

Unfall-Versicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (Stand Februar 2018)

Unternehmen:
Schleswiger Versicherungsservice AG
Deutschland



Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine private Unfallversicherung. Diese sichert Sie gegen Risiken durch Unfallverletzungen ab.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle.
Ein Unfall liegt z.B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt.
Dafür können Sie mit uns insbesondere folgende Leistungsarten vereinbaren:
- ✓ **Geldleistungen** wie beispielsweise
 - ✓ eine einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen),
 - ✓ eine lebenslange Unfallrente bei besonders schweren Beeinträchtigungen,
 - ✓ ein Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen,
 - ✓ den Kostenersatz für unfallbedingte kosmetische Operationen
 - ✓ oder Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze.
- ✓ **Dienstleistungen** wie beispielsweise
 - ✓ Rehabilitationsmanagement, d.h. Benennung und Organisation (ohne Kostenübernahme) von Hilfsleistungen z.B. betreffend häusliche Unterstützung, Pflege, Wiedereingliederung,
 - ✓ Assistance-Leistungen, d.h. die Organisation und Kostenübernahme für z.B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe, Pflegeberatung, Fahrdienst zu Ärzten, Haustierversorgung.Welche konkreten Leistungen und Versicherungssummen mit Ihnen vereinbart sind, ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag.



Was ist nicht versichert?

- Dazu zählen beispielsweise:
- ✗ Krankheiten (z.B. Diabetes, Gelenksarthrose, Schlaganfall)
 - ✗ Kosten für ärztliche Heilbehandlung
 - ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung)



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle beim Lenken von Kfz durch Alkoholkonsum über 0,5 ‰ oder Unfälle durch Drogenkonsum,
- ! Unfälle bei vorsätzlicher Begehung einer Straftat,
- ! Bandscheibenschäden, wenn diese nicht überwiegend durch einen Unfall verursacht wurden,
- ! Bestimmte Infektionen und Vergiftungen.

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.



Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Es bestehen beispielsweise folgende Pflichten:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Im Versicherungsfall müssen Sie uns vollständige und wahrheitsgemäße Informationen geben.
- Sie müssen die Kosten des Schadens gering halten.
- Wenn sich Ihre vorhandenen Risikoumstände während der Vertragslaufzeit wesentlich ändern, müssen Sie uns ansprechen, damit der Vertrag ggf. angepasst werden kann.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können uns die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Hat der Vertrag eine Laufzeit von mindestens 1 Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr (Verlängerungsjahr), außer Sie oder wir kündigen den Vertrag.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag ebenso wie wir zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer und zum Ablauf jedes Verlängerungsjahres kündigen (das muss spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragslaufzeit geschehen). Ebenfalls können Sie und wir nach dem Eintritt eines Schadenfalles den Versicherungsvertrag kündigen. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.



Allgemeine Verbraucherinformationen

Informationen nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Angaben der Gesellschaften

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der für Ihren Vertrag möglichen Gesellschaften. Die speziell für Ihren Vertrag bzw. für Ihr Angebot zutreffende Gesellschaft entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Angebot - diese wird ebenfalls im Versicherungsschein dokumentiert.

A. Schleswiger Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

1. Identität des Versicherers:

Name:

Schleswiger Versicherungsverein auf a.G.
Dorfstrasse 38
25924 Emmelsbüll – Horsbüll

Telefon: 04665 9404-0

Fax: 04665 9404-22

Internet: www.schleswiger.de

Rechtsform:

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
Sitz: Emmelsbüll-Horsbüll

Handelsregister: Amtsgericht Flensburg

HRB589 NI

Vers.St.Nr. 113/815/00830

2. Identität eines Vertreters des Versicherers in der Europäischen Union in dem Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben - entfällt -

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Schleswiger Versicherungsverein auf a.G.
Dorfstrasse 38
25924 Emmelsbüll – Horsbüll

Vorstand: Claudia Schirmmacher, Gebhard Sanne

Aufsichtsratsvorsitzender: Wilhelm Radbruch

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung sowie Durchführung von Versicherungsverträgen.

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

5. Angaben für das Bestehen eines Garantiefonds u. ä.

Bei Versicherungen, deren Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb von Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach- und Rechtsschutzversicherungen besteht, entfällt das Erfordernis für einen Garantiefonds u. ä.

B. ADLER Versicherung AG

1. Identität des Versicherers:

Name:

ADLER Versicherung AG
Joseph-Scherer-Str. 3
44139 Dortmund

Telefon: 0231-135-0

Fax: 0231-135-4638

Internet: www.signal-iduna.de

Rechtsform:

Aktiengesellschaft
Sitz: Dortmund

Handelsregister: Amtsgericht Dortmund

HRB 20214

Vers.St.Nr. 810/V90806009980

2. Identität eines Vertreters des Versicherers in der Europäischen Union in dem Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben - entfällt -

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

ADLER Versicherung AG
Joseph-Scherer-Str. 3
44139 Dortmund

Vorstand: Udo Kallen, Jörg Krieger, Dr. Andreas J.

Reinhold, Dr. Norbert A. Vogel

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Stefan Kutz

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung sowie Durchführung von Versicherungsverträgen.

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

5. Angaben für das Bestehen eines Garantiefonds u. ä.

Bei Versicherungen, deren Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb von Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach- und Rechtsschutzversicherungen besteht, entfällt das Erfordernis für einen Garantiefonds u. ä.



C. Rhion Versicherung AG

1. Identität des Versicherers:

Name:

Rhion Versicherung AG
RheinLandplatz
41460 Neuss

Telefon: 02131-6099-0
Fax: 02131-6099-13300
Internet: www.rhion.de

Rechtsform:

Aktiengesellschaft
Sitz: Neuss

Handelsregister: Amtsgericht Neuss
HRB 13420
Vers.St.Nr. 810/V900810021482

2. Identität eines Vertreters des Versicherers in der Europäischen Union in dem Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben
- entfällt -

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Rhion Versicherung AG
RheinLandplatz
41460 Neuss

Vorstand: Christoph Buchbender, Dr. Lothar
Horbach, Udo Kanten, Andreas Schwarz
Aufsichtsratsvorsitzender: Wilhelm Ferdinand
Thywissen

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers / Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers besteht im Abschluss und in der Verwaltung sowie Durchführung von Versicherungsverträgen.
Die Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

5. Angaben für das Bestehen eines Garantiefonds u. ä.

Bei Versicherungen, deren Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb von Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach- und Rechtsschutzversicherungen besteht, entfällt das Erfordernis für einen Garantiefonds u. ä.

Für die vorher genannten Versicherer handeln wir namens und in Vollmacht als Ihr Assekurateur aus Neumünster:

Schleswiger Versicherungsservice AG

Anschrift: Goebenstraße 10
24534 Neumünster

Aufsichtsratsvorsitzender: Johannes Jochimsen
Vorstand: Peter Behnke, Thomas Wolff
Handelsregister: Amtsgericht Kiel
HRB 1820 NM

6. Angaben über die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung

Fälligkeit der Leistung

Sie erhalten die vereinbarte Leistung nach Eintritt des Versicherungsfalls und Feststellung unserer Leistungspflicht.

Erfüllung der Leistung

Wir zahlen im Versicherungsfall bis zur Höhe der jeweils vereinbarten Versicherungssumme bzw. Entschädigungsgrenze.

Hinweis:

Weitere Einzelheiten zu Art, Umfang und Fälligkeit sowie Erfüllung unserer Leistungen sind, je nach beantragtem Umfang, in den allgemeinen Versicherungsbedingungen, Deklarationen, Klauseln, Besonderen Bedingungen, Risikobeschreibungen, Zusatzbedingungen und Geschriebenen Bedingungen geregelt.

7. Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteilen

Diese Angaben entnehmen Sie bitte unserem Vorschlag bzw. dem Antrag. Die zu zahlende Prämie enthält die zum Zeitpunkt der Antragsstellung gültige Versicherungssteuer.

8. Zusätzlich anfallende Kosten sowie weitere Steuern, Gebühren oder Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages werden nicht erhoben.

Im Rahmen eines ordnungsgemäßen Vertragsverlaufs fallen keine weiteren Kosten an. Wir weisen darauf hin, dass bei Prämienverzug zusätzliche Kosten, wie z.B. Mahngebühren entstehen können.

9. Einzelheiten zur Prämienzahlung und Zahlungsweise

Damit wir Ihnen Versicherungsschutz gewähren können, sind die vereinbarten Prämien im Voraus zu zahlen. Beachten Sie, dass die Erstprämie von den unter Ziffer 7 aufgeführten Prämien abweichen kann.

Versicherungsbeginn und –ablauf entnehmen Sie bitte unserem Vorschlag bzw. dem Antrag.

▪ Erste oder einmalige Prämie

Die erste oder einmalige Prämie ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsabschluss, so müssen Sie die erste oder einmalige Prämie unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zahlen.

Weicht der Versicherungsschein vom Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, ist die erste oder einmalige Prämie frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

Bitte lesen Sie die wichtige Belehrung über die Folge einer Nichtzahlung der ersten oder einmaligen Prämie.

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zum Zeitpunkt der Zahlung. Der Versicherungsschutz beginnt gleichwohl zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Außerdem können wir, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten.

Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

▪ Folgeprämie

Die Folgeprämie wird zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

Grundsätzlich gilt

Die Prämienschuld ist erfüllt, wenn die Überweisung von Ihrem Konto angewiesen wurde und diese eine ausreichende Deckung zur Durchführung der Überweisung aufweist. Sollte die Überweisung mittels Bareinzahlung erfolgen, gilt die Prämienschuld mit der Einzahlung der fälligen Prämie beim entsprechenden Geldinstitut als erfüllt.

Im Fall des Prämieinzugs über das Lastschriftverfahren ist die Prämienschuld erfüllt, wenn zum Zeitpunkt der Abbuchung das angegebene Konto eine ausreichende Deckung aufweist, die die Vornahme der Abbuchung gestattet.

Hinweis: Weitere Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes, zur Fälligkeit der ersten oder einmaligen Prämie, zur Fälligkeit der Folgeprämien und zur Rechtzeitigkeit der Zahlung sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt.

