

Verbraucherinformation zur Unfallversicherung Arch Exclusive - Stand: 12.2008

Inhalt

Allgemeine Versicherungsinformationen nach § 1 (Informationspflichtenverordnung des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG))

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008)
(Arch Exclusive - 12.2008)

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Arch Insurance Company (Europe) Ltd, London UK
Direktion für Deutschland
In Vollmacht Arch Underwriting GmbH
Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen
Tel. +49 (0) 421 33302 0
Fax +49 (0) 421 33302 269

HRB 25094 Amtsgericht Bremen
Bankverbindung: Bankhaus Neelmeyer
Konto-Nr. 1000348555 – BLZ 290 200 00
www.archinsurance.co.uk.

Hauptbevollmächtigter für Deutschland: Hans-Christoph Enge

Allgemeine Versicherungsinformationen nach § 1 VVG Informationspflichtenverordnung

1. Informationen zum Versicherer

Sitz der Arch Insurance Company (Europe) Ltd. – Direktion für Deutschland ist: Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen.

Die Handelsregisternummer ist HRB 25094 Amtsgericht Bremen

Zweigniederlassung der unter der Firma Arch Insurance Company (Europe) Limited in London/Großbritannien bestehenden Hauptniederlassung (Companies House Cardiff/Großbritannien, Nr. 4977362)

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigter:

Arch Insurance Company (Europe) Ltd., Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen
Hauptbevollmächtigter: Hans-Christoph Enge

Hauptgeschäftstätigkeit und Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb der Sparten Sach- und Personenversicherungen (gemäß Ziffer 1., 5 bis 9., 11 bis 13 und 16 der Anlage A zum Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie das Rückversicherungsgeschäft.

Die Arch Insurance Company (Europe) Ltd., Direktion für Deutschland unterliegt der Aufsicht **der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht**, Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
Telefon: (0228) 4108-0
Telefax: (0228) 4108- 15 50
E-Mail : poststelle@bafin.de

2. Wesentliche Merkmale der Versicherung

Es gelten die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008) – (Arch Exclusive -12.2008) in der jeweils gültigen Form sowie die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zugrunde gelegten Tarifbestimmungen.

Bei dem abgeschlossenen Vertrag handelt es sich um eine Unfallversicherung, deren Versicherungsschutz – sofern nichts anderes vereinbart wurde – 24 Stunden am Tag besteht. Grundvoraussetzung für die folgenden Leistungen ist jeweils ein Unfall gemäß den oben genannten Versicherungsbedingungen.

Invaliditätsleistungen: Sie werden erbracht, sofern Sie während der Wirksamkeit des Vertrages durch Unfall auf Dauer in Ihrer körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind (Invalidität).

Übergangsleistung: Sie wird erbracht, sofern Sie durch einen Unfall über einen Zeitraum von drei Monaten vollständig und nach Ablauf von sechs Monaten zu mindestens 50% ohne Unterbrechung in Ihrer Leistungsfähigkeit beeinträchtigt sind.

Tagegeld: Es wird geleistet, sofern Ihre Arbeitsfähigkeit durch einen Unfall beeinträchtigt ist und Sie sich in ärztlicher Behandlung befinden.

Krankenhaustagegeld: Es wird erbracht, sofern Sie sich wegen eines Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befinden.

Genesungsgeld: Es wird erbracht, wenn Sie aus der vollstationären Krankenhausbehandlung entlassen werden und Anspruch auf Krankenhaustagegeld hatten.

Todesfalleistung: Sie wird erbracht, sofern Sie infolge eines Unfalles innerhalb von einem Jahr versterben oder aber innerhalb von zwei Jahren infolge eines Unfalles sterben, ohne das eine Invalidität im Sinne der Bedingungen festgestellt wurde.

Die genauen Definitionen, Anspruchsvoraussetzungen und Ausschlüsse zu den oben genannten Leistungsarten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008).

3. Gesamtpreis der Versicherung und Kosten

Den Gesamtpreis der Versicherung entnehmen Sie bitte dem Angebot und dem Versicherungsvertrag. Der darin ausgewiesene Beitrag versteht sich inklusive der derzeit gültigen Versicherungssteuer von 19%. Etwaige Gebühren und sonstige Kosten werden Ihnen nicht in Rechnung gestellt.

4. Zahlung, Erfüllung und Zahlungsweise des Beitrages

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen ab Zugang des Versicherungsvertrags fällig. Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Bei Erteilung einer Lastschriftermächtigung gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Weitere Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistung entnehmen Sie bitte den AUB 2008.

5. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Vertrag kommt formell durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande – unserem Angebot und Ihrer Annahme. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsvertrag genannten Datum, sofern Sie den ersten Beitrag zum vereinbarten Zeitpunkt bezahlt haben. Zahlen Sie den Beitrag nicht zum vereinbarten Zeitpunkt, sondern später, dann beginnt der Versicherungsschutz erst zu diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsvertrag auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

6. Ihr Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen, ohne Angabe von Gründen, in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsvertrag, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen (Produktinformationsblatt und Versicherungsinformationen) und diese Belehrung zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerspruchsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Arch Insurance Company (Europe) Ltd. – Direktion für Deutschland, Herrlichkeit 5/6, 28199 Bremen. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Fax-Nr. zu richten: 0421-333 02 269. Die Adresse für den Widerruf per E-Mail lautet: mailbox@archinsurance.de

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrages, der auf die Zeit nach dem Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrages, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt und beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen den gesamten Beitrag.

Beiträge erstatten wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

7. Vertragslaufzeit und Vertragsbeendigung

Die Angaben entnehmen Sie bitte Ihrem Angebot.

8. Gerichtsstand und anwendbares Recht

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der 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.

Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, dass für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, für den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb Deutschlands oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist für Klagen aus dem Versicherungsvertrag und der Versicherungsvermittlung das Gericht ausschließlich zuständig, in dessen Bezirk wir unsern Sitz haben.

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

9. Vertragssprache

Die Kommunikation während der Vertragsdauer erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

10. Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde

Für Beschwerden aus diesem Vertrag wenden Sie sich bitte an:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
Telefon: (0228) 4108-0
Telefax: (0228) 4108-1550
E-Mail : poststelle@bafin.de

11. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) - Datenschutzklausel

Sie willigen ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt.

Sie willigen ferner ein, dass die Versicherer Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an die für Sie zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung Ihrer Versicherungsangelegenheiten dient.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an den Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist. Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willigen Sie ferner ein, dass der/die Vermittler Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung konnten Sie Kenntnis nehmen, und haben es als Teil der Verbraucherinformation erhalten.



Insurance (Europe)

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2008)

(Arch Exclusive – 12.2008)

**Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner
Versicherte Personen 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?**
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfalleistung
- 3 Welche Leistungen sind beitragsfrei mitversichert?**
 - 3.1 Generelle Vereinbarungen
 - 3.2 Kosmetische Operationen
 - 3.3 Bergungskosten
 - 3.4 Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe
 - 3.5 Schmerzensgeld bei Schwerverletzungen
 - 3.6 Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten
 - 3.7 Komageld
 - 3.8 Gipsgeld
 - 3.9 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten
 - 3.10 Druckkammerkosten
 - 3.11 Zusatzbedingen für die Kinder-Unfallversicherung
- 4 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?**
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- 6 Welche Personen sind nicht versicherbar?**
- 7 Was ist zu beachten**
 - 7.1 - bei Umstellung des Kindertarifs
 - 7.2 - bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Der Leistungsfall

- 8 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- 9 Welchen Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**

10 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Vertragsdauer

**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 zahlen?**

Weitere Bestimmungen

13 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen untereinander?

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 Maklerklausel

19 Welches Recht findet Anwendung?

20 Bezugsberechtigung

DER VERSICHERUNGSUMFANG

1 Was ist versichert?

1.1 Zeitlicher und örtlicher Geltungsbereich

Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages in der ganzen Welt zustoßen.

1.2 Unfallbegriff

1.2.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.2.2 Auf die Leistungsvoraussetzung der Unfreiwilligkeit berufen wir uns nicht, wenn die versicherte Person aus Anlass der rechtmäßigen Verteidigung oder aus dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.2.3 Auf die Leistungsvoraussetzung der Plötzlichkeit berufen wir uns nicht, wenn die versicherte Person durch allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Röntgen- oder Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Dies gilt nicht für Berufs- oder Gewerbekrankheiten sowie für Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Gas, Dampf oder Strahlen erzeugenden Apparaten eingetreten sind.

1.2.4 Auf die Leistungsvoraussetzung der Einwirkung von außen berufen wir uns nicht bei tauchtypischen Gesundheitsschädigungen wie z. B. Caissonkrankheit; ferner bei Trommelfellverletzungen und Erstickungs- bzw. Ertrinkungstod unter Wasser.

1.3 Erweiterung des Unfallbegriffs

1.3.1 Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte

- Verrenkungen von Gelenken an Gliedmaßen oder Wirbelsäule;
- Zerrungen oder Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln;
- Bauch- oder Unterleibsbrüche.

1.3.2 Als Unfall gelten auch die Folgen von Insektenstichen und -bissen, mit Ausnahme der dadurch verursachten Infektionen.

1.4 Generelle Einschränkungen

Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 4), nicht versicherbare Personen (Ziffer 6) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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.

Neben den Regelungen unter Ziffer 7 müssen Sie nach einem Unfall auch die bei der jeweiligen Leistungsart aufgeführten Voraussetzungen für die Leistung beachten, dort insbesondere Fristen für ärztliche Feststellungen und Geltendmachung der Leistungen.

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 Zustandes nicht erwartet werden kann.

