des Hörvermögens auf beiden Ohren: 60%
- Vollständiger Verlust des Hörvermögens auf einem Ohr: 30%
- Vollständiger Verlust des Geruchssinns: 10%
- Vollständiger Verlust des Geschmacksempfindens: 5%
- Vollständiger Verlust oder Funktionsverlust eines Arms vom Schultergelenk abwärts: 70%
- Vollständiger Verlust oder Funktionsverlust eines Arms oberhalb des Ellenbogengelenks: 65%
- Gesamtverlust oder vollständiger Funktionsverlust eines Arms unterhalb des Ellenbogengelenks: 60%
- Vollständiger Verlust einer Hand: 55%
- Verlust eines Daumens: 20%
- Verlust eines Zeigefingers: 10%
- Verlust jedes anderen Fingers: 5%
- Verlust eines Fußes: 40%
- Verlust eines großen Zehs: 5%
- Verlust jedes anderen Zehs: 2%

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des genannten Invaliditätsgrades.

- Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten und erfolgt durch einen Arzt oder sonstigen medizinischen Sachverständigen.

- Berechnung der Obergrenze und der Leistungsstufe

Der Versicherungsvertrag sieht für Leistungen aufgrund von Invalidität nach diesem Abschnitt 2.2 zwei Leistungsstufen vor. Für jede dieser Leistungsstufen ist in der Leistungstabelle eine gesondert Vereinbarte Versicherungssumme ausgewiesen.

Leistungsstufe 1: Der Invaliditätsgrad liegt zwischen 1% und 30%; die Obergrenze der Leistungsstufe beträgt 30%.

Leistungsstufe 2: Der Invaliditätsgrad liegt zwischen 31% und 100%; die Obergrenze der Leistungsstufe beträgt 100%.

Beispiel: Bei einem Invaliditätsgrad von 20% und einer Vereinbarten Versicherungssumme von 2.000 EUR fällt die Leistung aufgrund von Invalidität in die Leistungsstufe 1. In diesem Falle beträgt unsere Zahlung der Leistung aufgrund von Invalidität 1.333,33 EUR.

- Minderung bei Vorinvalidität

Der Leistungsanspruch wird durch jede Vorinvalidität gemindert. Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Die Vorinvalidität bemisst sich nach den obigen Grundsätzen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um die Vorinvalidität.

- Bemessung des Invaliditätsgrads bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

- Sind durch einen Unfall mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt, werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

- Der Invaliditätsgrad der Versicherten Person ist auf 100% begrenzt.

2.3. Leistungen aufgrund von Verbrennungen

Wir erbringen Leistungen aufgrund von Verbrennungen, wenn die Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.3 erfüllt sind.

2.3.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person erleidet infolge eines Unfalls Brandverletzungen.

2.3.2. Verhältnis zur Todesfalleistung – Was passiert, wenn die Versicherte Person nach Erleiden der Verbrennungen verstirbt?

Verstirbt die Versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis gelten die Bestimmungen in Ziffer 2.11.2.

2.3.3. Berechnung der Höhe unserer Zahlung anhand unserer Verbrennungstaxe

Wir erbringen eine pauschale Zahlung in Form eines Teils der Vereinbarten Versicherungssumme. Die Höhe unsere Zahlung richtet sich nach dem Prozentsatz dieser Ziffer 2.3.3 („**Verbrennungstaxe**“). Dieser Prozentsatz bestimmt sich aus dem Verhältnis der Art der Verbrennung und der betroffenen Körperoberfläche. Diesen Prozentsatz multiplizieren wir mit der Vereinbarten Versicherungssumme. Den Prozentsatz ermitteln wir wie folgt:

Art der Verbrennung	Körperoberfläche		
	0-20%	21-60%	61-100%
1. Grad	0%	12,5%	25%
2. Grad (1)	0%	12,5%	25%
2. Grad (2)	25%	50%	50%
3. Grad	50%	100%	100%

Beispiel: Bei einer Verbrennung 3. Grades auf 10% der Körperoberfläche und einer Vereinbarten Versicherungssumme von 10.000 EUR beträgt unsere Zahlung der Leistung aufgrund von Verbrennungen 5.000 EUR.

Die Art und das Ausmaß der Verbrennung müssen von einem Arzt schriftlich festgestellt werden. Ansonsten entfällt unsere Leistungspflicht. Die Einordnung der Art der Verbrennung erfolgt durch einen Arzt oder einen sonstigen medizinischen Sachverständigen, der von uns bestellt wird und eine Prüfung für den jeweiligen Einzelfall durchführt.

2.3.4. Bemessung der Verbrennungstaxe bei Beeinträchtigung mehrerer Körperoberflächen

- Sind durch einen Unfall mehrere Körperoberflächen beeinträchtigt, werden die Prozentsätze, die nach der vorstehenden Bestimmung ermittelt wurden, zusammengerechnet.
- Unsere Leistung ist auf 100% der Vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

Beispiel: Bei einer Verbrennung 3. Grades auf 60% der Körperoberfläche sowie einer Verbrennung 1. Grades auf weiteren 10% der Körperoberfläche und einer Vereinbarten Versicherungssumme von 10.000 EUR beträgt unsere Zahlung der Leistung aufgrund von Verbrennungen 10.000 EUR.

2.3.5. Minderung durch vorherige Verbrennungen

Der Leistungsanspruch wird durch vorherige Verbrennungen gemindert. Vorherige Verbrennungen bestehen, wenn die betroffene Körperoberfläche schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt war. Die vorherige Verbrennung bemisst sich nach der Ziffer 2.3.3.

2.4. **Kosten für Maßnahmen zur weiteren Genesung und medizinische Hilfsmittel**

Wir erstatten die unfallbedingten Nachgewiesenen Kosten für Maßnahmen zur weiteren Genesung sowie für medizinische Hilfsmittel unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.4.

2.4.1. Voraussetzungen für die Leistung

- bei der Versicherten Person wurde innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis ein Invaliditätsgrad (Ziffer 2.2.2) oder eine Verbrennungstaxe (Ziffer 2.3.3) mit jeweils einem berücksichtigungsfähigen Prozentsatz von 50% oder mehr festgestellt;
- ein Arzt hat schriftlich festgestellt, dass Maßnahmen zur weiteren Genesung im Rahmen einer physischen oder psychischen Rehabilitation erforderlich sind oder dass die Versicherte Person in Folge des Unfalls medizinischer Hilfsmittel bedarf;
- die Versicherte Person hat kostenpflichtige Leistungen zur weiteren Genesung in Anspruch genommen oder ihr sind Kosten für medizinische Hilfsmittel entstanden.

2.4.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erstatten die angemessenen, Nachgewiesenen Kosten der Leistungen zur weiteren Genesung bis zur Höhe der Vereinbarten Versicherungssumme.

2.5. **Übergangsleistungen bei Arbeitsunfähigkeit**

Wir erbringen eine Übergangsleistung bei Arbeitsunfähigkeit der Versicherten Person unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.5.

2.5.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person ist unfallbedingt

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis
- in ihrem ausgeübten Beruf, den sie zum Zeitpunkt des Unfalls mindestens seit 3 Monaten ausgeübt hat
- für einen Zeitraum von 30 Kalendertagen dauerhaft arbeitsunfähig gewesen („**Leistungsstufe 1**“) bzw.
- zusätzlich für einen Zeitraum von weiteren 30 Kalendertagen dauerhaft arbeitsunfähig gewesen („**Leistungsstufe 2**“).

Der Versicherungsnehmer muss die Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis durch ein ärztliches Attest geltend machen. Aus diesem Attest müssen sich die Voraussetzungen der Leistungsstufen 1 bzw. 2 ergeben.

Wird die Jahresfrist für die Einreichung des Attests versäumt, ist der Anspruch auf eine Übergangsleistung ausgeschlossen, es sei denn, der Versicherungsnehmer versäumt die Frist unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Einzelfalls schuldlos.

2.5.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erbringen eine pauschale Zahlung in Höhe der vollen Vereinbarten Versicherungssumme der jeweiligen Leistungsstufe. Die Zahlungen erfolgen gesondert für die jeweilige Leistungsstufe:

Leistungsstufe 1: Die Vereinbarte Versicherungssumme wird ausgezahlt, sobald nachgewiesen wurde, dass die Versicherte Person für einen Zeitraum von 30 Kalendertagen nach dem Unfall dauerhaft arbeitsunfähig gewesen ist.

Leistungsstufe 2: Die im Versicherungsschein angegebenen Beträge werden ausgezahlt, sobald nachgewiesen wurde, dass die Versicherte Person nach der Leistungsstufe 1 für einen weiteren Zeitraum von 30 Kalendertagen nach dem Unfall dauerhaft arbeitsunfähig gewesen ist.

Beispiel: Ist die Versicherte Person unfallbedingt 70 Kalendertage dauerhaft arbeitsunfähig bei einer Vereinbarten Versicherungssumme von 1.000 EUR für Leistungsstufe 1 und 500 EUR für Leistungsstufe 2 beträgt unsere Zahlung für die Übergangsleistung 1.000 EUR für Leistungsstufe 1 und 500 EUR für Leistungsstufe 2.