10. Angaben über die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote hinsichtlich des Preises.

Das Ihnen unterbreitete Angebot hat eine Gültigkeit von 6 Wochen und gilt vorbehaltlich einer Änderung der vom Gesetzgeber festgelegten Versicherungssteuer sowie einer endgültigen Risikoprüfung.

11. Hinweis auf mögliche Schwankungen der verwendeten Finanzinstrumente

Entfällt prinzipiell bei Versicherungen, deren Hauptgeschäftstätigkeit im Betrieb von Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Sach- und Rechtsschutzversicherungen besteht.

12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrages, Beginn des Versicherungsschutzes und zur Bindefrist

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande.

Ihre Willenserklärung ist der Antrag, den Sie stellen und unsere Willenserklärung ist der Versicherungsschein oder eine Annahmestätigung.

Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang unserer Annahmeerklärung oder des Versicherungsscheins zustande.

▪ Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Versicherungsbeginn, wenn Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig zahlen. Über das, was rechtzeitig ist, informieren wir Sie ausführlich unter Ziffer 9.

Bitte beachten Sie:

Wenn Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig zahlen, beginnt Ihr Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt der Zahlung. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

▪ Frist in der Sie an den Antrag gebunden sind (Bindefrist)

Sie sind einen Monat lang an den Antrag gebunden. Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt.

▪ Ergänzende Informationen für Fernabsatzverträge

Diese Informationen gelten für Versicherungsverträge, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln (z.B. Brief, Telefon, Fax, Email, Internet) abgeschlossen werden (Fernabsatzverträge).

1. Der Vertrag kommt durch die Übersendung des Versicherungsscheins zustande.

2. Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform ohne Begründung widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt am Tage des Abschlusses des Fernabsatzvertrages bzw. – falls Ihnen die Vertragsbestimmungen einschl. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die beiliegenden Informationen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht vorlagen – mit dem Zugang der genannten Unterlagen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Durch den Widerruf wird der Vertrag unwirksam.

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht, soweit im Vertrag nicht ein anderes vereinbart ist, nicht bei Fernabsatzverträgen über Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Sofern Sie Ihr Widerrufsrecht ausüben, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie haben Sie in diesem Fall zu zahlen. Die Erstattung durch uns muss unverzüglich, spätestens 30 Kalendertage nach Zugang des Widerrufs erfolgen. Soweit Sie ein Widerspruchsrecht nach den gesetzlichen Vorschriften über Fernabsatzverträge haben, steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gem. § 5 a VVG bzw. ein Widerrufsrecht gem. § 8 VVG nicht zu.

3. Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt; die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache geführt.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§1 bis 4 der VVG-Informationspflichtverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben.

Bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Frist jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

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

Schleswiger Versicherungsservice AG- Goebenstraße 10 - 24534 Neumünster

Telefax: 04321-48909-29

E-Mail: info@schleswiger-ag.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz. Den bereits gezahlten Beitrag erstatten wir Ihnen zurück, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Auf unser Recht, den Teil des Beitrages einzubehalten, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, verzichten wir hiermit. Den Gesamtbeitrag finden Sie im Antrag unter dem Block „Versicherungsumfang und Beitragsberechnung“. Die von Ihnen gewünschte Zahlungsweise wurde unter der Überschrift „Zahlweise“ im Antrag vermerkt.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenden Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Vertrag weiter.

Ende der Widerrufsbelehrung

Zu Änderungen von bestehenden Verträgen gilt

Wurde mit dem Versicherungsschein bereits ein bestehender Vertrag erweitert oder geändert, so bezieht sich das Widerrufsrecht nur auf die erweiterten oder geänderten Vertragsteile.

14. Vertragslaufzeit

Die für den Vertrag geltende Vertragslaufzeit entnehmen Sie bitte unserem Vorschlag bzw. Antrag.

Versicherungsverträge mit mindestens einjähriger Vertragsdauer verlängern sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist. Dies gilt nicht für Verträge mit einmaliger Prämie oder für Verträge ohne Verlängerungsvereinbarung.

15. Beendigung eines Vertrages

Der Vertrag kann unter bestimmten Voraussetzungen, ggf. auch vor Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit, von Ihnen gekündigt werden. Bitte beachten Sie, dass eine etwaige Kündigung schriftlich gegenüber der Schleswiger Versicherungsservice AG zu erfolgen hat.

▪ Kündigung zum Ablauf

Die Verträge gem. Punkt 14 können von Ihnen zum Ablauf, bei einer vereinbarten Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Versicherungsjahres, unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden.

▪ Kündigung nach dem Versicherungsfall

Nach Eintritt eines Versicherungsfalls haben Sie die Möglichkeit, den vom Schaden betroffenen Vertrag zu kündigen. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Entschädigung erfolgen. Sie wird sofort nach Zugang bei uns wirksam. Sie können auch jeden späteren Zeitpunkt zur Wirksamkeit bestimmen, spätestens jedoch den Ablauf des Versicherungsjahres.

▪ Kündigung nach Risikowegfall

Fällt das versicherte Interesse nach dem Beginn der Versicherung weg, erlöschen die Versicherungsverträge, jedoch frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem wir Kenntnis vom Wegfall des Risikos erlangt haben.

Hinweis zur Wohngebäudeversicherung: Eine Veräußerung des versicherten Gebäudes gilt nicht als Risikowegfall, hierfür bestehen besondere Kündigungsvorschriften.

▪ Kündigung bei Prämien erhöhungen oder Minderung des Versicherungsschutzes ohne Ausgleich

Erhöht sich aufgrund einer Anpassungsklausel die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, können Sie den betreffenden Vertrag mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Prämienhöhung kündigen. Gleiches gilt, wenn sich der Umfang des Versicherungsschutzes vermindert, ohne dass die Prämie entsprechend angepasst wird.

16. Rechtsgrundlagen bei Vertragsanbahnung

Die Vertragsanbahnung unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

17. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz Neumünster. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht seines Wohnsitzes zuständig.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen

- bei einer natürlichen Person bei dem für ihren Wohnsitz zuständigen Gericht,
- bei einer juristischen Person bei dem für ihren Sitz oder ihre Niederlassung zuständigen Gericht erhoben werden.

18. Sprache

Die Sprache für die Vertragsbedingungen, sämtliche Vertragsinformationen sowie die Kommunikation während der Vertragslaufzeit ist deutsch.

19. Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Wenn Sie einmal mit unserem Service nicht zufrieden oder mit einer Entscheidung nicht einverstanden sein sollten, können Sie sich an das Beschwerdemanagement wenden:

*Schleswiger Versicherungsservice AG
Abteilung Beschwerdemanagement
Goebenstraße 10
24534 Neumünster
beschwerde@schleswiger-ag.de*

Sollte Sie das Ergebnis nicht zufrieden stellen, können Sie den Versicherungsombudsmann einschalten. Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Der Ombudsmann ist eine unabhängige Schlichtungsstelle für Verbraucher. Er überprüft kostenfrei für Sie, ob wir korrekt gehandelt haben.

*Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080 632
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de*

Unabhängig davon haben Sie die Möglichkeit, unsere Entscheidungen durch Zivilgerichte prüfen zu lassen.

Online-Streitbeteiligungs-Plattform

Die Europäische Kommission stellt eine Plattform zur Online-Streitbeteiligung (OS) bereit. Diese können Sie über den nachfolgenden Link erreichen: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>. Sie können diese Plattform unter folgenden Voraussetzungen nutzen:

1. Sie sind Verbraucher und leben in der Europäischen Union (EU).
2. Sie haben einen Versicherungsvertrag auf elektronischen Weg (bspw. über diese Internetseite oder per E-Mail) beantragt bzw. geschlossen.

20. Versicherungsaufsicht

Die zuständige Versicherungsaufsicht ist unter folgender Adresse zu erreichen:

*Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Bereich Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn*

21. Allgemeine Hinweise/Schlusserklärung

Änderung der Anschrift: Bitte informieren Sie uns unverzüglich schriftlich, wenn sich Ihre Anschrift ändert.

Besondere Vereinbarungen: Nebenabreden sind nur dann verbindlich, wenn sie der Versicherer durch Aufnahme in das Vertragsdokument bestätigt.



Wichtige Hinweise zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zu Ihrem Versicherungsschutz

Obliegenheiten vor Vertragsabschluss – Vorvertragliche Anzeigepflichten

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die dort gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- Weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- Noch für die Feststellung oder den Umfang unsere Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung 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 über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unsere Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung 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 der Ausübung unsere Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Anfechtung

Wenn Sie uns arglistig täuschen, können wir den Vertrag auch anfechten.

6. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Wichtige Hinweise und Erläuterungen

Bedeutung der Antragsfragen und Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die Bevollmächtigte vermittelt bzw. der Versicherer übernimmt den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie die Antragsfragen richtig und vollständig beantworten. Daher haben Sie bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen in Textform gefragt wurde, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Welche Folgen können eintreten, wenn einen vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Wird der Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, besteht die Leistungspflicht dennoch, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht rechtzeitig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umstand der Leistungspflicht ursächlich war.

Die Leistungspflicht entfällt jedoch dann, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht dem Versicherer ein Teil des Beitrages zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich leicht fahrlässig verletzt haben, kann der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte nicht zurücktreten oder kündigen, weil er bzw. sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers bzw. seiner Bevollmächtigten Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag mehr als 10% oder wird die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Bestand ausgeschlossen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung nochmals hinweisen.

4. Ausübung der Rechte

Der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte können ihre Rechte zu Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung der Rechte haben der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützen. Zur Begründung können sie nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Der Versicherer bzw. seine Bevollmächtigte können sich auf die Rechte zu Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Die Rechte zu Rücktritt, Kündigung oder Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach §7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Schleswiger Versicherungsservice AG, Goebenstraße 10, 24534 Neumünster.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz. Die bereits gezahlte Prämie erstatten wir Ihnen zurück, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Auf unser Recht, den Teil der Prämie einzubehalten, der auf die Zeit bis zu Zugang des Widerrufs entfällt, verzichten wir hiermit. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Vorversichereranfrage

Ich willige ein, dass der Versicherer bzw. die Bevollmächtigte im erforderlichen Umfang Daten, die zur Beurteilung des Risikos erforderlich sind (z.B. Anzahl, Höhe und Zeitpunkt von Schäden vor Antragsstellung), beim Vorversicherer erfragt.