2.1.1.2 Die Invalidität ist

- a) innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- b) innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und
- c) innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.1.1.3 Die unter 2.1.1.2 b) genannte Frist gilt auch dann als eingehalten, wenn ein Arzt, der die versicherte Person anlässlich des Unfalles oder der Folgen behandelt hat, rechtzeitig zur Abgabe der erforderlichen Bescheinigung schriftlich aufgefordert wurde.

2.1.1.4 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Auf Ziffer 2.6 Todesfallleistung, sofern diese vereinbart ist, wird hingewiesen.

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	90 %
Hand	80 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	10 %
Daumen und alle anderen Finger einer Hand jedoch maximal	70 %
Bein	90 %
Bein bis Mitte Oberschenkel	80 %
Bein bis unterhalb Knie	70 %
Fuß	60 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	8 %
Auge	70 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	100 %
Gehör auf einem Ohr	50 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	80 %
Gehör auf beiden Ohren	100 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Stimme	100 %

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

2.1.2.2.3 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.

2.1.2.2.4 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 bis Ziffer 2.1.2.2.3 zu bemessen.

2.1.2.2.5 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % 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.

2.1.3 Progressive Invaliditätsstaffeln

Sofern beantragt und im Versicherungsschein beurkundet, gilt für die versicherte Person die im Versicherungsschein angegebene progressive Invaliditätsstaffel. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.5 und Ziffer 4 ermittelt.

2.1.3.1 Progressive Invaliditätsstaffel 225%

In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:

Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlen wir zusätzlich 1% aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1% aus der Versicherungssumme.

- 2.1.3.2 **Progressive Invaliditätsstaffel 300%**
In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1% aus der Versicherungssumme.
- 2.1.3.3 **Progressive Invaliditätsstaffel 350%**
In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 2% aus der Versicherungssumme.
- 2.1.3.4 **Progressive Invaliditätsstaffel 500%**
In Ergänzung von Ziffer 2.1.2.2 gilt:
Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25% übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2% aus der Versicherungssumme. Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50% übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 5% aus der Versicherungssumme.
- 2.1.4 Altersabhängige Mehrleistung**
Für Verträge ohne progressive Invaliditätsstaffel oder andere Mehrleistungs-Bedingungen und ohne eine Sonder-Gliedertaxe (z. B. für Ärzte, Berufsmusiker etc.) gilt folgendes:
- 2.1.4.1 Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:
- Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 4 ermittelt und der Unfall ereignet sich vor Vollendung des
 - 25. Lebensjahres der versicherten Person und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% oder
 - 50. Lebensjahres der versicherten Person und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 80% oder
 - 65. Lebensjahres der versicherten Person und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90%.
- 2.1.4.2 Die Mehrleistung ist für jede versicherte Person auf höchstens € 160.000,- beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.
- 2.1.5 Beitragsfreie Mitversicherung für neugeborene oder adoptierte Kinder im ersten Jahr**
- 2.1.5.1 Ihre während der Vertragsdauer geborenen oder adoptierten Kinder sind für die Dauer eines Jahres nach der Geburt bzw. Adoption automatisch mit einer Versicherungssumme von EUR 40.000 für Invalidität beitragsfrei mitversichert.
- 2.1.5.2 Wird das Kind bereits während des ersten Jahres in den Vertrag eingeschlossen, so gilt der beitragsfreie Versicherungsschutz im Sinne des ersten Absatzes als weitere Versicherungssumme.
- 2.1.5.3 Die Regelungen für progressive Invaliditätsstaffeln und altersabhängige Mehrleistung werden auf die beitragsfreie Versicherungssumme nicht angewendet.
- 2.1.5.4 Die Leistung aus dieser Vorsorgeversicherung kann für jedes Kind nur einmal in Anspruch genommen werden.
- 2.2 Übergangsleistung**
- 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.2.1.1 Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- a) für die Dauer von 3 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ununterbrochen um 100 % beeinträchtigt oder
 - b) für die Dauer von 6 Monaten vom Unfalltag an gerechnet ununterbrochen um 50 % beeinträchtigt.
- 2.2.1.2 Die Übergangsleistung ist unter Vorlage eines ärztlichen Attestes spätestens
- im Falle von Ziffer 2.2.1.1 a) nach 4 Monaten
 - im Falle von Ziffer 2.2.1.1 b) nach 7 Monaten
- vom Unfalltag an gerechnet bei uns geltend gemacht worden.
- 2.2.2 Art und Höhe der Leistung:**
Die Übergangsleistung wird einmalig in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.3 Tagegeld**
- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung**
- 2.3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung.