2.6. Krankenhaustagegeld

Wir zahlen ein Krankenhaustagegeld unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.6.

2.6.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person befindet sich

- in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus, und zwar
- infolge des Unfalls und
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis.

Die nachfolgenden Behandlungen sind keine medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlungen im vorstehenden Sinne:

- Die Behandlung von Alkohol- und/oder Drogensucht;
- Die Behandlung von Tuberkulose;
- Die Behandlung psychischer oder geistiger Erkrankungen;
- Behandlungen im Rahmen von Kuren, Seniorenbetreuungen und/oder Sozialstationen;
- Behandlungen von psychischen Folgen und Krankheiten oder Behinderungen im Zusammenhang mit dem Unfall; und
- Behandlungen chronischer Krankheiten.

2.6.2. Wartezeit

Wir erbringen Zahlungen erst nach Ablauf einer Wartezeit von 3 Kalendertagen, welche die Versicherte Person in stationärer Heilbehandlung verbracht hat.

2.6.3. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erbringen eine pauschale Zahlung für jeden Kalendertag der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

Wir erbringen die vorstehende Zahlung für einen maximalen Zeitraum von 180 Tagen, gerechnet ab dem 1. Tag der stationären Heilbehandlung.

Beispiel: Bei einer stationären Heilbehandlung von 2 Kalendertagen erbringen wir keine Leistung. Bei einer stationären Heilbehandlung von 10 Kalendertagen und einer Vereinbarten Versicherungssumme von 10 EUR erbringen wir eine Zahlung des Krankenhaustagegeldes in Höhe von 100 EUR.

2.6.4. Berechnung von Tagen und Fristen

Jeder angebrochene Tag der stationären Heilbehandlung wird als voller Tag berechnet, auch wenn sich die stationäre Behandlung nicht auf den ganzen Tag erstreckt, beispielsweise an den Tagen der Einweisung und/oder Entlassung.

Im Falle einer längeren stationären Heilbehandlung kann der Versicherte unter Vorlage entsprechender Nachweise über die voraussichtliche Dauer der stationären Heilbehandlung die Zahlung des Krankenhaustagegeldes für 30 Kalendertage im Voraus verlangen.

2.7. Leistungen nach Operationen

Wir erbringen nach Operationen, die keine kosmetischen Operationen sind (Abschnitt 2.8), Leistungen unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.7.

2.7.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person hat sich

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis
- einer medizinisch notwendigen Operation in einer anerkannten staatlichen oder privat geführten Heileinrichtung unterzogen.

Eine „**Operation**“ ist jeder medizinische Eingriff, der nach den Regeln des ärztlichen Berufsstandes und zum Zwecke der Behandlung oder Diagnose durchgeführt wird.

2.7.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

- Wir erbringen eine pauschale Zahlung in Form eines Teils der Vereinbarten Versicherungssumme. Die Höhe unserer Zahlung richtet sich nach den nachfolgenden Leistungsstufen, die für die jeweilige medizinisch notwendige Operation vereinbart sind. Diesen Prozentsatz multiplizieren wir mit der Vereinbarten Versicherungssumme.
- Den Leistungsstufen werden die folgenden Prozentsätze zugeordnet:
 - Leistungsstufe 1: 0%
 - Leistungsstufe 2: 12,5%
 - Leistungsstufe 3: 25%
 - Leistungsstufe 4: 50%
 - Leistungsstufe 5: 100%

Beispiel: Bei einer Operation der Leistungsstufe 4 und einer Vereinbarten Versicherungssumme von 10.000 EUR beträgt unsere Zahlung der Leistung nach Operationen 5.000 EUR.

- Die Einordnung einer Operation in eine Leistungsstufe erfolgt durch einen Arzt oder einen sonstigen medizinischen Sachverständigen, der von uns bestellt wird und eine Prüfung für den jeweiligen Einzelfall durchführt. Für diese Einordnung gelten die folgenden Richtlinien:
- **Leistungsstufe 1** umfasst Operationen, die sich auf die nachfolgenden Konstellationen beziehen:
 - alle ambulant behandelbaren Fälle, ohne Krankenhauseinweisung, bei denen der Heilungsprozess nach der Operation nicht länger als 30 Kalendertage dauert und bei denen keine dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erwarten sind; im Regelfall Oberflächenverletzungen des Weichgewebes;
 - chirurgische und therapeutische Eingriffe, die ausschließlich durch Arthroskopie durchgeführt werden.
- **Leistungsstufe 2** umfasst Operationen, die sich auf die nachfolgenden Konstellationen beziehen:
 - Jeder Zustand einer Gelenksverletzung, der eine akut-chirurgische Behandlung erfordert und bei dem die chirurgische Behandlung auf der Grundlage einer chirurgischen Indikation entschieden wird, die durch klinische Daten gestützt wird;
 - Verletzte Sehnen und Muskeln oder periphere Blutgefäße oder Nerven, die durch diagnostische Daten festgestellt werden können, mit einer Obergrenze an der Linie des Unterarmgelenkes am oberen Glied und an der Linie des oberen Sprunggelenks am unteren Glied;
 - Amputationsfälle, die an der Peripherie der Hälfte der Finger und Zehen liegen;
 - Ausgedehnte Weichteilverletzungen ohne Fraktur, die über 30 Kalendertage im Krankenhaus versorgt werden müssen.
- **Leistungsstufe 3** umfasst Operationen, die sich auf die nachfolgenden Konstellationen beziehen:
 - Chirurgische Behandlungen oder Knochenbrüche (einschließlich chirurgischer Eingriffe bei traumabedingten Amputationen), bei denen eine Knochenreposition und ein gewisses Stabilisierungsverfahren erforderlich ist.
 - Operation an einem einzelnen Wirbel der Wirbelsäule;
 - Arten von offenen Frakturen, bei denen keine Reihe von chirurgischen Eingriffen erforderlich ist;
 - Verbrennungen 2. und 3. Grades mit einer verbrannten Oberfläche von 10 bis 30%;
- **Leistungsstufe 4** umfasst Operationen, die sich auf die nachfolgenden Konstellationen beziehen:
 - Eingriffe, die innerhalb des Systems der geschlossenen Körperhöhlen (Schädel, Brust, Magen, Becken oder mehr als einem Wirbel der Wirbelsäule) durchgeführt werden;
 - Amputation von Gliedmaßen, ganzer Finger, unabhängig davon, ob sie wieder verbunden sind oder nicht;
 - offene Frakturen von Röhrenknochen der Extremitäten, für die eine Reihe von Operationen durchgeführt werden mussten;
 - Verbrennungen 2. und/oder 3. Grades mit einer verbrannten Oberfläche von mindestens 31%.
- **Leistungsstufe 5** umfasst Operationen der Versicherten Person in medizinisch lebensbedrohlichen Situationen, die intensiv-medizinische Behandlung erfordern.

2.8. Leistungen nach kosmetischen Operationen

Wir erbringen Leistungen nach kosmetischen Operationen der Versicherten Person unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.8.

2.8.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person hat sich innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis einer erforderlichen kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung ihres äußeren Erscheinungsbilds zu beheben.

Eine kosmetische Operation ist insbesondere erforderlich, wenn sie dazu dient, den vollständigen Ersatz von Haut oder Knochengewebe sicherzustellen oder Verschlechterungen zu verhindern.

2.8.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

- Wir erbringen eine pauschale Zahlung in Form eines Teils der Vereinbarten Versicherungssumme. Die Höhe unserer Zahlung richtet sich nach dem Prozentsatz, welcher für die jeweilige Leistungsstufe der kosmetischen Operation vereinbart ist. Diesen Prozentsatz multiplizieren wir mit der Vereinbarten Versicherungssumme.

Leistungsstufe 1: 0%

Leistungsstufe 2: 10%

Leistungsstufe 3: 50%

Leistungsstufe 4: 75%

Leistungsstufe 5: 100%

Beispiel: Bei einer kosmetischen Operation der Leistungsstufe 3 und einer Vereinbarten Versicherungssumme von 5.000 EUR beträgt die Leistung nach kosmetischen Operationen 2.500 EUR.

Die Einordnung einer kosmetischen Operation in eine Leistungsstufe erfolgt durch einen Arzt oder einen sonstigen medizinischen Sachverständigen, der von uns bestellt wird und eine Prüfung für den jeweiligen Einzelfall durchführt. Dabei berücksichtigt er für jeden Einzelfall die betroffene Stelle des Körpers, die Tiefe und den Ort der Verletzung sowie die angewandte Operationstechnik.

2.9. Leistungen nach Knochenbrüchen und Knochenrissen

Wir erbringen Leistungen für die Behandlung von Knochenbrüchen und Knochenrissen unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.9.

2.9.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person hat durch den Unfall einen schweren oder einen einfachen Knochenbruch oder einen Knochenriss erlitten.