Vertragsbeginn

Der Vertrag beginnt zum beantragten Versicherungsbeginn, frühestens jedoch am Folgetag des Antragseingangs bei der Bevollmächtigten bzw. den Versicherer.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur Schleswiger Versicherungsservice AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigt der Versicherer ferner Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z.B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistance-Gesellschaften, Vorversicherer oder Vertriebs-Dienstleister weiterleiten zu dürfen.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages mit dem Versicherer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch den Versicherer selbst sowie dessen bevollmächtigten Assekuradeur Schleswiger Versicherungsservice AG (unter 1.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 2.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 3.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekuradeur Schleswiger Versicherungsservice AG die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb unseres Unternehmens

Der Versicherer verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung des Datenschutzes und der Datensicherheit.

2.1. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Der Versicherer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung oder Leistungsfallbearbeitung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, in Einzelfällen nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft des Versicherers oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Der Versicherer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für ihn erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Eine aktuelle Liste kann beim gewählten Versicherer oder bei der Schleswiger Versicherungsservice AG, Goebenstraße 10, 24534 Neumünster, Tel.: 04321-489090 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt der Versicherer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter des Versicherers und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

2.2 Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann der Versicherer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen können, ist es möglich, dass der Versicherer Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung den Versicherer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden. Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von der Rückversicherung nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an eine Rückversicherung werden Sie durch den Versicherer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten -soweit erforderlich- an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für den Versicherer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

2.3 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag enthalten, Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z.B. die Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass der Versicherer meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen –soweit erforderlich- an den für mich zuständigen selbständigen Versicherungsvermittler übermitteln darf und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

3. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekurateur Schleswiger Versicherungsservice AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragsstellung.

Ich willige ein, dass der Versicherer sowie dessen bevollmächtigter Assekurateur Schleswiger Versicherungsservice AG meine Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt, für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragsstellung zu den oben genannten Zwecken speichert.

4. Datenaustausch nach Abfrage des Hinweis- und Informationssystems

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfall einschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, kann der Versicherer an das HIS melden. Der Versicherer und andere Versicherungsunternehmen fragen Daten im Rahmen der Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung.

Ich entbinde die für den Versicherer tätigen Personen von Ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystem HIS melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010)

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

Inhaltsverzeichnis

Ziffer		Seite
Der Versicherungsumfang		
1	Was ist versichert?	2
2	Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	2
2.1	Invaliditätsleistung	2
2.2	Übergangsleistung	2
2.3	Tagegeld	2
2.4	Krankenhaus-Tagegeld, ambulante Operationen	2
2.5	Genesungsgeld	3
2.6	Todesfalleistung	3
3	Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?	3
4	Welche Personen sind nicht versicherbar?	3
5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	3
6	Was müssen Sie • bei vereinbartem Kinder-Tarif • bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	4
Der Leistungsfall		
7	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	4
8	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	4
9	Wann sind die Leistungen fällig?	4
Die Versicherungsdauer		
10	Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?	5
Der Versicherungsbeitrag		
11	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	5
Weitere Bestimmungen		
12	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	6
13	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	6
14	GESTRICHEN	7
15	Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?	7
16	Welches Gericht ist zuständig?	7
17	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	7
18	Welches Recht findet Anwendung?	7

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) 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 Versicherungsschein.

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.

Die Invalidität ist

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

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
 - 2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, die folgenden Invaliditätsgrade:

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

Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Sprechvermögen	40 %

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

- 2.1.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 2.1.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.
- 2.1.2.4 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.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4 Krankenhaus-Tagegeld, ambulante Operationen

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person

- befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich wegen eines Unfalls einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 2 Tage ununterbrochen vollständig arbeitsun-

fähig bzw. vollständig in ihrem Aufgaben- und Tätigkeitsbereich beeinträchtigt.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- für zwei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen gezahlt. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.5 besteht nicht.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.4.

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 Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

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

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Dauernd schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Personen, die sich dauerhaft in einem Zustand erheblicher krankhafter Störung der Geistestätigkeit befinden und deshalb für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen, sind nicht versicherbar.

4.2 Sobald eine versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Versicherung für die betreffende Person.

4.3 Wir zahlen Ihnen den Beitrag, der für die betreffende versicherte Person seit dem Zeitpunkt entrichtet wurde, ab dem sie nicht mehr vom Versicherungsschutz umfasst war, zurück.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunken-

heit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

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

5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA. Bei Terroranschlägen außerhalb der Territorien von kriegführenden Parteien berufen wir uns nicht auf diesen Ausschluss.

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 Luftfahrzeuges;

- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

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

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

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

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

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

5.2.4 Infektionen.

5.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

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

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

- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6 Was müssen Sie

- bei vereinbartem Kinder-Tarif
- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs

- 6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene, wobei die bisherigen Versicherungssummen beibehalten werden. Sie werden rechtzeitig von uns über den neuen Beitrag informiert.
- 6.1.2 Auf Ihren Wunsch hin, wird der Vertrag auch mit dem bisherigen Beitrag bei verminderten Versicherungssummen weitergeführt, sobald uns eine entsprechende Erklärung von Ihnen vorliegt.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

- 6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis zum Unfalltarif, dass wir Ihnen gern auf Ihren Wunsch hin übersenden.
Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.
- 6.2.2 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
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.
- 6.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

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

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

- 7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

- 7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
- 7.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
- bei Invalidität bis zu 2 ‰ der versicherten Summe,
 - bei Unfall-Rente bis zu 20 % der monatlichen Unfall-Rente,
 - bei Übergangsleistung bis zu 2 % der versicherten Summe,
 - bei Tagegeld bis zu 2 Tagegeldsätzen,
 - bei Krankenhaus-Tagegeld bis zu zwei Tagegeldsätzen.
- Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung

des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

- 9.5 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagrücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

10.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten. Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versiche-

rungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung

Die Beiträge können je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichtet werden. Die Versicherungsperiode umfasst bei Monatsbeiträgen einen Monat, bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr, bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten 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.

11.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten 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.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

11.3.3 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 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

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

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

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.6.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

11.6.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

12.1 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.

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

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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 Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

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.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

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

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis

der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

- 13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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 fristlos in Schriftform kündigen.

13.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14 GESTRICHEN

15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- 15.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

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

16 Welches Gericht ist zuständig?

- 16.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 16.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

- 17.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 17.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen für die Senioren-Unfallversicherung 2010 – Plus (BB Senioren Plus 2010)

Leistungserweiterungen zu den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010)

Inhaltsverzeichnis

Ziffer		Seite
1.	Erweiterter Unfallbegriff und Klarstellungen zu den AUB 2010	2
1.1	Bewusstseinsstörungen	2
1.2	Eigenbewegungen.....	2
1.3	Erhöhte Kraftanstrengungen	2
1.4	Extreme Witterungsbedingungen.....	2
1.5	Ertrinken und Erstickten unter Wasser.....	2
1.6	Fahrtveranstaltungen, Rennrisiko	2
1.7	Fluggast – Unfälle als Fluggast.....	2
1.8	Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug.....	2
1.9	Geringfügige Verletzungen.....	2
1.10	Infektionskrankheiten und Impfschäden.....	2
1.11	Insektenstiche und -bisse.....	3
1.12	Krieg oder Bürgerkrieg, Passives Kriegsrisiko	3
1.13	Medikamentenbedingte Funktionseinschränkung von Sinnesorganen.....	3
1.14	Plötzliche Geräuscheinwirkung.....	3
1.15	Rettung von Menschenleben und/oder Sachen	3
1.16	Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut	3
1.17	Strahlenschäden	3
1.18	Tauchtypische Gesundheitsschäden	3
1.19	Unfälle bei Raufhändeln, inneren Unruhen, Schlägereien, anderen gewalttätigen Auseinandersetzungen.....	3
1.20	Vergiftungen durch Nahrungsmittel.....	3
1.21	Vergiftungen durch Gase und Dämpfe.....	3
1.22	Wundinfektionen.....	3
2.	Ergänzungen zu den Leistungsarten	3
2.1	Invaliditäts-Kapital und Unfall-Rente – Bemessung des Invaliditätsgrades (Verbesserte Gliedertaxe).....	3
2.2	Unfall-Rente	4
2.3	Kosmetische Operationen	4
2.4	Mitversicherung von unfallbedingten Zahnbehandlungskosten	4
2.5	Bergungskosten	5
2.6	Erweitertes Krankenhaus-Tagegeld, ambulante Operationen, Reha-Tagegeld, Osteosynthesematerialentfernung, Notfalleinweisung, erweitertes Genesungsgeld.....	5
2.7	Todesfallleistung	6
2.8	Unfall-Pflegegeld	6
2.9	Schmerzensgeld bei Oberschenkel- und/oder Oberarmbruch.....	7
3.	Zusätzliche Leistungen.....	8
3.1	Kinderbetreuung: Haushaltshilfe, Tagesmutter.....	8
3.2	Kostenersatz bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %	8
3.3	Leistung bei Koma.....	9
3.4	Psychologische Soforthilfe	9
3.5	Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen.....	9
3.6	Sofortleistung bei Schwerverletzungen.....	9
3.7	Übernahme der Arztgebühren ohne Höchstsatz.....	9
4.	Weitere Vereinbarungen.....	9
4.1	Erweiterte Frist zur Feststellung und Geltendmachung des Anspruchs auf Invaliditätsleistung	9
4.2	Mitversicherung von hinzukommenden Angehörigen	9
4.3	Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	10
4.4	Nachversicherungsgarantie – Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung	10
4.5	Keine Operationspflicht	10
4.6	Vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung bei medizinisch gesicherter Diagnose	10
5.	Leistungsgarantien.....	10
5.1	Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse	10
5.2	Künftige Bedingungs- und Leistungsverbesserungen (Update-Garantie).....	10
5.3	Leistungsgarantie gegenüber den Musterbedingungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)....	10

1. Erweiterter Unfallbegriff und Klarstellungen zu den AUB 2010

1.1 Bewusstseinsstörungen

1.1.1 Epileptische Anfälle und Krampfanfälle (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2010)

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB 2010 fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch einen epileptischen Anfall oder infolge von anderen Krampfanfällen, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, verursacht wurden.