2.3.1.2 Geht der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf nach, so wird dieses nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung des Grades der Arbeitsbeeinträchtigung ist der objektive ärztliche Befund ausschlaggebend.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

2.3.2.1 Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

2.3.2.2 Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens jedoch für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.3.2.3 Bei unfallbedingter stationärer Behandlung wird Unfall-Tagegeld auch über das erste Jahr hinaus gezahlt, und zwar für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes. Die maximale Anzahl von Tagen, für die Tagegeld bezahlt wird, bleibt auf insgesamt 365 Tage begrenzt, Tagegelder gemäß Ziffer 2.3.2.2 werden mitgerechnet.

2.3.2.4 Ist die Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt, aber eine Invalidität nach Ziffer 2.1.1.1 noch nicht eingetreten, wird weiter Tagegeld gezahlt, wenn der behandelnde Arzt die Beeinträchtigung bescheinigt und die versicherte Person ihrer Berufstätigkeit oder Beschäftigung tatsächlich nicht nachgeht. Diese Regelung gilt bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Invalidität gemäß Ziffer 2.1.1.1 eingetreten ist, längstens jedoch für 15 Monate nach dem Unfall.

2.4 Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.4.1.1 Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

2.4.1.2 Eine innerhalb von 30 Tagen an einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt anschließende Anschlussheilbehandlung (AHB), berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW) oder intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA) gilt als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung.

2.4.1.3 Soweit nicht Ziffer 2.4.1.2 zutreffend ist gelten Kuren oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen nicht als medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen.

2.4.1.4 Nach einem unfallbedingten Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen ersetzen wir bis zu einer Höhe von EUR 3.000 die entstandenen notwendigen Kosten für den Rücktransport in ein Krankenhaus des Heimortes oder in der Nähe des Heimortes. Kommt ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) oder Ersatzpflichtiger für die Kosten des Rücktransportes auf, so gehen dessen Leistungen vor. Wir erstatten in diesem Falle nur die etwa verbliebenen Restkosten

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

2.4.2.1 Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag gezahlt, in dem sich die versicherte Person in unfallbedingter und medizinisch notwendiger vollstationärer Behandlung befindet, längstens jedoch für 2 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.4.2.2 Für die unter Ziffer 2.4.1.2 fallenden stationären Aufenthalte ist die Leistung auf 50 % der versicherten Summe für Krankenhaustagegeld und auf maximal 100 Tage begrenzt.

2.4.2.3 Für einen Krankenhausaufenthalt zur Entfernung von Osteosynthesematerial, welches anlässlich eines unter Ziffer 2.4.1.1 fallenden Krankenhausaufenthaltes eingebracht wurde, gilt statt der in Ziffer 2.4.2.1 genannten zeitlichen Begrenzung von 2 Jahren eine Begrenzung von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet.

2.4.2.4 Lässt sich der Versicherte ambulant operieren, wird das versicherte Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe für jeden OP-Tag gezahlt, sofern die Operation unfallbedingt und medizinisch notwendig ist und innerhalb von 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, erfolgt.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Maßgabe von Ziffer 2.4.1

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für 100 Tage.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.6.1.1 Die versicherte Person ist infolge des Unfalles

- im ersten Jahr nach dem Unfall gestorben oder
- im zweiten Jahr nach dem Unfall gestorben und eine Invalidität ist nicht gemäß Ziffer 2.1.1.2 b) festgestellt.

2.6.1.2 Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 8.5, insbesondere Meldung des Unfalltods innerhalb von 48 Stunden ab Kenntnis, weisen wir hin.

2.6.2 Verschollenheit

Ein Anspruch auf die Todesfalleistung besteht auch dann, wenn eine versicherte Person verschollen ist und

- im Aufgebotsverfahren für tot erklärt wurde und
- die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde und
- eine Urkunde vorgelegt wird.

2.6.3 Höhe der Leistung:

2.6.3.1 Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.6.3.2 Die ausgezahlte Todesfalleistung ist zurückzuzahlen, wenn die versicherte Person die Verschollenheit überlebt.

3 Welche Leistungen sind beitragsfrei versichert?

3.1 Generelle Vereinbarungen

3.1.1 Handelt es sich bei der Leistung um Kostenersatz besteht eine Leistungspflicht nur, wenn die Kosten tatsächlich aufgewendet werden und sie durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall oder dessen Folgen bedingt sind.

3.1.2 Ist ein bestimmter körperlicher Zustand, eine Verletzung oder die Dauer einer Behandlungsmaßnahme Voraussetzung für die Leistung, so muss ein unter diesen Vertrag fallender Unfall oder dessen Folgen ursächlich sein. Soweit anwendbar, werden bei der Ermittlung der Höhe der Leistung die Regelungen unter Ziffer 4 berücksichtigt.

3.1.3 Kommt ein anderer Kostenträger (z.B. die Krankenversicherung) oder Ersatzpflichtiger für Kosten auf, so gehen dessen Leistungen vor. Wir erstatten in diesem Falle nur die etwa verbliebenen Restkosten.

3.1.4 Die Leistungen sind auf die jeweils festgelegten Höchstbeträge je Unfall begrenzt und nehmen an einer für andere Leistungsarten festgelegten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil (Ausschluss der Dynamik).