- Als schwere Knochenbrüche gelten:
 - Schädelknochenfrakturen mit Weichteilverletzungen;
 - Wirbelsäulenfrakturen mit Verletzung der Wirbelsäule;
 - doppelte oder mehrfache Frakturen des Beckens;
 - offene Frakturen des Unterschenkels und/oder des Oberschenkelknochens;
 - offene Frakturen des Unter- und/oder Oberarms.
- Knochenbrüche, die nicht zu den schweren Knochenbrüchen zählen, sind einfache Knochenbrüche. Knochenrisse stehen einfachen Knochenbrüchen gleich.
- Nicht umfasst von den Leistungen nach Knochenbrüchen und Knochenrissen sind gebrochene, angebrochene oder sonst beschädigte Zähne der Versicherten Person sowie jegliche Schäden am Zahnersatz der Versicherten Person.

2.9.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erbringen pauschale Zahlungen. Die Höhe der Zahlung ist für einfache Knochenbrüche und Knochenrisse jeweils gesondert vereinbart und im Versicherungsschein ausgewiesen.

2.9.3. Obergrenze unserer Zahlung

Für einfache Knochenbrüche und Knochenrisse erbringen wir pauschale Zahlungen pro Knochenbruch oder Knochenriss in der Höhe, die im Versicherungsschein ausgewiesen ist, bis zu maximal 4 Knochenbrüchen oder Knochenrissen. Bei schweren Knochenbrüchen erbringen wir die Einmalzahlung, die im Versicherungsschein jeweils gesondert ausgewiesen ist.

Beispiel: Bei einem einfachen Bruch des Unterarms, einem einfachen Bruch des Schienbeines und einer offenen Fraktur des Unterschenkels sowie einer Vereinbarten Versicherungssumme von 200 EUR für einfache Knochenbrüche und 800 EUR für schwere Knochenbrüche beträgt unsere Zahlung für die Leistung nach Knochenbrüchen oder Knochenrissen 1.200 EUR.

2.10. Leistungen nach Tierbissen

Wir erbringen Leistungen für die Behandlung von Tierbissen unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.10.

2.10.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person wird von einem Tier gebissen,

- das nicht im Haushalt des Versicherungsnehmers gehalten wird, und
- dessen Halter weder der Versicherungsnehmer noch die Versicherte Person ist, und
- infolge des Tierbisses muss die Oberfläche der Haut, einschließlich der darunterliegenden Bisswunde, genäht bzw. der beschädigte Bereich entfernt oder gesäubert werden.

Insektenstiche gelten nicht als Tierbisse im vorstehenden Sinne.

2.10.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erbringen eine pauschale Zahlung in Höhe der vollen Vereinbarten Versicherungssumme.

2.11. Todesfalleistung

Wir erbringen Todesfalleistungen unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.11.

2.11.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person

- verstirbt infolge des Unfalls,
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall,
- und hat sich zum Zeitpunkt des Unfalls nicht in einem Land aufgehalten, für welches das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland mindestens 3 Kalendertage vor dem Tag des Unfallereignisses eine Reisewarnung veröffentlicht hat.

2.11.2. Verhältnis der Todesfalleistung zu Invaliditätsleistung und zur Leistung aufgrund von Verbrennungen – Was passiert, wenn die Versicherte Person nach Eintritt der Invalidität oder der Verbrennung verstirbt?

Verstirbt die Versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis infolge desselben Unfalls, der einen Anspruch auf Leistung aufgrund von Invalidität nach Abschnitt 2.2 oder einen Anspruch auf Leistung aufgrund von Verbrennungen nach Abschnitt 2.3 begründet, besteht kein Anspruch auf eine Leistung aufgrund von Invalidität oder Verbrennungen. In diesem Fall zahlen wir ausschließlich die Todesfalleistung nach diesem Abschnitt 2.11.

Sofern der Versicherer vor Eintritt des Todes der Versicherten Person bereits eine Leistung aufgrund von Invalidität oder Verbrennung ausgezahlt hat, mindert sich die Todesfalleistung gemäß dieses Abschnitts 2.11 um den Betrag der ausgezahlten Leistung aufgrund von Invalidität oder Verbrennung.

Stirbt die Versicherte Person nicht aufgrund desselben Unfalls, der bereits einen Anspruch auf Leistung aufgrund von Invalidität nach Abschnitt 2.2 oder einen Anspruch auf Leistung aufgrund von Verbrennungen nach Abschnitt 2.3 ausgelöst hat, so hat der Tod aufgrund des weiteren Unfalls keine Auswirkungen auf bisherige Leistungen nach Abschnitt 2.2 oder Abschnitt 2.3. In diesem Fall erbringen wir eine Todesfalleistung infolge des weiteren Unfalls, wenn die Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.11 erfüllt sind.

2.11.3. Berechnung der Höhe unserer Zahlung und Zahlungsempfänger

Wir erbringen eine pauschale Zahlung in Höhe der vollen Vereinbarten Versicherungssumme an den Zahlungsempfänger nach Abschnitt 7.3.

2.12. Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

Wir erstatten die unfallbedingten Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.12.

2.12.1. Voraussetzungen für die Leistung

Der Versicherten Person sind in unmittelbarer Folge eines Unfalls Kosten entstanden für:

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten;
- den ärztlich angeordneten Transport der Versicherten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

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

Voraussetzung ist ferner, dass ein Dritter (z.B. eine Krankenkasse oder ein Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist.

2.12.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erstatten die Nachgewiesenen und nicht von Dritten übernommenen Kosten bis zur Höhe der Vereinbarten Versicherungssumme.

2.13. Kosten durch den Verlust von Ausweisdokumenten

Wir erstatten die Nachgewiesenen Kosten für den Ersatz von Ausweisdokumenten unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.13.

2.13.1. Voraussetzungen für die Leistung

- die Versicherte Person hat persönliche Ausweisdokumente wie beispielweise seinen Personalausweis, Reisepass, Führerschein oder Studentenausweis verloren oder
- diese persönlichen Ausweisdokumente wurden zerstört.

Die vorstehenden Ereignisse stehen einem Unfall gleich.

Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst nicht Schäden, die dadurch entstehen, dass die bezeichneten Ausweisdokumente missbräuchlich verwendet werden.

2.13.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erstatten die Nachgewiesenen Kosten, die durch die Wiederbeschaffung der bezeichneten Ausweisdokumente entstanden sind, insgesamt bis zur Höhe der Vereinbarten Versicherungssumme.

2.14. Kosten für Mitgliedschaften in Fitness-Centern

Wir erstatten die unfallbedingten, Nachgewiesenen Kosten für Beiträge, welche an Fitness-Center zu zahlen sind, unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.14.

2.14.1. Voraussetzungen für die Leistung

- Die Versicherte Person ist aufgrund der Mitgliedschaft in einem Fitness-Center zur Zahlung von jährlichen Beiträgen verpflichtet.
- Die Versicherte Person ist infolge des Unfalles nicht in der Lage, das konkrete Dienstleistungsangebot dieses Fitness-Centers zu nutzen.
- Die Geschäftsbedingungen des betreffenden Fitnesscenters sehen kein Recht vor, die Mitgliedschaft bei Verletzungen der Versicherten Person ruhen zu lassen.

2.14.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erstatten die Nachgewiesenen Kosten von bis zu 2 Monatsbeiträgen des Fitness-Centers bis zur Höhe der Vereinbarten Versicherungssumme.

2.15. Zusatzkosten aus Carsharing Verträgen

Wir erstatten die unfallbedingten zusätzlichen Nachgewiesenen Kosten aus Carsharing Verträgen unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.15.

2.15.1. Voraussetzungen der Leistung

Die Versicherte Person

- hat im Rahmen eines Carsharing-Services ein Kraftfahrzeug genutzt;
- ist dem Betreiber des Carsharing-Services infolge einer Beschädigung des Kraftfahrzeugs zum Ausgleich eines Schadens verpflichtet; und
- der Schaden ist nicht durch die Versicherungen des Betreibers des Carsharing-Services gedeckt, insbesondere deshalb nicht, weil die Versicherte Person nach den Nutzungsbedingungen des Carsharing-Services einen Selbstbehalt zu tragen hat.

„**Carsharing**“ bezeichnet die Nutzung von Diensten gemeinschaftlicher Mietwagensysteme, die in Deutschland angeboten werden und den Anforderungen des Personenbeförderungsgesetzes und/oder denen des Carsharinggesetzes unterliegen.

2.15.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erstatten die Nachgewiesenen Kosten, die der Versicherten Person dadurch entstehen, dass sie infolge der Nutzung eines Carsharing-Services, vom Anbieter des Carsharing-Services in Anspruch genommen wird, bis zur Höhe der Vereinbarten Versicherungsleistung.

2.16. Leistungen für Lernhilfen

Wir erbringen Leistungen für Lernhilfen unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.16.