1.1.2 Herzinfarkt oder Schlaganfall (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2010)

Der Versicherungsschutz umfasst auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht sind.

Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschädigungen, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.

1.1.3 Medikamenten-Einnahme (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2010 sind auch Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen mitversichert, soweit diese durch die Einnahme durch von einem Arzt verordnete Medikamente verursacht sind und die Medikamente nach den Anweisungen des Arztes eingenommen wurden.

Gesundheitsschädigungen, die durch die Einnahme der Medikamente unmittelbar verursacht werden, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

1.1.4 Trunkenheit (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2010)

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, gelten abweichend von Ziffer 5.1.1 AUB 2010 als mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur bis zu einer Blutalkoholkonzentration von 0,5 ‰.

1.1.5 Übermüdung (zu Ziffer 5.1.1 AUB 2010)

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörung im Sinne von Ziffer 5.1.1 AUB 2010.

1.2 Eigenbewegungen (zu Ziffer 1.4 AUB 2010)

Ergänzend zu Ziffer 1.4 AUB 2010 gelten als Unfall auch durch Eigenbewegungen verursachte

- Bauch- oder Nabelbrüche,
- Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,
- Verrenkungen eines Gelenkes,
- Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken.

Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben.

1.3 Erhöhte Kraftanstrengungen (zu Ziffer 1.4 AUB 2010)

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Bauch-, Nabel- oder Leistenbruch oder
- ein traumatischer Meniskusschaden hervorgerufen wird. Degenerative Meniskusschäden gelten nicht als Unfall.

1.4 Extreme Witterungsbedingungen

1.4.1 Erfrierungen (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis einer Kälteeinwirkung ausgesetzt wurde und sich dieser Einwirkung aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.4.2 Sonnenbrände und Sonnenstiche (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als durch ein Unfallereignis verursacht gelten auch Gesundheitsschäden durch Sonnenbrände und Sonnenstiche, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis einer Sonneneinstrahlung ausgesetzt wurde und sich dieser Einwirkung aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.5 Ertrinken und Erstickten unter Wasser (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

1.6 Fahrtveranstaltungen, Rennrisiko (zu Ziffer 5.1.5 AUB 2010)

1.6.1 Go-Karts

In teilweiser Abweichung von Ziffer 5.1.5 AUB 2010 sind Unfälle mitversichert, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer eines Go-Karts gelegentlich an öffentlichen Fahrtveranstaltungen beteiligt, die als Freizeitvergnügen angeboten werden und kein besonderes Training erfordern (z. B. Kartbahnen auf Jahrmärkten oder in Freizeiteinrichtungen).

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Unfälle, die die versicherte Person als Fahrer eines Go-Karts im Rahmen regelmäßiger sportlicher Betätigung erleidet.

1.6.2 Stern-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten, weitere Fahrtveranstaltungen

Für Unfälle bei Fahrtveranstaltungen wie Stern-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten sowie für alle anderen mit Motorfahrzeugen (nicht Luftfahrzeugen) durchgeführten Fahrtveranstaltungen bzw. Teilstrecken oder Abschnitten von diesen, bei denen es nicht auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, besteht Versicherungsschutz.

1.7 Fluggast – Unfälle als Fluggast (zu Ziffer 5.1.4 AUB 2010)

Unfälle als Fluggast bei Reise- oder Rundflügen sind mitversichert.

1.8 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Als Unfallereignis gelten teilweise abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2010 Gesundheitsschädigungen durch mangelnde Flüssigkeits- bzw. Nahrungsmittelzufuhr oder eine Sauerstoffunterversorgung, sofern die versicherte Person durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis unfreiwillig dieser Situation ausgesetzt wurde und sich aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.9 Geringfügige Verletzungen (zu Ziffer 7.1 AUB 2010)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar ist.

Abweichend hiervon sind wir bei den durch Zeckenbiss übertragenen Infektionskrankheiten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

1.10 Infektionskrankheiten und Impfschäden (zu Ziffer 5.2.4.1 AUB 2010)

Ihr Versicherungsschutz wird wie folgt erweitert:

1.10.1 In teilweiser Abweichung von Ziffern 1.3 und 5.2.4 AUB 2010 gelten auch folgende Infektionskrankheiten mitversichert. Sie gelten ebenfalls als Unfall.

- Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Borreliose, Brucellose, En-

zephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Meningitis, Pest).

- Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Windpocken, Röteln, Scharlach, Ringelröteln und Typhus/Paratyphus.

Abweichend von Ziffer 10.1 AUB 2010 beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen nach einer Wartezeit von drei Monaten nach dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit besteht keine Leistungspflicht.

1.10.2 Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 1.10.1 dieser Besonderen Bedingungen versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschädigungen erleidet.

1.10.3 Ergänzend zu Ziffern 1.3 und 5.2.4 AUB 2010 und Ziffer 1.10.1 dieser Besonderen Bedingungen gilt für Ihren Versicherungsschutz für die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Infektionskrankheiten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose Folgendes:

Versicherungsfall ist die erstmalige Infizierung mit dem Erreger dieser Infektionskrankheiten. Gemäß Ziffer 1.9 Satz 2 dieser Besonderen Bedingungen sind wir unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

Voraussetzung für eine Invaliditätsleistung ist, dass ein fachärztlicher Nachweis erbracht wird, der belegt, dass eine dauerhafte Invalidität durch die Infektionskrankheit bedingt wurde.

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 besteht auch dann noch Anspruch auf die Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten ist und
- innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns schriftlich geltend gemacht wurde.

1.11 Insektenstiche und -bisse

(zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Insektenstiche und -bisse gelten als Unfälle.

Der Ausschluss von Infektionen gemäß Ziffer 5.2.4.1 AUB 2010 bleibt davon unberührt.

1.12 Krieg oder Bürgerkrieg, Passives Kriegsrisiko

(zu Ziffer 5.1.3 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 5.1.3 AUB 2010 besteht Versicherungsschutz bis zum Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Bei Terroranschlägen außerhalb der Territorien von kriegführenden Parteien berufen wir uns nicht auf diesen Ausschluss.

1.13 Medikamentenbedingte Funktionseinschränkung von Sinnesorganen

(zu Ziffern 5.1.1 und 5.2.5 AUB 2010)

Versichert sind auch Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass durch ärztlich verordnete Medikamente die Funktion von Sinnesorganen eingeschränkt ist; z. B. bei Fortwirken eines Lokalanästhetikums nach der Behandlung oder bei Sehstörungen nach Gabe von Augentropfen.

1.14 Plötzliche Geräuscheinwirkung

(zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Gesundheitsschädigungen durch plötzliche Geräuscheinwirkung gelten als durch ein Unfallereignis verursacht.

1.15 Rettung von Menschenleben und/oder Sachen

(zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Versichert sind auch Unfälle, die der versicherten Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder

Sachen bzw. bei deren rechtmäßiger Verteidigung oder rechtmäßiger Selbstverteidigung zustoßen.

1.16 Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut

(zu Ziffer 5.2.3 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 5.2.3 AUB 2010 sind Gesundheitsschäden durch Eingriffe am Körper der versicherten Person mitversichert, sofern es sich hierbei um das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut handelt.

1.17 Strahlenschäden

Mitversichert sind abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB 2010 Gesundheitsschäden durch

- energiereiche Strahlen mit einer Härte von bis zu 100 Elektronen-Volt,
- Röntgenstrahlen,
- Maserstrahlen,
- Laserstrahlen, sofern die Netzhaut dauernd beeinträchtigt wird. Vom Versicherungsschutz nicht umfasst sind Schäden, die durch eine Operation nach der LASIK-, EPILASIK-, LASEK- oder PRK-Methode verursacht werden.

Versicherungsschutz für eine Gesundheitsschädigung durch die genannten Strahlen besteht nur, sofern sie nicht eine Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und keine Berufskrankheiten sind.

1.18 Tauchtypische Gesundheitsschäden

(zu Ziffer 1.3 AUB 2010)

Teilweise abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2010 gilt auch der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen durch einen Tauchvorgang, als durch ein Unfallereignis verursacht.

1.19 Unfälle bei Raufhändeln, inneren Unruhen, Schlägereien, anderen gewalttätigen Auseinandersetzungen

(zu Ziffer 5.1.2 AUB 2010)

Für Unfälle, die der versicherten Person bei Raufhändeln, inneren Unruhen, Schlägereien oder anderen gewalttätigen Auseinandersetzungen zustoßen, ohne dass sie hierbei vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, besteht Versicherungsschutz. Ziffer 5.1.3 AUB 2010 bleibt unberührt.

1.20 Vergiftungen durch Nahrungsmittel

Abweichend von Ziffer 5.2.5 AUB 2010 sind Vergiftungen durch Nahrungsmittel mitversichert. Ausgeschlossen bleiben Alkoholvergiftungen bei Personen, die im Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr vollendet haben.

1.21 Vergiftungen durch Gase und Dämpfe

Teilweise abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2010 gelten Vergiftungen durch Gase und Dämpfe auch dann als durch ein Unfallereignis verursacht, wenn die versicherte Person den Gasen und Dämpfen unerwartet ausgesetzt war und sie sich deren längerer Einwirkung aus eigener Kraft nicht entziehen konnte.

1.22 Wundinfektionen

(zu Ziffer 5.2.4 AUB 2010)

Ziffer 5.2.4.2 AUB 2010 wird wie folgt erweitert:

Versicherungsschutz besteht auch für Wundinfektionen.

2. Ergänzungen zu den Leistungsarten

(zu Ziffer 2 AUB 2010)

Die Bestimmungen zu den nachfolgenden Ziffern 2.2 bis 2.9 gelten nur für versicherte Personen, bei denen im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen eine Versicherungssumme für die jeweilige Leistungsart aufgeführt wird.

2.1 Invaliditäts-Kapital und Unfall-Rente – Bemessung des Invaliditätsgrades (Verbesserte Gliedertaxe)

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2010 gelten bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten

Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	12 %
für mehrere Finger einer Hand jedoch höchstens	60 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	65 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60 %
Fuß	50 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Auge	50 %
– sofern das andere Auge vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionsunfähig war	75 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
– sofern das Gehör auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionsunfähig war	50 %
Gehör auf beiden Ohren	80 %
Vollständige Funktionsunfähigkeit eines Auges und des Gehörs auf einem Ohr	100 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Sprechvermögen	100 %

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

Die übrigen Bestimmungen in Ziffer 2.1 AUB 2010 bleiben unberührt.