3.1.5 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3.1.6 Können Kosten mehreren Leistungsarten zugeordnet werden, ist die Gesamtleistung auf die Höhe der tatsächlich aufgewendeten Kosten und maximal auf die Summe der Höchstbeträge begrenzt.

3.2 Kosmetische Operationen

3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

3.2.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1

3.2.1.2 Die versicherte Person hat sich innerhalb von 3 Jahren nach einem Unfall, bei Minderjährigen spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres, einer kosmetischen Operation unterzogen.

3.2.1.3 Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der medizinisch notwendigen Heilbehandlung weiter durchgeführte ärztliche Behandlung, deren Ziel es ist, noch verbliebene unfallbedingte Beeinträchtigungen des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

3.2.2 Art und Höhe der Leistungen

3.2.2.1 Wir leisten Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten;
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus;
- Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel;
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind. Weitere Zähne sind nicht versichert.

3.2.2.2 Die Leistung für kosmetische Operationen ist auf EUR 10.000 begrenzt.

3.3 Bergungskosten

3.3.1 Voraussetzungen und Art der Leistungen:

3.3.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1

3.3.1.2 Wir ersetzen

- die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privat-rechtlich 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;
- die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik;
- den Mehraufwand bei der Rückkehr der versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person;
- bei einem Todesfall im Inland die Kosten der Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz;
- bei einem Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

3.3.2 Höhe der Leistungen

Die Leistung für Bergungskosten ist auf EUR 30.000 begrenzt.

3.4 Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe

3.4.1 Voraussetzungen und Art der Leistungen:

3.4.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1

3.4.1.2 Die Beihilfe wird für die Mehrkosten von medizinisch notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuren verwendet, die innerhalb von 3 Jahren nach einem Unfall für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens 3 Wochen durchgeführt werden.

3.4.1.3 Die Voraussetzungen für die Leistung werden durch Vorlage eines ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen durch die BfA, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.

3.4.1.3 Mitversichert sind teilstationäre Maßnahmen, bei denen die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.

3.4.1.4 Nicht versichert sind

- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA),
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
- Berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
- sonstige vollstationäre Heilbehandlungen, für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) bei unserer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.

3.4.2 Höhe der Leistung:

Die Leistung (Mehrkostenübernahme) für Rehabilitations- und Kurkostenbeihilfe ist auf EUR 10.000 begrenzt.

3.5 Schmerzensgeld bei Schwerverletzungen

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

3.5.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1

3.5.1.2 Die versicherte Person hat eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- b) Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand;
- c) Schädelhirnverletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Gehirnprellung (Contusion) oder Gehirnblutung;
- d) Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm oder Ober-/Unterschenkel);
- e) Gewebeerstörende Schäden an mindestens 2 inneren Organen;
- f) Kombination aus mindesten 2 der nachfolgenden Verletzungen:
 - aa) Fraktur eines langen Röhrenknochens (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
 - bb) Fraktur des Beckens
 - cc) Fraktur eines Wirbelknochens
 - dd) Gewebeerstörende Schäden an einem inneren Organ
- g) Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche;

h) Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (Sehschärfe nicht mehr als 5 %) beider Augen.

3.5.1.3 Die schwere Verletzung wird von einem Arzt schriftlich festgestellt.

3.5.1.4 Das Schmerzensgeld wird binnen 6 Monaten nach dem Unfall unter Vorlage des Attestes gemäß Ziffer 3.5.1.3 bei uns geltend gemacht.

3.5.1.5 Kein Anspruch auf Schmerzensgeld besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von 96 Stunden nach dem Unfallereignis verstirbt.

3.5.2 Höhe der Leistung

3.5.2.1 Die Leistung von Schmerzensgeld ist auf 10 % der Versicherungssumme für Invalidität (ohne Progression oder Mehrleistungen), höchstens EUR 10.000 begrenzt.

3.5.2.2 Das Schmerzensgeld wird je Unfall nur einmal gezahlt, auch wenn die versicherte Person mehrere schwere Verletzungen oder Kombinationen von schweren Verletzungen erlitten hat.

3.6 Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten

3.6.1 Voraussetzungen für die Leistungen:

3.6.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1

3.6.1.2 Der nach endgültiger Feststellung verbliebene Invaliditätsgrad beträgt mindestens 70%.

3.6.1.3 Die Umbauten oder der Umzug werden innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall durchgeführt.

3.6.2 Art und Höhe der Leistung

3.6.2.1 Wir ersetzen die Kosten

- für den behindertengerechten Umbau des selbstbewohnten Hauses oder der selbstbewohnten Wohnung oder für den Umzug in ein anderes behindertengerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung;
- für die behindertengerechte Umrüstung oder Ausstattung eines Kfz's.