2.16.1. Voraussetzungen für die Leistung

Die Versicherte Person

- hat das 7. Lebensjahr vollendet, nicht aber das 18. Lebensjahr;
- besucht eine private oder öffentliche Schule; und
- muss sich infolge des Unfalls innerhalb eines Kalenderjahres mehr als 30 Kalendertage in stationäre Heilbehandlung eines Krankenhauses begeben.

2.16.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erbringen eine pauschale Zahlung in Höhe der vollen Vereinbarten Versicherungssumme.

2.17. Kosten für Krankentransporte

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten des Krankentransports der Versicherten Person unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnitts 2.17.

2.17.1. Voraussetzungen für die Leistung

- Die Versicherte Person befindet sich infolge eines Unfalls in vollstationärer Behandlung in einem Krankenhaus („**Behandelndes Krankenhaus**“).
- Die vollstationäre Behandlung im behandelnden Krankenhaus wird voraussichtlich länger als 3 Kalendertage in Anspruch nehmen.
- Die Versicherte Person wird vom Behandelnden Krankenhaus in das dem Wohnort der Versicherten Person nächstgelegene, geeignete Krankenhaus, transportiert.

Für den Transport der Versicherten Person ist das kostengünstigste Transportmittel unter Berücksichtigung der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalls zum Einsatz zu bringen.

Hat die Versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalls das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet, erstattet der Versicherer auch die angemessenen Reisekosten einer Begleitperson vom Behandelnden Krankenhaus zu dem Wohnort der Versicherten Person nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus.

Nicht vom Versicherungsschutz umfasst sind zusätzliche Kosten, die durch die Rückführung von Gepäck entstehen.

2.17.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erstatten die medizinisch sinnvollen und vertretbaren und Nachgewiesenen Kosten des Transports der Versicherten Person, soweit diese Kosten nicht von Dritten übernommen werden, bis zur Höhe der Vereinbarten Versicherungssumme.

2.18. Kosten für den Besuch einer verletzten Versicherten Person

Wir erstatten die Kosten des Besuches der Versicherten Person unter den nachfolgenden Voraussetzungen dieses Abschnittes 2.18.

2.18.1. Voraussetzungen für die Leistung

- Die Versicherte Person befindet sich nach einem Unfall und einer Gesundheitsbeschädigung außerhalb ihres Wohnorts („**Abwesenheitsort**“) und kann den Abwesenheitsort unfallbedingt nicht verlassen.
- Der unfallbedingte Aufenthalt der Versicherten Person am Abwesenheitsort wird voraussichtlich länger als 3 Kalendertage andauern.
- Eine Person, die der Versicherten Person nahesteht, besucht die Versicherte Person am Abwesenheitsort.

Die folgenden Personen sind „**Nahestehende Personen**“:

- Verwandte ersten Grades i.S.d. Bürgerlichen Gesetzbuches,
- Ehegatten und Lebenspartner;
- Kinder

der Versicherten Person.

2.18.2. Berechnung der Höhe unserer Zahlung

Wir erstatten die nachgewiesenen Kosten der Reise der Nahestehenden Person von ihrem Wohnort an den Abwesenheitsort, soweit diese Reisekosten nicht von Dritten übernommen werden, bis zur Höhe der Vereinbarten Versicherungssumme.

3. Minderungen der Leistungspflicht – Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

3.1. Krankheiten und Gebrechen

Wir erbringen Zahlungen ausschließlich für die Vereinbarten Gesundheitsschäden (Abschnitte 2.2 bis 2.10) im Todesfalle (Abschnitt 2.11) sowie für die sonstigen Schäden, die vom Versicherungsvertrag erfasst sind (Abschnitte 2.12 bis 2.18).

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

3.2. Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an Gesundheitsschäden (Abschnitte 2.2 bis 2.10), deren Folgen, dem Todesfall (Abschnitt 2.11) oder sonstigen Schäden nach dem Versicherungsvertrag (Abschnitte 2.12 bis 2.18) mitgewirkt haben („**Mitwirkungsanteil**“), mindert sich:

- bei der Leistung aufgrund von Invalidität (Abschnitt 2.2) der Invaliditätsgrad;
- bei der Leistung aufgrund von Verbrennungen (Abschnitt 2.3) die Verbrennungstaxe;
- bei allen anderen Leistungsarten der Auszahlungsbetrag selbst.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25% nehmen wir keine Minderung vor.

4. Ausschlüsse – Was ist nicht versichert?

4.1. Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1. Unfälle, welche die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt hat;

4.1.2. Unfälle durch Anheben, Verstauchung, gewöhnliche Verstauchung und/oder pathologische Frakturen;

4.1.3. Sportunfälle, die

- bei Ausübung einer Leibesübung oder einer sonstigen sportlichen Betätigung der Versicherten Person als Berufssportler während eines Trainings, des laufenden professionellen Saisonbetriebes oder eines Turniers auftreten oder
- bei Ausübung einer Leibesübung oder einer sonstigen sportlichen Betätigung der versicherten Person als Freizeitsportler dadurch entstehen, dass die Versicherte Person die für die betreffende Sportart oder den betreffenden Veranstaltungsort geltenden Anforderungen an eine ordnungsgemäße Ausrüstung, deren Verwendung für die Ausübung der betreffenden Sportart obligatorisch ist, nicht eingehalten hat oder
- in Ausübung einer Hoch-Risiko-Sportart im Sinne des Annexes III dieser Versicherungsbedingungen auftreten.

4.1.4. Unfälle durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der Versicherten Person ergreifen;

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die Versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

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

Der vorstehende Ausschluss findet keine Anwendung, wenn die Bewusstseinsstörung oder der Anfall durch einen Unfall nach Abschnitt 1.3 verursacht wurde, für den nach dem Versicherungsvertrag Deckung besteht;

4.1.5. Unfälle, die der Versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;

4.1.6. Unfälle, die im Zusammenhang mit jedem Mitführen von Waffen durch den Versicherungsnehmer verursacht werden. Das gilt auch für :

- das genehmigte Mitführen einer Waffe gemäß § 1 Absatz 2 des Waffengesetzes in der jeweils gültigen Fassung;
- die Ausführung einer Dienstleistung des Bewachungsgewerbes gemäß §§ 34a, 32 der Gewerbeordnung in Verbindung mit der Bewachungsverordnung in der jeweils gültigen Fassung, bei der die betreffenden Personen Waffen mit sich führen;

4.1.7. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Aufstände, Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden;

Wird die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen, gilt der Ausschluss nicht.

In diesem Fall erlischt der Versicherungsschutz aber am Ende des 7. Kalendertages nach Beginn des betreffenden Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese befristete Ausnahme von 7 Kalendertagen gilt nicht:

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht;
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg;
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen;

In all diesen Fällen ist der Versicherungsschutz stets ausgeschlossen.

4.1.8. Unfälle, der Versicherten Person:

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit dafür nach deutschem Recht eine Erlaubnis benötigt wird;
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs ausgeübt werden;

- 4.1.9. **Unfälle der Versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen oder anderen Transportmitteln zu Lande, zu Wasser oder in der Luft;**
Teilnehmer im vorstehenden Sinne ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs sowie jede weitere Person, die das Motorfahrzeug oder Transportmittel maßgeblich steuert.
Rennen sind solche Wettfahrten oder die dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten oder das Erreichen eines bestimmten Ortes als Erster ankommt.
- 4.1.10. **Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht werden;**
- 4.1.11. **Ausschlüsse aufgrund von Sanktionen und Embargos**
Leistungen des Versicherers sind ferner ausgeschlossen, soweit die Leistung des Versicherers im jeweiligen Einzelfall einen Verstoß darstellen würde gegen:
- eine wirtschaftliche, kommerzielle oder finanzielle Sanktions- und/oder Embargomaßnahme des UN-Sicherheitsrats oder der Europäischen Union; oder
 - andere auf dieses Versicherungsverhältnis anwendbare nationale Gesetze.
- Der vorstehende Ausschluss umfasst auch Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen und/oder Embargomaßnahmen, die von den Vereinigten Staaten von Amerika oder anderen Ländern verhängt werden, solange diese Maßnahmen nicht im Widerspruch zu den Gesetzen der Europäischen Union dem Sitzstaat des Versicherers (Ungarn) oder der Bundesrepublik Deutschland stehen.
- 4.2. **Ausgeschlossene Gesundheitsschäden**
Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:
- 4.2.1. **Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Dieser Ausschluss findet unter den nachfolgenden Voraussetzungen keine Anwendung:**
- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3.2 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt zu mehr als 50%) verursacht und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach dem Versicherungsvertrag.
- 4.2.2. **Gesundheitsschäden durch Strahlen**
- 4.2.3. **Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der Versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.**
- 4.2.4. **Eindringen von Mikroorganismen in den Körper („Infektionen“)**
Dies gilt insbesondere für Epidemien und Pandemien.
Der Ausschluss dieser Ziffer 4.2.4 findet unter den nachfolgenden Voraussetzungen keine Anwendung:
Die Versicherte Person infiziert sich
- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf oder
 - anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- 4.2.5. **Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe über den Eingang zur Speiseröhre**
Dieser Ausschluss findet keine Anwendung, sofern die Versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfallereignisses das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. In diesem Fall gilt der Ausschluss nur, wenn die Vergiftung durch Nahrungsmittel verursacht wurde.
- 4.2.6. **Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, wie beispielsweise posttraumatische Belastungsstörungen oder Angstzustände. Dies gilt auch dann, wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.**
- 4.2.7. **Bauch- oder Unterleibsbrüche;**