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Unfall-Rente ab einem Invaliditätsgrad von 50 %

2.2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1 AUB 2010 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffern 2.1 und 4.3 dieser Besonderen Bedingungen ermittelten Invaliditätsgrad von 50 % geführt.

2.2.1.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

2.2.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Unfall-Rente wird gezahlt:

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

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

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 AUB 2010 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

2.2.1.4 Mehrere Unfälle

Die Unfall-Rente kann – auch bei mehreren Unfällen – nur einmal aus dem Vertrag verlangt werden.

2.2.2 Hinterbliebenenrente bei Vereinbarung einer Unfall-Rente

2.2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Wir zahlen bei Unfalltod eine Hinterbliebenenrente, sofern für die versicherte Person

- eine Unfall-Rente ab einem Invaliditätsgrad von 50 % mitversichert gilt und
- sie zum Zeitpunkt des Unfalldates das 18. Lebensjahr vollendet hatte.

2.2.2.2 Höhe der Leistung

Die Hinterbliebenenrente wird in Höhe der am Tage des Unfalles vereinbarten Unfall-Rente gezahlt.

2.2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Wir zahlen die Hinterbliebenenrente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
- für die Dauer von 24 Monaten,
- monatlich im Voraus.

2.2.2.4 Dynamik

Die Hinterbliebenenrente nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag (Dynamik) nicht teil.

2.3 Kosmetische Operationen

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistungen

2.3.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

2.3.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall.

2.3.1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2.3.2 Art und Höhe der Leistungen

2.3.2.1 Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.

2.3.2.2 Unfallbedingte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden nach Ziffer 2.4 dieser Besonderen Bedingungen ersetzt.

2.3.3 Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für kosmetische Operationen nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden, soweit es sich um eine beitragsfrei mitversicherte Leistung handelt.

2.4 Mitversicherung von unfallbedingten Zahnbehandlungskosten

Wir leisten im Rahmen der Mitversicherung kosmetischer Operationen auch Ersatz für tatsächlich entstandene und nachgewiesene Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten bis zu einer Höhe von 5.000 Euro je Unfallereignis, soweit es sich um den unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Eck- oder Schneidezähnen handelt und ein Dritter nicht zur Leistung verpflichtet ist bzw. seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. gesetzliche, private Voll- oder Zusatzkrankenversicherung, Haftpflicht- oder anderweitige Versicherung) eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen von Ihnen nachgewiesenen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

Kosten für den Ersatz von bereits vor dem Unfall bestehendem Zahnersatz werden von uns nicht übernommen.

Die Zahnbehandlung muss innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall erfolgen.

Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, können Kosten für Zahnbehandlungskosten nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden, soweit es sich um ohne separate Beitragsberechnung vereinbarte Vertragsbestandteile handelt.

2.5 Bergungskosten

2.5.1 Art der Leistungen

2.5.1.1 Ersetzt werden von uns nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Gleiches gilt für die Erstattung eines medizinisch notwendigen und vertretbaren Transportes der verletzten Person zum nächstgelegenen Krankenhaus.

Diese Kosten werden auch dann von uns übernommen, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.5.1.2 Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

2.5.1.3 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidlich waren.

2.5.1.4 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

2.5.1.5 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland übernehmen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.5.1.6 Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzen wir die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.5.1.7 Sofern nach einem Unfall eine Verlegung der versicherten verletzten Person von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus oder eine Spezialklinik aus medizinischen Gründen notwendig wird, übernehmen wir hierfür die Kosten.

2.5.2 Höhe der Leistungen

2.5.2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf

- 10.000 Euro für Unfälle innerhalb der Bundesrepublik Deutschland beziehungsweise
- 20.000 Euro für Unfälle außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

je versicherte Person begrenzt.

2.5.2.2 Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, können Bergungskosten nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden.

2.5.2.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.5.3 Leistungserweiterung: Kostenersatz für die Behandlung in einer Dekompressionskammer

Wir leisten im Rahmen der Versicherungssumme für Bergungskosten auch Ersatz für die Kosten der Erstbehandlung in einer Dekompressionskammer bis zu 10.000 Euro, wenn die versicherte Person durch einen Tauchvorgang Gesundheitsschäden erlitten hat.

Die Bestimmungen von Ziffer 2.5.2 dieser Besonderen Bedingungen finden entsprechend Anwendung.

2.6 Erweitertes Krankenhaus-Tagegeld, ambulante Operationen, Reha-Tagegeld, Osteosynthesematerialentfernung, Notfalleinweisung, erweitertes Genesungsgeld

(zu Ziffer 2. 4 AUB 2010)

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich wegen eines Unfalles einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 2 Tage ununterbrochen vollständig arbeits- bzw. schulunfähig und/oder
- begibt sich innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, aufgrund einer ärztlichen Verordnung, die aufgrund des Unfalles erfolgt ist, in eine ambulante oder stationäre medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (Rehabilitationsmaßnahme oder Kur).

Für die Zahlung des Krankenhaus-Tagegeldes aufgrund einer Anschlussheilbehandlung (Rehabilitationsmaßnahme oder Kur) gelten zusätzlich folgende Voraussetzungen für den Leistungsanspruch:

Die versicherte Person weist uns gegenüber durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen zur Anschlussheilbehandlung (Rehabilitationsmaßnahme oder Kur) durch die Deutsche Rentenversicherung, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt die Notwendigkeit der Maßnahme nach.

Mitversichert sind auch teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen die versicherte Person – mit Ausnahme der Übernachtung – ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten absolviert.

2.6.2 Höhe und Dauer der Leistung

2.6.2.1 Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens jedoch für 30 Monate, vom Unfalltag an gerechnet,
- für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen. Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.6.5 dieser Besonderen Bedingungen besteht nach ambulanten Operationen nicht.

Wir zahlen den vereinbarten Krankenhaus-Tagegeldsatz außerdem für jeden Behandlungstag einer ambulanten oder stationären Anschlussheilbehandlung (Rehabilitationsmaßnahme oder Kur), an dem aufgrund des Unfalles eine entsprechende Therapiemaßnahme absolviert und nachgewiesen wird.

Ein Anspruch auf Genesungsgeld nach Ziffer 2.6.5 dieser Besonderen Bedingungen besteht bei ambulanten Maßnahmen grundsätzlich nicht.

2.6.2.2 Verdoppelung der Krankenhaus-Tagegeldleistung bei vollstationärem Krankenhausaufenthalt

Abweichend von Ziffer 2.4.2 AUB 2010 und Ziffer 2.6.2.1 dieser Besonderen Bedingungen wird das Krankenhaus-Tagegeld in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 30 Tage, vom Unfalltag an gerechnet. Die Verdoppelung gilt nicht bei stationär oder ambulant durchgeführten Anschlussheilbehandlungen (Rehabilitationsmaßnahmen oder Kuren) sowie für Aufenthalte, die zur Entfernung des aufgrund des Unfalles eingebrachten Osteosynthesematerials dienen.

2.6.3 Osteosynthesematerialentfernung

Wir gewähren innerhalb von weiteren fünf Jahren Krankenhaus-Tagegeld, sofern der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung des aufgrund des Unfalles eingebrachten Osteosynthesematerials dient.

Die Gesamtleistungsdauer des Krankenhaus-Tagegeldes bleibt jedoch auf 30 Monate begrenzt.

2.6.4 Zahlung von Krankenhaus-Tagegeld bei Notfalleinweisung in ein Sanatorium oder Erholungsheim
Ziffer 2.4.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

Erfolgt die vollstationäre Heilbehandlung in einer medizinischen Einrichtung, die sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so besteht Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld, sofern es sich um eine Notfalleinweisung bzw. es sich bei der Einrichtung um das einzige Versorgungs-Krankenhaus in der Umgebung des Unfallortes handelt.

2.6.5 Erweitertes Genesungsgeld
(zu Ziffer 2.5 AUB 2010)

2.6.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.6.1 dieser Besonderen Bedingungen.

2.6.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.6.1 dieser Besonderen Bedingungen leisten, längstens jedoch für 500 Tage. Eine eventuelle Verdoppelung des Krankenhaus-Tagegeldes aufgrund stationären Aufenthalts gilt für das Genesungsgeld nicht.

Kein Genesungsgeld wird für ambulante chirurgische Operationen und für ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlungen (Rehabilitationsmaßnahme oder Kur) gezahlt.

2.7 Todesfalleistung

2.7.1 Erweiterte Meldefrist bei Unfällen mit Todesfolge
(zu Ziffer 7.5 AUB 2010)

Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies unverzüglich zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt war.

2.7.2 Tod infolge Unfall bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel
(zu Ziffer 2.6 AUB 2010)

Stirbt die versicherte Person infolge eines Unfalles, den sie bei Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel (Busse, Bahnen, Passagierschiffe; nicht jedoch Flugzeuge) erlitten hat, erhöht sich die vereinbarte Todesfalleistung auf das Doppelte, höchstens jedoch um 15.000 Euro.

2.7.3 Zahlung einer Todesfallsumme bei bereits gezahlter Invaliditätsleistung

Sofern eine Invaliditätsleistung (Kapital) von uns gezahlt wurde, die versicherte Person innerhalb von 24 Monaten an den Folgen des Unfalles verstirbt und bereits eine Invaliditätsleistung aus dem Vertrag gezahlt worden ist, zahlen wir zusätzlich den Teil der Versicherungssumme für Tod, der die gezahlte Invaliditätsleistung überschreitet.

2.7.4 Verschollenheit
(zu Ziffer 2.6 AUB 2010)

Ist die versicherte Person bei einer Fahrt auf See oder bei einem Fluge verschollen und wurde sie von einem deutschen Gericht nach deutschen Gesetzen für tot erklärt, zahlen wir die vereinbarte Todesfalleistung, höchstens jedoch 15.000 Euro, unter folgender Voraussetzung:

Der in der Todeserklärung festgelegte Zeitpunkt des Todes fällt in die Wirksamkeit der Versicherung.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- im Gefahrengebiet eines Krieges oder Bürgerkrieges,
- als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit

verschollen ist.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, ist die Leistung an uns zurückzuzahlen.