3.6.2.2 Die Leistung für Wohnungs- und Kfz-Umbaukosten ist auf 10 % der Versicherungssumme für Invalidität (ohne Progression oder Mehrleistungen), höchstens EUR 25.000 begrenzt.

3.7 Komageld

3.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

3.7.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1

3.7.1.2 Die versicherte Person fällt in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt.

3.7.1.3 Der Komazustand tritt innerhalb eines Jahres dem nach Unfall ein und wird durch ärztliche Atteste nachgewiesen.

3.7.1.4 Die Leistung wird fällig, wenn der Komazustand der versicherten Person beendet ist oder die maximale Anzahl von Tagen, für die geleistet wird, erreicht ist.

3.7.2 Dauer und Höhe der Leistung

Die Leistung für Komageld beträgt für die Dauer des Komas EUR 20 je Tag des Zustandes und ist auf 365 Tage begrenzt.

3.8 Gipsgeld

3.8.1 Voraussetzung für die Leistung

3.8.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1

3.8.1.2 Die versicherte Person hat innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall aufgrund ärztlicher Anweisung einen Gips länger als 14 Tage getragen.

3.8.1.3 Das Tragen des Gipses und die Dauer wird vom behandelnden Arzt schriftlich bescheinigt.

3.8.1.4 Das Gipsgeld wird unter Vorlage der Bescheinigung gemäß 3.8.1.3 innerhalb von 3 Monaten nach Gipsabnahme bei uns geltend gemacht.

3.8.2 Höhe der Leistung

Die Leistung für Gipsgeld beträgt EUR 200.

3.9 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten

3.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 3.9.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1
- 3.9.1.2 Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt (außerhalb von Deutschland), von maximal einem Jahr Dauer, einen Unfall erlitten.
- 3.9.1.3 Für die Behandlung der Unfallfolgen sind ihr Heilkosten entstanden.

3.9.2 Art und Höhe der Leistung

- 3.9.2.1 Wir leisten ab einem Betrag von EUR 50 Ersatz für nachgewiesene:
 - Arzthonorare
 - sonstige Operationskosten
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
 - Arzneien
 - künstliche Glieder
 - Verbandszeuge
- 3.9.2.2 Die Leistung von Heilkosten ist auf einen Betrag von EUR 2.500 begrenzt.

3.10 Druckammerkosten

3.10.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 3.10.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1
- 3.10.1.2 Die versicherte Person erleidet eine Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II.
- 3.10.1.3 Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Auftauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

3.10.2 Art und Höhe der Leistung

- 3.10.2.1 Wir übernehmen die entstehenden Therapiekosten einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung.
- 3.10.2.2 Die Leistung für Druckammerkosten ist auf EUR 5.000 begrenzt.

3.11 Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung

3.11.1 Rooming-In-Leistung

3.11.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 3.11.1.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1
- 3.11.1.1.2 Ein über diesen Vertrag versichertes Kind befindet sich in vollstationärer Heilbehandlung und ein Erziehungsberechtigter übernachtet im Krankenhaus mit dem Kind (Rooming-In).

3.11.1.2 Dauer und Höhe der Leistung

Die Leistung für Rooming-In beträgt pauschal EUR 30 je Übernachtung und ist auf 10 Übernachtungen begrenzt.

3.11.2 Kindermädchen / Hilfe im Haushalt

3.11.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 3.11.2.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1
- 3.11.2.1.2 Ein sorgeberechtigtes und über diesen Vertrag versichertes Elternteil ist aufgrund eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes oder des Unfalltodes nicht in der Lage, die erforderliche Versorgung und Beaufsichtigung eines oder mehrerer Kinder zu gewährleisten.
- 3.11.2.1.3 Das Kind hat bzw. die Kinder haben das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet.

3.11.2.2 Art, Dauer und Höhe der Leistung

- 3.11.2.2.1 Wir übernehmen die Kosten für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter.
- 3.11.2.2.2 Die Kostenleistung ist auf EUR 50 je Tag und längstens für die Dauer von 30 Tagen begrenzt.

3.11.3 Nachhilfeunterricht bei unfallbedingtem Schulausfall

3.11.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

3.11.3.1.1 Soweit anwendbar gelten die Regelungen unter 3.1

3.11.3.1.2 Das versicherte Kind kann verletzungsbedingt nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen.

3.11.3.2 Art, Dauer und Höhe der Leistung

3.11.3.2.1 Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht ab dem 10. Schulausfalltag.

3.11.3.2.2 Die Leistung für Nachhilfeunterricht ist auf EUR 30 täglich und insgesamt auf das 50-fache des täglichen Erstattungs-Höchstbetrages begrenzt.

3.11.4 Weiterführung der Kinder-Unfallversicherung

3.11.4.1 Voraussetzungen:

Der Versicherungsnehmer verstirbt während der Vertragsdauer und

- a. hatte bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- b. die Versicherung war nicht gekündigt und
- c. der Tod wurde nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht.