5. Der Leistungsfall – Was ist nach einem Unfall für Dich zu beachten?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Kapitel 2 geregelt.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln („**Obliegenheiten**“) und den Vorgang der Leistungsfallprüfung. Der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person müssen diese Obliegenheiten nach einem Unfall beachten, denn ohne diese Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 5.1. Nach einem Unfall,**
der voraussichtlich zu einer Leistung aufgrund eines Gesundheitsschadens führt, muss die Versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns durch eine vollständige Schadenmeldung auf der CHERRISK Online Plattform unverzüglich unterrichten. Eine Schadenmeldung erfolgt im Regelfall unverzüglich, wenn sie uns innerhalb von 2 Werktagen nach dem Unfallereignis (Ziffer 1.3.2) zugeht.
- 5.2. Sämtliche Angaben**
um die wir den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- 5.3. Wir führen die Leistungsprüfung**
durch qualifizierte Mitarbeiter unserer Leistungsabteilung durch. Ergänzend beauftragen wir Ärzte oder andere Gutachter, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die Versicherte Person untersuchen lassen. Mit allen Gutachtern und Ärzten müssen der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person in dem Maße zusammenarbeiten, wie dies erforderlich ist, um eine sachgerechte Schadenregulierung sicherzustellen.
- 5.4. Dokumente zur Begründung der Leistungspflicht**
Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die Versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben sowie
 - anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.
- Der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dies kann erfolgen, indem die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigt werden, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten können diese Auskünfte selbst eingeholt und uns zur Verfügung gestellt werden.
- Darüber hinaus benötigen wir möglicherweise sonstige Dokumente und Nachweise etwa über den tatsächlich entstandenen Schaden. Die CHERRISK Online Plattform enthält weitere Informationen zu den möglicherweise erforderlichen Nachweisen.
- 5.5. Wenn der Unfall zum Tod der Versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, sofern nicht außergewöhnliche Umstände des Einzelfalls eine Meldung innerhalb von 48 Stunden verhindern.**
Soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, muss uns das Recht verschafft werden, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

6. Obliegenheitsverletzungen – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person eine der in Kapitel 5 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, besteht kein Anspruch auf eine Leistung nach dem Versicherungsvertrag.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir den Anspruchsteller durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weist der Anspruchsteller nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Anspruchsteller nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung nach dem Versicherungsvertrag ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn der Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

7. Erbringung der Leistung – Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen und Prüfungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

7.1. Fristen für unsere Leistungen

7.1.1. Grundsätzlich erbringen wir unsere Zahlungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Erhalt der Unterlagen gemäß der Ziffer 7.1.2.

7.1.2. Die Frist nach der Ziffer 7.1.1 beginnt, sobald uns die folgenden Unterlagen zugegangen sind:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen (Abschnitt 5.1);
- bei Leistungen aufgrund von Invalidität zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens;
- alle medizinischen Unterlagen und Berichte, die wir angefordert haben (Abschnitte 5.4 und 5.5).

7.2. Kosten zur Klärung des Leistungsanspruches

Bei der Klärung von Leistungen aufgrund von Invalidität erstatten wir die notwendigen Kosten, die dem Versicherungsnehmer oder der Versicherten Person durch Untersuchungen oder sonstige inhaltliche Klärungen des Leistungsanspruchs entstehen bis zur Höhe von 0,5% der für Leistung aufgrund von Invalidität Vereinbarten Versicherungssumme.

7.3. Zahlungsempfänger

Empfänger unserer Zahlungen („**Zahlungsempfänger**“) ist grundsätzlich der Versicherungsnehmer, im Falle seines Todes seine durch Erbschein ausgewiesenen Erben.

7.4. Vorschüsse

Steht unsere Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Wunsch des Zahlungsempfängers – angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Leistung aufgrund von Invalidität nur innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis und nur bis zur Höhe der Invaliditätsleistung beansprucht werden, welche der Versicherungsvertrag vorsieht.

8. Vertragsschluss und Dauer des Versicherungsschutzes

8.1. Vertragsschluss

Der Vertragsschluss erfolgt ausschließlich online über die CHERRISK Online Plattform www.cherrisk.com.

Der Versicherungsvertrag kommt zwischen der UNIQA Biztosító Zrt, Geschäftsanschrift H-1134 Budapest, Róbert Károly körút. 70-74, Handelsregisternummer 01-10-041515, und dem Versicherungsnehmer zustande.

8.2. Beginn und Dauer des Versicherungsschutzes

8.2.1. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt („Versicherungsbeginn“).

8.2.2. Der Versicherungsvertrag verlängert sich jeweils um eine weitere Versicherungsperiode (Abschnitt 8.3), wenn er nicht nach den Ziffern 8.4.1 oder 8.4.2 vorzeitig beendet wurde. Im Falle einer Verlängerung bedarf es keiner Anpassung des Versicherungsscheins.

8.3. Versicherungsperiode

8.3.1. Die „**Versicherungsperiode**“ ist der Zeitraum eines Monats („**Versicherungsmonat**“). Der Versicherungsmonat beginnt am Kalendertag des Versicherungsbeginns (Ziffer 8.2.1) und endet um 24:00 Uhr an dem Kalendertag des Folgemonats, der dem Tage des Versicherungsbeginns im Folgemonat vorangeht.

8.3.2. Die Versicherungsperiode kann sich nach Ziffer 9.2.2 verschieben (siehe das dort aufgeführte Beispiel).

8.3.3. Die Laufzeit des Versicherungsvertrages entspricht der Dauer des Versicherungsschutzes.

8.4. Vertragsbeendigung

8.4.1. Automatische Vertragsbeendigung

Der Versicherungsschutz endet unter den folgenden Umständen automatisch, je nachdem, welches Ereignis zuerst eintritt:

Der Versicherungsnehmer hat seinen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt (Fehlen eines Zahlungsereignisses im Sinne der Ziffern 9.3.1 und 9.3.2);

Widerruf der Annahme durch den Versicherungsnehmer;

Tod des Versicherungsnehmers, wenn der Versicherungsnehmer der Versicherten Person entspricht;

Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers außerhalb der Bundesrepublik Deutschland;

Erreichen des 76. Lebensjahrs der Versicherten Person;

8.4.2. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Der Versicherungsvertrag endet durch Kündigung des Versicherungsnehmers zum Ende der laufenden Versicherungsperiode (Abschnitt 8.3).

Der Versicherungsnehmer muss die Kündigung mit einer Frist von 8 Kalendertagen vor dem Einheitlichen Fälligkeitsdatum des Anschlussbeitrags (Ziffer 9.2.1) erklären.

9. Versicherungsbeitrag

9.1. Berechnung

9.1.1. Jeder Beitrag wird für die Versicherungsperiode entrichtet (Abschnitt 8.3).

9.1.2. Der in Rechnung gestellte Beitrag setzt sich zusammen aus der tariflichen Kalkulation des Versicherers („**Nettoprämie**“) und der Versicherungssteuer in der jeweils gesetzlich festgelegten Höhe. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Versicherungssteuer in der gesetzlich festgelegten Höhe als Teil des in Rechnung gestellten Beitrages zu entrichten.

9.1.3. Der Versicherer verpflichtet sich gegenüber dem Versicherungsnehmer, die Nettoprämie in Höhe des „**Cherry-Coupons**“ zu reduzieren („**Prämienrabatt**“). Der „**Cherry-Coupon**“ ist der EURO-Betrag, der als Gutschein in der Anwendung „CHERRISK GO“ erhältlich ist, welche die Gesellschaft CherryHUB BSC Kft. (Geschäftsanschrift H-1134 Budapest, Róbert Károly körút 70-74; Handelsregister-Nummer 01-09-30974, 309745, Steuernummer 26242332-2-41) dem Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages auf der Anwendungsplattform „CHERRISK GO“ zugewiesen hat.

9.1.4. Die Geltendmachung des Cherry-Coupons erfolgt über die CHERRISK Online Plattform, ausschließlich für die Versicherungsperiode, die der Versicherungsperiode folgt, in welcher der Versicherungsnehmer den Prämienrabatt geltend gemacht hat.

9.2. Fälligkeit – Wann muss der Versicherungsnehmer seinen Beitrag zahlen?

Der Versicherungsnehmer ist vorleistungspflichtig.

Der Beitrag für die erste Versicherungsperiode („**Erstbeitrag**“) ist bei Vertragsabschluss fällig.