2.8 Unfall-Pflegegeld

Wir leisten in Erweiterung zu Ziffer 2 AUB 2010 ein Unfall-Pflegegeld nach folgenden Bedingungen:

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.8.1.1 Die versicherte Person

- hat einen unter den Vertrag fallenden entschädigungspflichtigen Unfall im Sinne von Ziffer 1.3 AUB 2010 erlitten und
- wird im Sinne des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in die Pflegestufe 2 oder 3 eingestuft.

2.8.1.2 Ein Leistungsanspruch besteht, wenn

- das Unfallereignis die überwiegende Ursache für die Gesundheitsschädigungen ist, die zur Einstufung in Pflegestufe 2 oder 3 führt und
- durch den Unfall die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt wird (Invalidität). Die Voraussetzungen für eine Invalidität ergeben sich aus Ziffer 2.1.1 AUB 2010 und Ziffer 4.1 dieser Besonderen Bedingungen.

2.8.1.3 Sind die Voraussetzungen aus Ziffer 2.8.1.1 dieser Besonderen Bedingungen erfüllt, finden die Ziffern 4.1 und 4.2 AUB 2010 für die Leistungsart Unfall-Pflegegeld keine Anwendung, sofern die Beeinträchtigungen während der Vertragslaufzeit eintreten.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

2.8.2.1 Unfall-Pflegegeld bis zur Feststellung des Invaliditätsgrades

2.8.2.1.1 Ab dem Nachweis einer unfallbedingten Pflegestufe 2 oder 3 nach Ziffer 2.8.1.2 dieser Besonderen Bedingungen bis zur Feststellung des Invaliditätsgrades nach Ziffern 2.1, 4.1 und 4.3 dieser Besonderen Bedingungen leisten wir das Unfall-Pflegegeld zunächst vorläufig wie folgt:

- bei Pflegestufe 2 erhalten Sie monatlich 250 Euro,
- bei Pflegestufe 3 erhalten Sie monatlich 500 Euro.

2.8.2.1.2 Die vorläufige Zahlung leisten wir auf Ihren Antrag, nachdem Sie uns die erforderlichen Nachweise (z. B. Pflegebescheid, Pflegegutachten) eingereicht haben, aus denen die vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung bzw. von Medicproof (Medizinischer Dienst der privaten Krankenversicherung) festgestellte Pflegestufe 2 oder 3 nach § 15 SGB XI eindeutig hervorgeht.

2.8.2.1.3 Die vorläufige Zahlung endet, wenn die Pflegestufe 2 oder 3 durch entsprechenden Bescheid der Pflegeversicherung aberkannt wird.

2.8.2.2 Unfall-Pflegegeld ab Feststellung des Invaliditätsgrades bei Pflegestufe 2 oder 3

2.8.2.2.1 Ab Feststellung und Geltendmachung der Invalidität nach Ziffern 2.1, 4.1 und 4.3 dieser Besonderen Bedingungen und bei Bestehen einer Pflegestufe 2 oder 3 nach Ziffer 2.8.1 dieser Besonderen Bedingungen erfolgt die Leistung anhand des Unfall-Pflegegeldmodells nach Ziffer 2.8.2.2.5 dieser Besonderen Bedingungen.

Ergibt sich mit Feststellung des Invaliditätsgrades unter Berücksichtigung der dann gültigen Pflegestufe 2 oder 3 ein höherer Leistungsanspruch laut Ziffer 2.8.2.2.5 dieser Besonderen Bedingungen gegenüber der zunächst erfolgten vorläufigen Zahlung nach Ziffer 2.8.2.1.1 dieser Besonderen Bedingungen, zahlen wir die Differenz ab dem Beginn der vorläufigen Zahlung nach.

Eine etwaige vorläufige Überzahlung durch uns wird nicht angerechnet oder zurückgefordert.

2.8.2.2.2 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall erneut ärztlich bemessen zu lassen.

2.8.2.2.3 Für die Berücksichtigung der Pflegestufe gilt Folgendes: Maximal wird der Unfall-Pflegegeldberechnung die Pflegestufe zugrunde gelegt, die bis zum Ende des 3. Jahres nach dem Unfall festgestellt und von Ihnen

nach Ziffer 2.8.2.1 dieser Besonderen Bedingungen für das Unfall-Pflegegeld bis zu diesem Zeitpunkt nachgewiesen worden ist.

2.8.2.2.4 Grundlagen für die Berechnung des Unfall-Pflegegeldes bilden

- die vom Medizinischen Dienst der gesetzlichen Krankenversicherung oder von Medicproof (Medizinischer Dienst der privaten Krankenversicherung) festgestellte Stufe der Pflegebedürftigkeit (§ 15 SGB XI), für die der Unfall die überwiegende Ursache ist, sowie
- der dauerhafte unfallbedingte Grad der Invalidität, der innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und innerhalb dieser Frist von Ihnen bei uns geltend gemacht worden ist.

2.8.2.2.5 Sind die Voraussetzungen nach Ziffern 2.8.1.1 und 2.8.1.2 dieser Besonderen Bedingungen zum Unfall-Pflegegeld erfüllt, wird das Unfall-Pflegegeld ab Feststellung des Invaliditätsgrades in Abhängigkeit vom Invaliditätsgrad und von der festgestellten Pflegestufe 2 oder 3 nach folgendem Modell monatlich von uns gezahlt:

Invaliditätsgrad	bei Pflegestufe 2	bei Pflegestufe 3
1 bis 5 %	50 Euro	100 Euro
6 bis 10 %	100 Euro	200 Euro
11 bis 20 %	200 Euro	400 Euro
21 bis 30 %	300 Euro	600 Euro
31 bis 40 %	400 Euro	800 Euro
41 bis 50 %	500 Euro	1.000 Euro
51 bis 60 %	600 Euro	1.200 Euro
61 bis 70 %	700 Euro	1.400 Euro
71 bis 80 %	800 Euro	1.600 Euro
81 bis 90 %	900 Euro	1.800 Euro
91 bis 100 %	1.000 Euro	2.000 Euro

2.8.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.8.3.1 Das Unfall-Pflegegeld leisten wir

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

2.8.3.2 Das Unfall-Pflegegeld wird bis zum Ende des Monats geleistet, in dem

- die versicherte Person verstirbt oder
- der Nachweis einer Pflegestufe 2 oder 3 nicht mehr erbracht werden kann. Ist die Pflegegeldzahlung allerdings länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegestufe nach dieser Frist entfallen ist.

Die Änderung einer Pflegestufe und ggf. eine damit verbundene Änderung der Höhe des Unfall-Pflegegeldes wirkt sich ab dem Zeitpunkt der Feststellung der neuen Pflegestufe aus. Änderungen werden längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall berücksichtigt und sind uns umgehend schriftlich anzuzeigen.

2.8.3.3 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht umgehend übersandt, ruht die Pflegegeldzahlung ab der nächsten Fälligkeit des Unfall-Pflegegeldes.

2.8.4 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Unfall-Pflegegeldes erlischt

- mit dem Tode der versicherten Person oder
- bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufe 1, 2 oder 3 im Sinne des SGB XI, die nicht durch eine Gesundheitsschädigung verursacht wurde, deren überwiegende Ursache ein Unfallereignis ist (krankheitsbedingte Pflegebedürftigkeit).

2.8.5 Anhang

Auszug aus § 15 des Elften Buches Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – vom 26.05.1994, Stand: 30.07.2009:

§ 15 SGB XI – Stufen der Pflegebedürftigkeit

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

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43 a SGB XI reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe 1 erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfenbedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe 1 mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,

2. in der Pflegestufe 2 mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,

3. in der Pflegestufe 3 mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

2.9 Schmerzensgeld bei Oberschenkel- und/oder Oberarmbruch

Ergänzend zu Ziffer 2 AUB 2010 leisten wir bei vollständigen Frakturen ein Schmerzensgeld nach folgenden Bedingungen:

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich wegen einer vollständigen

- Oberschenkelfraktur und/oder
- Oberschenkelhalsfraktur und/oder
- Oberarmfraktur

in medizinisch notwendiger stationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden.

Dabei ist es abweichend von Ziffer 1.3 AUB 2010 unerheblich, ob der Bruch durch eine plötzliche, äußere Einwirkung entstanden ist.

2.9.2 Höhe der Leistung

Das Schmerzensgeld bei Oberschenkel-, Oberschenkelhals- und/oder Oberarmbrüchen wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme je Schadenereignis nur einmal gezahlt. Mit dieser Zahlung ist auch eine Refraktur abgegolten, sofern sie innerhalb eines Jahres an der gleichen Stelle auftritt.

3. Zusätzliche Leistungen

3.1 Kinderbetreuung: Haushaltshilfe, Tagesmutter

3.1.1 Wird die Versorgung von Kindern überwiegend von der versicherten Person besorgt und kann diese aufgrund der unfallbedingten Gesundheitsschädigung unter medizinischen Gesichtspunkten den eigenen Haushalt nicht führen, werden die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe und/oder für eine Tagesmutter ersetzt, wenn im Haushalt mindestens ein im Verhältnis zur versicherten Person unterhaltsberechtigtes Kind von unter 15 Jahren zu versorgen ist und für das Kind keine anderweitige Betreuung gegeben ist.

3.1.2 Die Kosten werden je Unfall der versicherten Person längstens für 60 Tage und höchstens bis zu einer Gesamtsumme von 6.000 Euro ersetzt, soweit

- sie innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet entstanden sind und bei uns geltend gemacht wurden und
- kein anderer Versicherer (auch Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig ist oder ein anderer Ersatzoder Erstattungspflichtiger zu leisten hat.

Kann von dem anderen Ersatzpflichtigen kein Ersatz erlangt werden oder bestreitet dieser seine Leistungspflicht, erhält die versicherte Person den Kostenersatz nach Maßgabe dieser Bestimmungen.