3.11.4.2 Leistung

Der Vertrag wird hinsichtlich des versicherten Kindes mit den bisherigen Versicherungssummen beitragsfrei bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, weitergeführt. Wenn nicht anderes vereinbart war, wird der gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer.

4 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

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

entsprechend dem Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens.

4.2 Beträgt der Gesamtmitwirkungsanteil weniger als 40 Prozent unterbleibt die Minderung.

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, sowie durch 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;
- für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen. Dies gilt beim Lenken von Motorfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,1 Promille lag;
- für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf die bestimmungsgemäße Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten beruhen;
- für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden. Mitversichert sind nur die Unfallfolgen, die bereits durch den Herzinfarkt bzw. den Schlaganfall eintretende Gesundheitsschädigung ist nicht mitversichert.

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 21. Tages nach Beginn eines Krieges 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 den 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.
Versicherungsschutz besteht jedoch bei Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit 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 überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen, es sei denn, es handelt sich um solche in Ziffer 1.2.3 genannten 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. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut wird nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff gewertet.
- 5.2.4 Infektionen
- 5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder –bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- und 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;
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund und Nase in den Körper gelangten. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Eindringens nicht.
- 5.2.4.3 Unter den Versicherungsschutz fallen auch solche Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge einer durch Zeckenbiss übertragenen Infektion ergeben, sowie Gesundheitsschädigungen als Folge einer Schutzimpfung gegen Tollwut, Wundstarrkrampf und durch Zecken übertragbare Infektionen.
Unsere Leistungen werden nur aus den vereinbarten Summen für Invaliditäts- oder Todesfall-Leistung erbracht.
- 5.2.4.4 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.
- 5.2.5.1 Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 5.2.5.2 Gesundheitsschädigungen infolge von versehentlichen Nahrungsmittelvergiftungen sind mitversichert. Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsschädigung binnen 48 Stunden eintritt und innerhalb dieses Zeitraumes ärztlich festgestellt wird.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Versicherungsschutz besteht jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, wenn sich diese auf eine durch den Unfall verursachte organische Verletzung / organische Schädigung zurückführen lassen.

6 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- 6.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- und Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufe II und III.
- 6.1.1 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.

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

7 Was ist zu beachten?

7.1 Umstellung des Kindertarifes

- 7.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kindertarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz mit den vereinbarten Versicherungssummen.
- 7.1.2 Mit Beginn des neuen Versicherungsjahres nach Vollendung des 18. Lebensjahres gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Bei unverändertem Beitrag vermindern sich die Versicherungssummen entsprechend.
- 7.1.3 Wir werden Sie rechtzeitig über diese Änderung informieren. Sofern Sie die bisherigen Versicherungssummen beibehalten wollen und uns dies bis zum Änderungstermin mitteilen berechnen wir einen entsprechend höheren Beitrag.

7.2 Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung

- 7.2.1 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.
- 7.2.2 Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.
- 7.2.3 Sofern versehentlich die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht angezeigt wird, hat dies keine Auswirkung auf die vereinbarten Versicherungssummen. Die Prämienberichtigung bzw. -verrechnung erfolgt nachträglich vom Zeitpunkt der Veränderung an. Sie müssen die Anzeige jedoch unverzüglich nachholen, sobald Sie sich des Versäumnisses bewusst geworden sind.
- 7.2.3.1 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung.
- 7.2.3.2 Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
- 7.2.4 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Änderung zugeht.
- 7.2.5 Es erfolgt keine Änderung des Beitrags, sofern eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nur vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist. Auch wenn die Änderung zwar in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht vorliegt, erfolgt keine Änderung des Beitrags.

Der Leistungsfall

8 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Auf die unter den Ziffern 2 und 3 bei den jeweiligen Leistungsarten genannten Voraussetzungen für die Leistung weisen wir ausdrücklich hin. Bitte beachten Sie unbedingt die dort genannten Fristen, insbesondere die für ärztliche Feststellungen oder Geltendmachung von Leistungen.

Darüber hinaus gelten zusätzlich nachfolgende Obliegenheiten:

- 8.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten. Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn der Versicherte den Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar ist.
- 8.2 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.

Durch unbeabsichtigte Verzögerung der Anzeige von Unfällen erwachsen Ihnen und der versicherten Person keine Nachteile. Die Unfallmeldung soll aber so rasch wie möglich, d.h. unverzüglich nach bekannt werden bzw. sobald hierzu die Möglichkeit besteht, erfolgen.

- 8.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir. Ist bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbständigen ein höherer Verdienstausfall nicht nachzuweisen, wird ein Betrag in Höhe von 1%o der für den Invaliditätsfall versicherten Summe, maximal jedoch 250 EUR erstattet.
- 8.4 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. Alternativ sind uns die Auskünfte auf anderem Wege zugänglich zu machen.
- 8.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden ab Kenntnis 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.