9.2.1. Der Beitrag für die jeweils folgende Versicherungsperiode („**Anschlussbeitrag**“) jeweils bis einem festgelegtem Zahltag („**einheitliches Fälligkeitsdatum**“) zu entrichten.

Das Einheitliche Fälligkeitsdatum gilt für alle Beiträge, die der Versicherungsnehmer aus CHERRISK Hausratversicherung oder CHERRISK Unfallversicherung mit dem Versicherer zu entrichten hat, die sich automatisch verlängern.

9.2.2. Der Versicherungsnehmer legt das Einheitliche Fälligkeitsdatum mit Abschluss des ersten verlängerbaren CHERRISK Versicherungsvertrages mit dem Versicherer fest („**Erstvertrag**“). Das Einheitliche Fälligkeitsdatum ist der Tag eines jeden Kalendermonats, der dem Datum des Abschlusses des Erstvertrags im Folgemonat vorangeht (siehe Beispiel in dieser Ziffer). Die erste Versicherungsperiode aller anderen CHERRISK Versicherungsverträge, die nach dem Erstvertrag abgeschlossen werden und die sich automatisch verlängern („**Folgeverträge**“), werden jeweils so angepasst, dass der Zahltag eines jeden Folgevertrages dem Einheitlichen Fälligkeitsdatum entspricht („**Anpassung**“) und infolge der Anpassung die Versicherungsperioden des Erstvertrages und des jeweiligen Folgevertrages identisch sind. Das Einheitliche Fälligkeitsdatum bleibt auch dann erhalten, wenn der Erstvertrag nicht fortgeführt wird.

Beispiel:

Der Versicherungsnehmer schließt eine CHERRISK Unfallversicherung am 04.03.2020 ab. Dann ist der erste Beitrag am 04.03.2020 fällig und der Versicherungsschutz dauert zunächst vom 04.03.2020 bis zum 03.04.2020. Der Anschlussbeitrag ist am 03.04.2020 24:00 Uhr fällig. Das ist das einheitliche Fälligkeitsdatum. Bei rechtzeitiger Zahlung verlängert sich der Versicherungsschutz ohne Unterbrechung vom 04.04.2020 bis zum 03.05.2020, wenn der nächste Anschlussbeitrag fällig wird.

Schließt der Versicherungsnehmer nun am 08.04.2020 eine CHERRISK Hausratversicherung ab (die sich ebenfalls automatisch verlängert), so ist der erste Beitrag für die Hausratversicherung am 08.04.2020 mit Vertragsschluss fällig. Der Anschlussbeitrag für die CHERRISK Hausratversicherung wird zum einheitlichen Zahlungstermin, dem 03.05.2020 24:00 Uhr gemeinsam mit dem Beitrag für die Unfallversicherung fällig.

9.3. Rechtszeitige Zahlung als auflösende Bedingung des Versicherungsvertrags und Versicherungsschutz

9.3.1. Die rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags bzw. jedes Anschlussbeitrags („**Zahlungsereignisse**“) ist Voraussetzung für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes.

9.3.2. Die Zahlung ist rechtzeitig erfolgt, sobald dem Versicherer eine Zahlungsbestätigung des eingeschalteten Zahlungsdienstleistungsanbieters (bei Kreditkarteneinsatz) bzw. der Bank des Versicherungsnehmers (bei SEPA-Mandat) vorliegt.

9.3.3. Der Versicherungsnehmer kann den Status seines Versicherungsschutzes über den Account auf der CHERRISK Online Plattform jederzeit einsehen.

9.4. Zahlungsweise und Versicherungsschutz

9.4.1. Den Erstbeitrag zahlt der Versicherungsnehmer vor Abschluss des Vertrags über die „**Antragsstrecke**“ der CHERRISK Online Plattform.

9.4.2. Der Versicherungsnehmer kann für die Zahlung des jeweiligen Anschlussbeitrags zwischen zwei Zahlungsweisen wählen:

- der „**aktiven Zahlung**“;
- der „**Abbuchung durch den Versicherer**“;

Diese Wahl trifft der Versicherungsnehmer über den Account der CHERRISK Online plattform.

- **Aktive Zahlung**
 - Wählt der Versicherungsnehmer die Aktive Zahlung, muss der Versicherungsnehmer die Zahlung des jeweiligen Anschlussbeitrags über den Account der CHERRISK Online Plattform selbst so vornehmen, dass die Zahlung bis spätestens 24:00 Uhr zum Einheitlichen Fälligkeitsdatum eines jeden Monats erfolgt ist (Ziffer 9.2.1).
 - Jeder Anschlussbeitrag ist 15 Kalendertage vor dem Einheitlichen Fälligkeitsdatum erfüllbar.
 - Erfolgt die Zahlung nicht oder nicht rechtzeitig, endet der Versicherungsvertrag (Ziffer 8.4.2) und der Versicherungsschutz (Ziffer 9.3.1) spätestens mit Ablauf der Versicherungsperiode.

- Abbuchung durch den Versicherer
 - Wählt der Versicherungsnehmer die Abbuchung durch den Versicherer, erteilt der Versicherungsnehmer dem Versicherer für die Zahlung des jeweiligen Anschlussbeitrags über den Account der CHERRISK Online Plattform eine Einzugsermächtigung in Höhe des Betrags des jeweiligen Anschlussbeitrags.
 - Der Versicherungsnehmer kann diese Einzugsermächtigung bis zu 8 Kalendertage vor dem Einheitlichen Fälligkeitsdatum für die kommende Versicherungsperiode widerrufen, indem er die Zahlungsweise im Account der CHERRISK Online Plattform zugunsten der aktiven Zahlung umstellt.
 - Im Übrigen bleiben die gesetzlichen Vorschriften zum Zahlungsverzug bei der Beitragszahlung unberührt.

9.5. Beitrag bei automatischer Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrages haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht. Dabei berechnen wir für jeden Kalendertag des gewährten Versicherungsschutzes 1/30 des monatlichen Beitrages.

10. Die beteiligten Personen – Wer hat welche Rechte und Obliegenheiten?

10.1. Rechtsverhältnisse Wie verhalten sich die Rechte und Obliegenheiten der beteiligten Personen zueinander?

Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einer anderen Versicherten Person zustoßen.

Wir erbringen Zahlungen aufgrund von Leistungen aus dem Versicherungsvertrag an die Versicherte Person. Ausnahmen hierzu regelt Abschnitt 7.3.

Versicherungsnehmer und Versicherte Person sind für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich, die sie jeweils betreffen.

10.2. Rechtsnachfolger

Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger entsprechend anzuwenden.

10.3. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

11. Vorvertragliche Anzeigepflicht – Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

11.1. Der Versicherungsnehmer und die Versicherte Person sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärungen verpflichtet,

alle ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem Vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die Wir

- nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers
- aber noch vor der Vertragsannahme
- in Textform stellen.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für den Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden wird der Versicherungsnehmer so behandelt, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

11.2. Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. wir können in einem solchen Fall:

- vom Versicherungsvertrag nach den Voraussetzungen der Ziffer 11.2.1 zurücktreten;
- den Versicherungsvertrag nach den Voraussetzungen der Ziffer 11.2.2 kündigen;
- den Versicherungsvertrag nach Abschnitt 11.4 wegen arglistiger Täuschung anfechten;

11.2.1. Rücktritt des Versicherers

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn weder eine vorsätzliche, noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht rückwirkend.

11.2.2. Kündigung des Versicherers

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Versicherungsvertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

11.3. Voraussetzungen für die Ausübung der Rechte des Versicherers

Unsere Rechte zum Rücktritt oder zur Kündigung stehen uns nur zu, wenn wir den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt oder zur Kündigung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt oder zur Kündigung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere

Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt und zur Kündigung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

11.4. Anfechtung durch den Versicherer

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zum Angebot des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12. Verjährung – Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag?

12.1. Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

12.2. Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem der Zahlungsempfänger unsere Entscheidung in Textform zugeht.

13. Vertragsrelevante Erklärungen – Was ist bei Mitteilungen an und durch den Versicherer zu beachten? Was gilt bei Änderung der Anschrift?

13.1. Anzeigen oder Erklärungen

erfolgen vorrangig über den Account (Abschnitt 13.2) der „CHERRISK Online Plattform“.

13.2. Nach erfolgreicher Registrierung auf der CHERRISK Online Plattform

wird für jeden Versicherungsnehmer ein persönlicher und geschützter Bereich eingerichtet, auf den nur der Versicherungsnehmer Zugriff hat. Auf diesen geschützten Bereich kann der Versicherungsnehmer jederzeit zugreifen („Account“). Über den Account kommunizieren der Versicherer und der Versicherungsnehmer miteinander, geben also Anzeigen und Willenserklärungen ab.

13.3. Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers werden wirksam,

nachdem er sie über den Account abgegeben hat.

13.4. Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherers

werden wirksam, nachdem diese in den Account eingestellt wurden und der Versicherungsnehmer mit einer gesonderten Nachricht an seine E-Mail-Adresse außerhalb des Accounts informiert wurde.