Die maximale Gesamtentschädigung von 6.000 Euro für Kinderbetreuungskosten gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

Sofern weitere Leistungen nach Ziffern 3.2.2 bis 3.2.6 dieser Besonderen Bedingungen fällig werden, gilt je versicherte Person höchstens eine Entschädigung von insgesamt 30.000 Euro je Unfall. Diese maximale Gesamtentschädigung gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

3.2 Kostenersatz bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %

3.2.1 Hat ein Unfall zu einem nach Ziffern 2.1 und 4.3 dieser Besonderen Bedingungen ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt, werden zusätzlich die unter den nachfolgenden Ziffern 3.2.2 bis 3.2.6 genannten Kosten ersetzt, soweit

- sie innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstanden sind und bei uns geltend gemacht wurden und
- kein anderer Versicherer (auch Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig ist oder ein anderer Ersatzoder Erstattungspflichtiger zu leisten hat.

Kann von dem anderen Ersatzpflichtigen kein Ersatz erlangt werden oder bestreitet dieser seine Leistungspflicht, erhält die versicherte Person den Kostenersatz nach Maßgabe dieser Bestimmungen.

Für die folgenden Positionen nach Ziffern 3.2.2 bis 3.2.6 gilt je versicherte Person höchstens eine Entschädigung von insgesamt 30.000 Euro je Unfall.

3.2.2 Kosten für Umschulungsmaßnahmen

3.2.2.1 Wir ersetzen folgende notwendige Kosten im Zusammenhang mit staatlich anerkannten Umschulungsmaßnahmen, die zu Berufstätigkeiten befähigen, die dem bisherigen Lebensstandard der versicherten Person entsprechen:

Kosten für Lernmittel, Arbeitskleidung, Unterrichts- und Lehrgangsgebühren, Fahrtkosten (einschließlich für Begleitpersonen), Unterkunft und Verpflegung der versicherten Person.

3.2.2.2 Die Höhe der Leistungen ist auf den Gesamtbetrag von 6.000 Euro begrenzt.

Die maximale Gesamtentschädigung von 6.000 Euro für Umschulungsmaßnahmen gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

Sofern weitere Leistungen nach Ziffern 3.2.2 bis 3.2.6 dieser Besonderen Bedingungen fällig werden, gilt je versicherte Person höchstens eine Entschädigung von insgesamt 30.000 Euro je Unfall.

3.2.2.3 Leistungsvoraussetzungen:

3.2.2.3.1 Die versicherte Person

- kann aufgrund der unfallbedingten Gesundheitsschädigung ihren zum Zeitpunkt des Unfalles zuletzt ausgeübten Beruf unter objektiv medizinischen Gesichtspunkten nicht mehr oder nicht mehr in der bisherigen Form ausüben,
- war zum Unfallzeitpunkt berufstätig,
- hat zum Zeitpunkt der Entstehung der Umschulungskosten das 60. Lebensjahr nicht vollendet.

3.2.2.3.2 Mit der betreffenden Umschulungsmaßnahme besteht Aussicht auf berufliche Wiedereingliederung.

3.2.3 Umzugskosten

Bei einem Umzug der versicherten Person im Inland in eine entsprechend der unfallbedingten Beeinträchtigung behindertengerechte Wohnung ersetzen wir die notwendigen Kosten für das Befördern des Umzugsgutes aus der bisherigen in die neue Wohnung, höchstens jedoch einen Gesamtbetrag von 6.000 Euro.

Die maximale Gesamtentschädigung von 6.000 Euro für Umzugskosten gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

Wir behalten uns vor, unsererseits Kostenvoranschläge einzuholen bzw. ein Umzugsunternehmen zu beauftragen. Wir sind von einem geplanten Umzug zur Kostenabklärung rechtzeitig in Kenntnis zu setzen.

Sofern weitere Leistungen nach Ziffern 3.2.2 bis 3.2.6 dieser Besonderen Bedingungen fällig werden, gilt je versicherte Person höchstens eine Entschädigung von insgesamt 30.000 Euro je Unfall.

3.2.4 Kosten für medizinisch notwendige Prothesen und Hilfsmittel

Wir ersetzen die nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendige Prothesen und Hilfsmittel, höchstens jedoch einen Gesamtbetrag von 6.000 Euro.

Die maximale Gesamtentschädigung von 6.000 Euro für Prothesen und Hilfsmittel gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

Sofern weitere Leistungen nach Ziffern 3.2.2 bis 3.2.6 dieser Besonderen Bedingungen fällig werden, gilt je versicherte Person höchstens eine Entschädigung von insgesamt 30.000 Euro je Unfall.

Hiervon ausgenommen sind Kosten für Zahnersatz. Siehe aber Ziffer 2.4 dieser Besonderen Bedingungen.

3.2.5 Kosten für Kfz-Umbauten

Wir ersetzen die notwendigen Kosten für entsprechend der unfallbedingten Beeinträchtigung der versicherten Person gebotene und behördlich genehmigte behindertengerechte Umbauten des selbst genutzten Kraftfahrzeugs bis zu einem Gesamtbetrag von 10.000 Euro.

Die maximale Gesamtentschädigung von 10.000 Euro für Kfz-Umbauten gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

Sofern weitere Leistungen nach Ziffern 3.2.2 bis 3.2.6 dieser Besonderen Bedingungen fällig werden, gilt höchstens eine Gesamtentschädigung von 30.000 Euro je Unfall.

3.2.6 Kosten für Umbauten der Wohnung

Wir ersetzen die notwendigen Kosten für entsprechend der unfallbedingten Beeinträchtigung der versicherten Person gebotene Umbauten der selbst genutzten Wohnung bis zu einem Gesamtbetrag in Höhe von 10.000 Euro.

Die maximale Gesamtentschädigung von 10.000 Euro für Umbauten der Wohnung gilt auch, wenn weitere Un-

fallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

Sofern weitere Leistungen nach Ziffern 3.2.2 bis 3.2.6 dieser Besonderen Bedingungen fällig werden, gilt höchstens eine Gesamtentschädigung von 30.000 Euro je Unfall.

3.3 Leistung bei Koma

Hat der Unfall zu einem Koma von mindestens 11 Tagen geführt, zahlen wir für jede weitere volle Woche, in der die versicherte Person im Koma liegt, 100 Euro, höchstens jedoch 2.500 Euro.

Die maximale Gesamtentschädigung von 2.500 Euro bei Koma gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

3.4 Psychologische Soforthilfe

Teilweise abweichend von Ziffern 1.3 und 5.2.6 AUB 2010 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf psychologische Soforthilfe für die versicherte Person unmittelbar nach

- katastrophentypischen Unglücksfällen, bei denen die versicherte Person in Lebensgefahr geraten ist;
- plötzlichen Ereignissen, durch die die versicherte Person in die Gewalt eines Dritten geraten ist, der sie mit dem Tode oder mit erheblicher Körperverletzung bedroht hat.

Ersetzt werden die Kosten für die ersten zehn psychologischen Therapiesitzungen unmittelbar nach dem Ereignis.

Die maximale Erstattung von zehn psychologischen Therapiesitzungen gilt auch, wenn weitere Unfallversicherungen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe bestehen.

Auf die Ausschlüsse in den Ziffern 5.1.2 bis 5.1.6 AUB 2010 wird hingewiesen. Sie finden entsprechende Anwendung.

3.5 Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen

Führt ein Unfall zu einer vollständigen Fraktur, leisten wir einmal je Unfall ein Schmerzensgeld nach folgenden Bedingungen:

3.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich aufgrund des Unfalles und einer vollständigen Fraktur in medizinisch notwendiger stationärer und/oder ambulanter Heilbehandlung befunden.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Kur- oder Rehaeinrichtungen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

Das Vorliegen der Voraussetzungen wird von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

3.5.2 Höhe der Leistung

Die Höhe des Schmerzensgeldes wird mittels nachfolgender Regelung bemessen:

- 3.5.2.1 bei ausschließlich ambulant behandeltem Knochenbruch (vollständige Fraktur)
ohne vollstationärem Krankenhausaufenthalt 100 Euro,
- 3.5.2.2 bei einem Knochenbruch (vollständige Fraktur)
mit ununterbrochenem vollstationärem Krankenhausaufenthalt
- bis zu 4 Tagen 250 Euro,
5 bis 13 Tagen 500 Euro,
mehr als 13 Tagen 1.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, kann das Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen nur aus einer dieser Versicherungen verlangt werden.

3.6 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

- 3.6.1 Ergänzend zu Ziffer 2 AUB 2010 wird nach einem Unfall eine Sofortleistung in Höhe von 5 % der versicherten Invaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 10.000 Euro – bei folgenden schweren Verletzungen, sofern nicht der Tod innerhalb einer Woche nach dem Unfall eintritt – gezahlt:

- 3.6.1.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- 3.6.1.2 Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand,
- 3.6.1.3 Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,
- 3.6.1.4 Erblindung auf beiden Augen,
- 3.6.1.5 schwere Mehrfachverletzungen:
- 3.6.1.5.1 Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch)
oder
- 3.6.1.5.2 gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen
oder
- 3.6.1.5.3 Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
- gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs,
 - Bruch eines langen Röhrenknochens,
 - Bruch des Beckens,
 - Bruch der Wirbelsäule;
- 3.6.1.6 andere Verletzungen, soweit diese unmittelbar nach dem Unfall zu einem vollstationären ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt von mindestens 25 Tagen führen.
Der Krankenhausaufenthalt muss ausschließlich unfallbedingt und medizinisch notwendig sein. Nicht als vollstationäre Behandlung gelten Reha-Maßnahmen, auch soweit diese stationär und im unmittelbaren Anschluss an die vollstationäre Behandlung durchgeführt werden.
- 3.6.2 Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach Ziffer 3.6.1 dieser Besonderen Bedingungen) ist durch einen fachärztlichen Bericht nachzuweisen.
- 3.6.3 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.
Bestehen für die versicherte Person bei der RheinLand Versicherungsgruppe mehrere Unfallversicherungen, kann die Sofortleistung bei schweren Verletzungen insgesamt nur in Höhe von 5 % der versicherten Gesamtinvaliditätsgrundsumme, höchstens jedoch 10.000 Euro, aus diesen Versicherungen verlangt werden.

3.7 Übernahme der Arztgebühren ohne Höchstsatz

(zu Ziffer 9 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 9.1 AUB 2010 ersetzen wir die ärztlichen Gebühren zur Begründung des Leistungsanspruchs ohne Höchstsatz.

4. Weitere Vereinbarungen

4.1 Erweiterte Frist zur Feststellung und Geltendmachung des Anspruchs auf Invaliditätsleistung

(zu Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010)

Abweichend von Ziffer 2.1.1.1 AUB 2010 gilt Folgendes:

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht worden.