9 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- 9.1 Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 8 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
- 9.2 Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
- 9.3 Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- 9.4 Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

10 Wann sind die Leistungen fällig?

- 10.1 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.
- 10.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von 2 Wochen.
- 10.3 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 der vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 10.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern, die zum Unfallzeitpunkt das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, verlängert sich diese Frist auf fünf Jahre.
- 10.4.1 Möchten wir von dem Recht auf Neubemessung Gebrauch machen, so müssen wir Ihnen dies zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 10.1 anzeigen. Möchten Sie von dem Recht auf Neubemessung Gebrauch machen so müssen Sie uns dies spätestens 3 Monate vor Ablauf der in Ziffer 10.4 genannten Fristen mitteilen, damit rechtzeitig vor Ablauf der Frist ein Arzt mit der Untersuchung der versicherten Person beauftragt werden kann.
- 10.4.2 Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

Die Vertragsdauer

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 Vertrages

11.2.1 Dauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

11.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht einer der Vertragsparteien spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.

11.2.3 Kündigung bei mehrjährigen Verträgen

Der Vertrag kann bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten vom Versicherungsnehmer gekündigt werden. Die Kündigung muss uns in Schriftform spätestens 3 Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

11.3 Kündigung nach Versicherungsfall

11.3.1 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 Rechtsstreites – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

11.3.2 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 kriegsähnlichen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder den 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 zahlen?

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

12.2.1.1 Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem Zeitpunkt des vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns. Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem in Satz 1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst nachdem die Zahlung bewirkt ist.

12.2.1.2 Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

12.2.1.3 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 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**

Der Folgebeitrag ist, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraumes fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

12.3.2 **Verzug**

12.3.2.1 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sein denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

12.3.2.2 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 sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 12.3.3 und 12.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

12.3.2.3 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 12.3.2.2 darauf hingewiesen wurden.

12.3.4 **Kündigung**

12.3.4.1 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 12.3.2.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

12.3.4.2 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 Lastschriftermächtigung**

12.4.1 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.

12.4.2 Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt.

12.4.3 Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

12.5 **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**

12.5.1 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.

12.5.2 Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

12.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

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 gefahrerhebliche Umstände

- 14.1.1 Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände 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 ersten Satzes dieser Ziffer in Textform stellen. Gefahrerheblich sind alle Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- 14.1.2 Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an Sie gestellten Fragen verantwortlich.
- 14.1.3 Wird der Vertrag von Ihrem Bevollmächtigten oder einem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

14.2 Rücktritt

14.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

- 14.2.2 Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- 14.2.3 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.
- 14.2.4 Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

14.3 Ausschluss des Rücktrittsrechtes

- 14.3.1 Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- 14.3.2 Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
- 14.3.3 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.

14.4 Folgen des Rücktritts

- 14.4.1 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

- 14.4.2 Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles 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.
- 14.4.3 Uns steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14.5 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

- 14.5.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung der 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.
- 14.5.2 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 Kenntnis erlangt haben.
- 14.5.3 Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- 14.5.4 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.
- 14.5.5 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 der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- 14.5.6 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.
- 14.5.7 Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- 14.5.8 Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung in Schriftform kündigen.

14.6 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. 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.

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 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 3 Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall der Änderung Ihres Namens.

18 Maklerklausel

- 18.1 Der gesamte Geschäftsverkehr zwischen den Vertragspartnern läuft über den Sie betreuenden Versicherungsmakler, sofern zum jeweils den Geschäftsvorfall betreffenden Zeitpunkt zwischen Ihnen und dem Makler ein gültiger Maklervertrag besteht.
- 18.2 Der Versicherungsmakler ist berechtigt, Anzeigen, Willenserklärungen und Zahlungen des Versicherungsnehmers mit Wirkung für den Versicherer entgegenzunehmen. Er ist zur unverzüglichen Weiterleitung verpflichtet.

19 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

20 Bezugsberechtigung

Ist im Rahmen des Vertrages kein Bezugsrecht festgelegt worden, erfolgt die Zahlung – mit befreiender Wirkung für den Versicherer - an den Versicherungsnehmer. Mit Einverständnis des Versicherungsnehmers kann die Entschädigung nach Vorlage des Erbscheines auch direkt an die Erben erfolgen.

Merklblatt 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 Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise 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. 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 Vertragsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten zum Versicherungsfall (Vertragsdaten).

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 anderer Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Versicherungsfälle 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, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes 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 bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme. Solche Hinweissysteme gibt es z. B. beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel bei Sachversicherungen: Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind. Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z. B. 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, Vertragsnummer, 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 Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht 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.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und -vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kapitalanlagen) auch mit Kreditinstituten und Kapitalanlagegesellschaften zusammen. Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch Ihren Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute und Kapitalanlagegesellschaften u. a..

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen 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 ist Ihnen bekannt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu.

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 oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an ihn.