13.5. Wir sind an einer schnellen Bearbeitung aller Geschäftsvorfälle interessiert.

Deshalb sind uns Änderungen der E-Mail-Adresse unverzüglich mitzuteilen. E-Mails an den Versicherungsnehmer gelten als zugegangen, wenn sie an die zuletzt bekannte E-Mail-Adresse versendet wurden.

13.6. Darüber hinaus bleiben Mitteilungen

auf dem Postweg in Ausnahmefällen möglich. Eine Änderungen des Namens des Versicherungsnehmers sowie der Postanschrift sind dem Versicherer innerhalb von 5 Werktagen über die CHERRISK Online plattform mitzuteilen.

Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherers an die zuletzt bekannte postalische Adresse des Versicherungsnehmers gelten 3 Werktagen nach der Übergabe an die Post als zugegangen.

14. Rechtswahl – Welches Recht findet Anwendung?

Für den Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

15. Gerichtsstand – Welches Gericht ist zuständig?

15.1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens;
- das Gericht am Wohnorts des Versicherungsnehmers oder, wenn dieser keinen festen Wohnsitz hat, der Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts;

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer

ist das Gericht seines Wohnorts oder, wenn er keinen festen Wohnsitz hat, das Gericht seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

Annex I - Leistungstabelle

	Leistungsarten	Berechnung der Zahlung	Vereinbarte Versicherungssumme (€)				
	Leistungen aufgrund von Invalidität	Pauschale Zahlung in Abhängigkeit der Leistungsstufe					
2.2.	Leistungsstufe 1 Invaliditätsgrade: 1% -30% Obergrenze: 30%.	Invaliditätsgrad gemäß Ziffer 2.2.2 der VB ¹ , dividiert durch Obergrenze (siehe linke Spalte) multipliziert mit VVS ²	2.000	3.500	5.000	7.500	10.000
	Leistungsstufe 2 Invaliditätsgrade:31%-100% Obergrenze: 100%	Invaliditätsgrad gemäß Ziffer 2.2.2 der VB, dividiert durch Obergrenze (siehe linke Spalte) multipliziert mit VVS	20.000	35.000	50.000	75.000	100.000
2.3.	Leistungen aufgrund von Verbrennungen	Pauschale Zahlung als Anteil an der VVS; Berechnung: Prozentsatz gemäß Ziffer 2.3.3 der VB multipliziert mit VVS	4.000	7.000	10.000	15.000	20.000
2.4.	Kosten für Maßnahmen zur weiteren Genesung und medizinische Hilfsmittel	Erstattung nachgewiesener Kosten bis zur maximalen Höhe von ...	20.000	20.000	25.000	30.000	35.000
	Übergangsleistungen bei Arbeitsunfähigkeit	Pauschale Zahlung in Abhängigkeit der Leistungsstufe					
2.5.	Leistungsstufe 1 (nach 30 Kalendertagen)	Pauschale Zahlung in Höhe von ...	750	750	1.000	1.500	2.000
	Leistungsstufe 2 (nach 60 Kalendertag)	Pauschale Zahlung in Höhe von ...	350	350	500	750	1.000
2.6.	Krankenhaustagegeld	Pauschale Zahlung pro Tag in Höhe von ..., ab dem 1. Tag der Behandlung für einen maximalen Zeitraum von 180 Kalendertagen	10	20	25	40	50
2.7.	Leistungen nach Operationen	Pauschale Zahlung als Anteil an der VVS; Berechnung: Prozentsatz gemäß Ziffer 2.7.2 der VB, multipliziert mit der VVS	4.000	7.000	10.000	15.000	20.000
2.8.	Leistungen nach kosmetischen Operationen	Pauschale Zahlung als Anteil an der VVS; Berechnung: Prozentsatz gemäß Ziffer 2.8.2 der VB, multipliziert mit der VVS	2.000	3.500	5.000	7.500	10.000

¹ VB = Versicherungsbedingungen (siehe Glossar)
² VVS = Vereinbarte Versicherungssumme (siehe Glossar)

Leistungen nach Knochenbrüchen und Knochenrissen						
2.9.	Einfache Knochenbrüche und Knochenrisse	Pauschale Zahlung pro Knochenbruch oder Knochenriss in Höhe von ... bis maximal zu 4 Knochenbrüchen oder Knochenrissen	200	200	200	300 350
	Schwere Knochenbrüche	Pauschale Zahlung in Höhe von ...	800	800	800	1.200 1.400
2.10.	Leistungen nach Tierbissen	Pauschale Zahlung in Höhe von ...	150	150	150	250 350
2.11.	Todesfalleistung	Pauschale Zahlung in Höhe von ...	20.000	35.000	50.000	75.000 100.000
2.12.	Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze	Erstattung nachgewiesene Rettungskosten bis zur maximalen Höhe von ...	6.000	6.000	6.000	6.000 6.000
2.13.	Kosten durch den Verlust von Ausweisdokumenten	Erstattung nachgewiesener Kosten der Wiederbeschaffung bis zur maximalen Höhe von ...	100	100	100	100 100
2.14.	Kosten für Mitgliedschaften in Fitness-Centern	Erstattung nachgewiesener Kosten von bis zu 2 Monatsbeiträgen des Fitness-Centers und einer maximalen Höhe von...	50	50	50	75 75
2.15.	Zusatzkosten aus Carsharing Verträgen	Erstattung nachgewiesener Kosten der Inanspruchnahme durch den Anbieter bis zu einer maximalen Höhe von ...	100	100	100	100 100
2.16.	Lernhilfen	Pauschale Zahlung in Höhe von ...	150	150	150	250 350
2.17.	Kosten für Krankentransporte	Erstattung nachgewiesener angemessener Kosten des Transports bis zur maximalen Höhe von ...	200	200	200	200 200
2.18.	Kosten für den Besuch einer nahestehenden verletzten Versicherten Person	Erstattung nachgewiesener angemessener Kosten der Reise bis zu einer maximalen Höhe von ...	200	200	200	200 200