4.2 Mitversicherung von hinzukommenden Angehörigen

(zu Ziffer 1.1 AUB 2010)

- 4.2.1 Für während der Wirksamkeit der Versicherung hinzukommende Angehörige des Versicherungsnehmers, nämlich für
- neugeborene leibliche Kinder des Versicherungsnehmers ab Vollendung der Geburt und
 - Ehepartner des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der standesamtlichen Eheschließung,

besteht bis zur nächsten Hauptfälligkeit, mindestens jedoch für den Zeitraum von 6 Monaten beitragsfrei Versicherungsschutz nach Ziffer 4.2.2 dieser Besonderen Bedingungen, sofern der Versicherungsnehmer selbst eine der versicherten Personen des Vertrages ist.

4.2.2 Die Versicherungssummen betragen für jeden hinzukommenden Angehörigen gemäß Ziffer 4.2.1 dieser Besonderen Bedingungen:

- 20.000 Euro Invaliditätsgrundsumme,
- 50 % der zum Zeitpunkt der Geburt oder Heirat für den Versicherungsnehmer vereinbarten Versicherungssumme der Unfall-Rente ab 50 % Invalidität,
- 5.000 Euro Tod,
- 10.000 Euro kosmetische Operationen,
- 10.000 Euro Bergungskosten.

4.3 Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

(zu Ziffer 3 AUB 2010)

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2010 gilt Folgendes vereinbart:

Die Leistung wird nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 % beträgt.

4.4 Nachversicherungsgarantie – Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung

4.4.1 Erhöhung des Versicherungsschutzes

Sofern die versicherte Person nach Ziffer 4 AUB 2010 versicherbar ist, können Sie alle fünf Jahre zum Beginn des Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Erhöhung der Versicherungssummen verlangen. Ihre entsprechende Mitteilung richten Sie spätestens acht Wochen vor Beginn des Versicherungsjahres an uns.

4.4.2 Umfang der Erhöhung

Die einzelne Erhöhung der versicherten Summen darf maximal 20 % der ursprünglich abgeschlossenen Versicherungssumme der versicherten Leistungsarten sowie unsere tariflich festgelegten Höchstversicherungssummen nicht übersteigen.

4.4.3 Beitragszahlung für die Erhöhung

Die Beiträge für die gewählte Erhöhung errechnen sich nach dem zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung vereinbarten Vertragsbeitrag. Der neue Beitrag gilt ab dem Zeitpunkt der Erhöhung.

4.4.4 Weitere Bestimmungen für die Erhöhung

Alle für den zum Zeitpunkt der Erhöhung vereinbarten Vertragsbestimmungen werden auch auf den erhöhten Versicherungsumfang angewendet.

Ein Einschluss von vor dem Erhöhungstermin nicht mitversicherten Leistungsarten oder eine Umwandlung eines bestehenden Standard- in einen Plus-Versicherungsschutz ist durch diese Vereinbarung nicht möglich. Hierzu muss ein Änderungsantrag gestellt werden.

4.4.5 Ende der Nachversicherungsgarantie

Die Nachversicherungsgarantie erlischt, wenn die versicherte Person das 72. Lebensjahr vollendet hat.

4.5 Keine Operationspflicht

(zu Ziffer 7.1 AUB 2010)

Für die versicherte Person besteht keine Verpflichtung, sich einer Operation zu unterziehen.

4.6 Vorzeitige Zahlung der Invaliditätsleistung bei medizinisch gesicherter Diagnose

Abweichend von Ziffer 9.3 AUB 2010 zahlen wir nach einem Unfall eine Invaliditätsleistung vor Ablauf der genannten Frist, wenn folgende Voraussetzungen vollständig erfüllt sind:

- klare medizinisch gesicherte Diagnose,
- Verlust von Gliedmaßen.

5. Leistungsgarantien

5.1 Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse (vormals Arbeitskreis Vermittler-richtlinie)

Die diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010) und die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung weichen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse für die Unfallversicherung – Stand 17.02.2010 – ab.

5.2 Künftige Bedingungs- und Leistungsverbesserungen (Update-Garantie)

Werden die diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010), die Besonderen Bedingungen oder Zusatzbedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die Inhalte der neuen Bedingungen mit Einführung auch für diesen Vertrag.

5.3 Leistungsgarantie gegenüber den Musterbedingungen des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV)

Die diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2010) weichen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) unverbindlich empfohlenen Bedingungen für die Unfallversicherung – Stand Oktober 2010 – ab.

Besondere Klauseln und Vereinbarungen

§ 1 Anzeigen und Willenserklärungen

1. Die Verwaltungsgesellschaft des Versicherers für alle Unfall-Versicherungsverträge ist die Firma Schleswiger Versicherungsservice AG (im folgenden SL AG genannt).
2. Alle vom Versicherungsnehmer dem Versicherer gegenüber zu erbringenden vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen sind SL AG gegenüber zu erfüllen
3. SL AG ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadensanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazugehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit den Versicherungsvertrag (z.B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Die Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei der SL AG eingegangen sind.
4. SL AG ist vom Versicherer beauftragt, gegenüber den Versicherungsnehmer und den betreuenden Vermittlern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.
5. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber der SL AG nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte SL AG bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie – ohne die Anschriftenänderung – bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre.

§ 2 Versichererwechsel

SL AG ist berechtigt, das auf der Grundlage dieses Vertrages versicherte Risiko jederzeit durch Kündigung und Neuabschluss des Versicherungsvertrages, ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers bei einem anderen Versicherer in Deckung zu geben und/oder weitere Versicherer zu beteiligen. Dies ist jedoch nur möglich, bei gleich bleibendem oder besserem Versicherungsschutz. Macht die SL AG von diesem Recht Gebrauch, so werden die Versicherungsnehmer spätestens innerhalb von 4 Wochen nach erfolgtem Wechsel darüber informiert, bei wem sie von nun an ihre vertraglichen Rechte geltend machen können.

§ 3 Schlussbestimmung

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



Merkblatt zur Datenverarbeitung

1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Schleswiger Versicherungsservice AG,
Goebenstraße 10, 24534 Neumünster – Telefon: +49(0)4321 – 489 09 0 E-Mail: info@schleswiger-ag.de

Unsere Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter den vorgenannten Kontaktdaten oder unter datenschutz@schleswiger-ag.de

2. Vorbemerkung

Die an uns gestellten Anforderungen und Aufgaben zur korrekten, schnellen und wirtschaftlichen Administration und Verwaltung von Vertragsverhältnissen können wir in der heutigen Zeit nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Die EDV bietet einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannten Daten zu Ihrer Person wird durch die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt.

3. Rechtsgrundlagen und Zwecke

Die Datenverarbeitung und Datennutzung personenbezogener Daten ist zulässig, wenn die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift wie z.B. die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sie erlaubt oder wenn der Betroffene in diese eingewilligt hat (Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO). Die DSGVO und das BDSG erlauben die Datenverarbeitung und Datennutzung, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der 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. (Art. 6 Abs. 1 DSGVO).

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Dies sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden versicherungstechnische Daten zum Vertrag wie Vertragsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung, sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten zum Versicherungsfall (Vertragsdaten).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO.

Die genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen erstrecken sich auch auf Testverfahren zur Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der hierzu eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren. Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es (nach Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO erforderlich ist, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren.

Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Schleswiger Versicherungsservice AG und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere von Datenanalysen zur Erkennung von Unstimmigkeiten, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für andere, oben nicht genannte Zwecke verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren.

4. Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse

Wenn Sie uns im Rahmen der Bearbeitung eines Vorgangs Ihre E-Mail-Adresse zur Kenntnis bringen, speichern wir diese und nutzen sie ggf. für die weitere Kommunikation zu dem betreffenden Vertrag (z.B. im Schadenfall), sofern Sie dieser Nutzung nicht widersprechen.

5. Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach der DSGVO und BDSG zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu den vorstehend beschriebenen Zwecken aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise verweigert oder widerrufen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise verweigerter Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in Abschnitt G Nr. 3 („Rechtsgrundlagen und Zwecke“; Seite 61) beschrieben, erfolgen. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

6. Kategorien von Empfänger der personenbezogenen Daten

a) Datenübermittlung an den Risikoträger (Versicherer)

Die Schleswiger Versicherungsservice AG arbeitet zur Deckung der Risiken mit unterschiedlichen Risikoträgern (Versicherern) zusammen. Diese Versicherer benötigen entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie auch Ihre Personalien. Soweit durch eine bestimmte Schadenhöhe eine Vorlagepflicht beim Versicherer besteht, werden zur Risiko- und Schadenbeurteilung auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Versicherer zum Zwecke der Risiko- und Schadenbeurteilung weiterer Dienstleister, denen sie gegebenenfalls entsprechende Daten übergeben können.

b) Datenübermittlung an andere Versicherer

Im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Versicherungsfälle, Versicherungen oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer zu befragen und entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen wie Name, Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag, weitergegeben.

c) Betreuung durch den Vertriebspartner

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

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vertriebspartner zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zwecke von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vertriebspartner auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vertriebspartner verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch Sie werden von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vertriebspartner ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen der DSGVO und dem BDSG und seine Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, solange wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dies ergibt sich regelmäßig durch rechtliche Nachweis- und Aufbewahrungspflichten, die unter anderem im Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz geregelt sind. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

8. Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

a) Widerspruchsrecht

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Dieses Recht können Sie unter info@schleswiger-ag.de geltend machen.

b) Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten (datenschutz@schleswiger-ag.de) oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz in Schleswig Holstein,
Holstenstr. 98
24103 Kiel

9. Zentrale Hinweissysteme

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der

informa HIS GmbH
Krenzberger Ring 68
65205 Wiesbaden

zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Der Betrieb des HIS beruht auf den berechtigten Interessen der Versicherungswirtschaft gem. Art. 6 Abs.1 lit. f) DSGVO, die wir gerne erläutern:

Anfragen

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes und zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

10. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Antragsbearbeitung und bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

11. Bonitätsauskünfte

Soweit es zum Vertragsschluss oder zur Vertragsdurchführung aufgrund unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihrer Zahlungsfähigkeit oder Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.