Annex II - Glossar

Begriff

Abbuchung durch den Versicherer	Zahlungsart, bei welcher der Versicherungsnehmer dem Versicherer für die Zahlung von Anschlussbeiträgen über den Account eine Einzugsermächtigung gewährt.
Account	Der geschützte Bereich der CHERRISK Online Plattform, über den die Kommunikation zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer vorrangig erfolgt.
Abwesenheitsort	Ort nach Ziffer 2.18.1.
Aktive Zahlung	Zahlungsart, bei der sich der Versicherungsnehmer entscheidet, die Zahlung jedes Anschlussbeitrags über seinen Account selbst vorzunehmen und bei der die Zahlung spätestens bis zum einheitlichen Fälligkeitsdatum (Ziffer 9.2.1) eines jeden Versicherungsmonats erfolgen muss (Ziffer 9.4.2).
Allgemeine Vertragsinformationen	Weitere Informationen über den Versicherer und den Versicherungsvertrag, die das Informationsblatt zum Versicherungsprodukt (IPID) ergänzen, einschließlich der Informationen zum elektronischen Geschäftsverkehr und der Belehrung zum Widerrufsrecht.
Anpassung	Der Vorgang zur Harmonisierung des Zahltages eines jeden Folgevertrags an den Einheitlichen Fälligkeitsdatum (Ziffer 9.2.1).
Anschlussbeitrag	Jeder Beitrag, der nicht Erstbeitrag ist (Ziffer 9.2).
Antragsstrecke	Der Teil der CHERRISK Online Plattform, über den der Versicherungsnehmer den CHERRISK Unfallversicherungsvertrag erstmalig abschließt.
BaFin	Die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.
Belehrung zum Widerrufsrecht	Informationen zu Deinem gesetzlichen Widerrufsrecht, die Du in den „Allgemeinen Vertragsinformationen“ in Deinen Vertragsdokumenten findest.
Beratungsprotokoll	Das Dokument, das die Eigenschaften und Besonderheiten der CHERRISK Unfallversicherung für Dich zusammenfasst und Dir die Möglichkeit gibt, die CHERRISK Unfallversicherung nochmals mit Deinen persönlichen Bedürfnissen abzugleichen.
Carsharing	Der Service nach Abschnitt 2.15.
CHERRISK Online Plattform	Die Online Plattform des Versicherers www.cherrisk.com , über die gemäß Kapitel 13 Erklärungen mit bindender Wirkung für und gegen den Versicherer sowie den Versicherungsnehmer abgegeben werden können.
Cherry-Coupon	Der EURO-Betrag, welcher dem Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrages auf der Anwendungsplattform „CHERRISK GO“ zugewiesen wurde.
Datenschutzerklärung	Die Beschreibung der Verarbeitung personenbezogener Daten auf der offenen Webseite des Versicherers unter www.cherrisk.com .
Einheitlicher Fälligkeitsdatum	Der bestimmte Zahltag eines Kalendermonats, bis dem der Versicherungsnehmer alle Beiträge aus CHERRISK Unfallversicherung und CHERRISK Hausratversicherung zu entrichten hat.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs-erklärung	Deine datenschutzrechtliche Einwilligung zur Verwendung Deiner Gesundheitsdaten im Rahmen des Versicherungsvertrags.
Erstbeitrag	Der Beitrag, der bei Abschluss der CHERRISK Unfallversicherung fällig wird (Abschnitt 9.2).
Erstvertrag	Der erste verlängerbare CHERRISK Versicherungsvertrag des Versicherungsnehmers mit dem Versicherer (Ziffer 9.2.2).
Folgeverträge	Alle verlängerbaren CHERRISK Versicherungsverträge, die nach dem Erstvertrag abgeschlossen werden (Ziffer 9.2.2).
Infektion	Das Eindringen von Mikroorganismen in den Körper (Ziffer 4.2.4).
Informationen zum elektronischen Geschäftsverkehr	Die Informationen zum elektronischen Vertragsschluss über die CHERRISK Online Plattform, die Du in „Deinen Allgemeinen Informationen für den Versicherungsnehmer“ findest.
Informationsblatt zum Versicherungsprodukt (IPID)	Das 2-seitige Dokument in Deinen Vertragsdokumenten, das es Dir erlaubt, die CHERRISK Unfallversicherung mit anderen Versicherungen zu vergleichen.
Invalidität	Der Gesundheitszustand der Versicherten Person gemäß Ziffer 2.2.2.
Invaliditätsgrad	Der Grad der Invalidität der Versicherten Person, der sich nach Ziffer 2.2.2. der Versicherungsbedingungen ermittelt.
Leistungsart(en)	Die Unfallfolge(n) des Unfallereignisses, durch die sich die Zahlung des Versicherers bestimmt (siehe vereinbarte Versicherungssummen und nachgewiesene Kosten).
Leistungstabelle	Alle Leistungsarten, welche der Versicherungsvertrag vorsieht.
Minderjährige	Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
Mitwirkungsanteil	Der Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an einer Gesundheitsschädigung, ihren Folgen oder an sonstigen Schäden nach dem Versicherungsvertrag mitgewirkt haben und der den Umfang der Leistung entsprechend mindert.
MNB	Die ungarische Versicherungsaufsicht – Magyar Nemzeti Bank.
Nahestehende Person	Verwandte des ersten Grades im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches, Ehegatten und Lebenspartner sowie Kinder der versicherten Person.
Nettoprämie	Der Anteil der Prämie, welcher der tariflichen Kalkulation des Versicherers für das versicherte Risiko entspricht.
Obliegenheiten	Verhaltensregeln nach Kapitel 5.
Operation	Jeder medizinische Eingriff, der nach den Regeln des ärztlichen Berufsstandes durchgeführt wird und zum Zwecke der Behandlung oder Diagnose durchgeführt wird.
Prämienrabatt	Der Betrag des Cherry Coupons in dessen Höhe der Versicherer sich gegenüber dem Versicherungsnehmer verpflichtet, die Nettoprämie zu reduzieren (Ziffer 9.1.3).
Tarifgruppe	Die konkreten Leistungen, die der Versicherungsnehmer für seinen Versicherungsvertrag ausgewählt hat; die CHERRISK Unfallversicherung sieht 5 Tarifgruppen vor.

Textform	Jede Form von Erklärung, die es dem Empfänger ermöglicht, eine an ihn persönlich gerichtete Erklärung so aufzubewahren oder zu speichern, dass sie ihm während eines angemessenen Zeitraums zugänglich ist und geeignet ist, die Erklärung unverändert wiederzugeben. Dies umfasst u.a. E-Mails und Korrespondenz über die CHERRISK Online Plattform.
Unfall	Das Ereignis, das in Abschnitt 1.3 der VB definiert ist.
Unfallereignis	Das Ereignis, das in Ziffer 1.3.2 der VB definiert ist.
Vereinbarte Versicherungssumme (VVS)	Die Versicherungssumme, die für die jeweilige Leistungsart separat vereinbart wurde.
Versicherer	UNIQA Biztosító Zrt. (Geschäftsanschrift H-1134 Budapest, Róbert Károly körút 70-74, Handelsregister-Nummer 01-10-041515).
Versicherte Person	Die Person, deren Gesundheit, Leben und Vermögen nach dem Versicherungsvertrag versichert ist.
Versicherungsbedingungen	Die vorliegenden Bedingungen des Versicherungsvertrages, die dessen Inhalt verbindlich festlegen und als „Versicherungsbedingungen“ bezeichnet werden.
Versicherungsbeginn	Der im Versicherungsschein angegebene Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsschutzes.
Versicherungsmonat	Der Zeitraum eines Monats, der die Versicherungsperiode darstellt (Ziffer 8.3.1).
Versicherungsnachtrag	Die jeweils aktualisierte Version des Versicherungsscheins.
Versicherungsnehmer	Die Person, mit welcher der Versicherer einen Versicherungsvertrag abgeschlossen hat.
Versicherungsschein	Das Dokument, das den Inhalt des Versicherungsvertrags zusammenfasst und als „Versicherungsschein“ bezeichnet ist.
Versicherungsvertrag	Das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer, das die Deckung von Unfallversicherungsrisiken zum Gegenstand hat.
Vertragsdokumente	Die Dokumente, die UNIQA an die E-Mail-Adresse und den Account des Versicherungsnehmers übersendet und die folgenden Dokumente umfassen: • Die Versicherungsbedingungen CHERRISK Unfallversicherung; • Das Informationsblatt zum Versicherungsprodukt CHERRISK Unfallversicherung; • Die Allgemeinen Vertragsinformationen (einschließlich der Belehrung zum Widerrufsrecht sowie den Informationen zum elektronischen Geschäftsverkehr); • das Beratungsprotokoll; • die Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung.
Wir	Der Versicherer.
Zahlungsempfänger	Die Person, an die der Versicherer Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auszahlt (Abschnitt 7.3).
Zahlungsereignis	Die rechtzeitige Zahlung der ersten und jeder folgenden Prämie als Voraussetzung für die Entstehung bzw. Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes.

Annex III - Hoch-Risiko Sportarten

Definition – Was sind Hoch-Risiko Sportarten?

„**Hoch-Risiko-Sportarten**“ im Sinne der Ziffer 4.1.3 der Versicherungsbedingungen sind Sportarten und Freizeitaktivitäten, mit denen ein hohes Risiko erheblicher bis tödliche Verletzungen verbunden ist. Hoch-Risiko Sportarten sind:

Urbane Sportarten

wie Parkour, Free Running, Aggressives Inlining,
High Lining, Slacking oder vergleichbarer Balancesportarten ab einer Spannhöhe von 5m,
Street Lugging.

Luftsportarten

wie Fallschirmspringen (auch im Tandem als Passagier), Base Jumping, Gleitschirmfliegen, Drachenfliegen, Wing-Suit-Fliegen, Segelfliegen, Motorfliegen, Ultraleichtfliegen sowie Kunstflug.

Wassersportarten

wie Jetski fahren, Wind- oder Wellensurfen und Kite Surfen, jeweils bei Windstärken von oder über 6 auf der Beaufort-Ortsskala,
Einhandsegeln und Offshore-Segeln,
Cliff Diving,
Rafting, sonstige Ruder- oder Board-Sportarten einschließlich River Boarding auf Gewässern, die von der American Whitewater Association mit Stufe III oder höher eingestuft sind, sowie Rafting auf Strecken mit niedrigerer Stufe ohne Begleitung durch einen durch die International Rafting Federation oder sonst regional zertifizierten Bootsführer,
Tauchen unter Verwendung von Kompressionsluft bei einer Wassertiefe von mehr als 40m, Apnoetauchen und Eistauchen,
Canyoning.

Bergsportarten

Alpine Hochtouren. Darunter fallen Besteigungen, Abstiege sowie Wanderungen auf, von oder zu Erhebungen mit einer Höhe von über 3.500m über dem Meeresspiegel,
Klettersport unter extremen Bedingungen. Extreme Bedingungen liegen insbesondere vor beim:
Klettern auf Routen, die auf der Skala der Union Internationale des Associations d'Alpinisme (UIAA-Skala) die Stufe IV oder höher übersteigen,
Free-Climbing und Free-Solo,
Klettern unter Einsatz von Klettersteigen auf Routen, die mehr als 3.500m über dem Meeresspiegel liegen oder auf Routen, die auf der Schall Skala mit Stufe D oder höher eingestuft sind, und
Eisklettern über 3.500m über dem Meeresspiegel oder auf Strecken, die auf der Water Ice Scale (WI) mit Stufe W2 oder höher eingestuft sind,
Mountain Biking außerhalb befestigter Straßen sowie Down Hilling,
Höhlenwanderungen jenseits von für touristische Zwecke befestigten unterirdischen Wegen und Pfaden,

Wintersportarten

Jede Art von Skifahren, Snowboarden oder Schneeschuhwandern außerhalb dafür gekennzeichneten Flächen und Routen.