

Osterstraße 15
26122 Oldenburg
Telefon: 0441 - 92 36-0
E-Mail: kontakt@g-v-o.de
Internet: www.g-v-o.de



Unfallversicherung VIT / TOP-VIT

(AUB 2012 GVO)

(Stand 01.05.2016)

Inhaltsverzeichnis

<u>Titel</u>	<u>Seite</u>
Kundeninformationen Unfall (6127-12)	3
Produktdetails Unfall VIT / TOP-VIT (6128-18)	5
Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2012 GVO) (6135-3)	9
Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung VIT (6131-11)	17
Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung TOP-VIT (6198-9)	23
Unfallversicherung VIT / TOP-VIT, Progressionsstaffel 350% (6188-2)	33
Unfallversicherung VIT / TOP-VIT, Progressionsstaffel 500% (6189-2)	35
Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für die Invaliditätskapitalleistung ab 50% Invaliditätsgrad mit progressiver Invaliditätsstaffel 350% (Progression 350%) (UKZ) (6124-3)	37
Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für die Invaliditätskapitalleistung ab 50% Invaliditätsgrad mit progressiver Invaliditätsstaffel 500% (Progression 500%) (UKZ) (6151-3)	39
Besonderen Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung Besonderen Bedingungen für die Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 % (6125-4)	41
Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Modell 1) Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Modell 3) (6126-4)	43
Satzung (0114-10)	45
Merkblatt zur Datenverarbeitung (0115-6)	47
Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (0105-1)	49



Kundeninformation Unfallversicherung

Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG (GVO)
Osterstraße 15, 26122 Oldenburg

Sitz der Gesellschaft: Oldenburg (Oldb),
Registergericht Oldenburg (Oldb), HRB 63,
Rechtsform: Versicherungs-Verein auf Gegenseitigkeit (VVaG)
Vorstand: Gernold Lengert (Vorsitzender),
Andreas Szwalkiewicz, Martin Zimmer
Aufsichtsratsvorsitzender: Godehard Vogt
Mail-Adresse: kontakt@g-v-o.de
Homepage: www.g-v-o.de
Tel. 0441 9236-0, Fax 0441 9236-5555
Bankverbindung: DZ Bank Hannover
IBAN DE37 2506 0000 0000 4014 40, BIC GENODEFF250
Die GVO wird vertreten durch den Vorstand unter der o.g. Anschrift.

Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der GVO besteht im Abschluss und in der Verwaltung von Versicherungen.

Aufsichtsbehörde

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

Versicherungsbedingungen / Merkmale der Versicherungsleistung

Für Ihren Vertrag gelten das Produktinformationsblatt, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Besonderen Bedingungen und weiteren Vereinbarungen/Klauseln sowie die Satzung und das Merkblatt zur Datenverarbeitung. Prüfen Sie, ob Sie diese Unterlagen vollständig erhalten haben und ob Sie rechtzeitig von diesen Kenntnis nehmen konnten. Die Versicherungsleistung ergibt sich aus dem Versicherungsschein und den weiter Vertragsbestimmungen.

Gesamtpreis der Versicherung

Den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile entnehmen Sie bitte dem Produktinformationsblatt, unserem Antrag sowie dem Versicherungsschein.

Zusätzlich anfallende Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrages werden nicht erhoben. Erhoben werden lediglich Kosten für Mahnungen sowie für Kosten bei Nichteinlösung im Lastschriftverfahren.

Prämie

Die im Versicherungsschein ausgewiesene erste Prämie ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Bei Lastschrifteinzug wird die Prämie erst nach Ablauf der Frist eingezogen.

Denken Sie an die rechtzeitige Prämienzahlung, weil im Falle eines Zahlungsverzuges die GVO nach § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zum Rücktritt berechtigt und im Versicherungsfall leistungsfrei sein kann.

Wegen der weiteren Einzelheiten zur Prämienzahlung lesen Sie die Regelung im Gesetz und in den Vertragsbedingungen.

Die Lastschriftermächtigung wird mit Antragsunterzeichnung erklärt, wenn dort die Kontodaten vollständig eingetragen sind.

Abweichende Erklärungen sind in einer gesonderten Lastschriftermächtigung vorzunehmen.

Die Zahlungsweisen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich und jährlich sind möglich.

Gültigkeitsdauer von Angeboten

An unser Angebot halten wir uns einen Monat gebunden, sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist.

Risikohinweise für Finanzdienstleistungen

Bitte beachten Sie bei Produkten mit Finanzdienstleistungen, dass diese wegen der speziellen Risikogestaltung marktüblichen Schwankungen unterliegen, auf die die GVO keinen Einfluss hat. In der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge sind daher kein Indikator für künftige Erträge.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben 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: GVO Versicherungen Oldenburg, Osterstraße 15, 26122 Oldenburg.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 der von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Prämie, sofern die jährliche Zahlweise vereinbart ist. Ist die ½ jährliche Zahlweise vereinbart, handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/180 der von Ihnen für ein ½ Jahr zu zahlenden Prämie. Ist die ¼ jährliche Zahlweise vereinbart, handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/90 der von Ihnen für ein ¼ Jahr zu zahlenden Prämie. Ist die monatliche Zahlweise vereinbart, handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/30 der von Ihnen für den Monat zu zahlenden Prämie. 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.
Ende der Widerrufsbelehrung

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt durch Übersendung eines Versicherungsscheines mit dem Inhalt des Versicherungsscheines nach schriftlicher Antragstellung (Antragsmodell) zustande.

Nach § 7 VVG müssen die Vertragsinformationen rechtzeitig vor Vertragserklärung des Versicherungsnehmers diesem vorliegen, falls der Versicherungsnehmer nicht ausdrücklich darauf verzichtet hat. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung des Versicherungsscheines, d.h. mit rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein benannten Vertragsbeginn.

Wird der erste Beitrag erst nach dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt eingefordert, beginnt der Versicherungsschutz zu diesem Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den Beitrag unverzüglich zahlt.

Laufzeit

Die Laufzeit des Vertrages ergibt sich aus dem Produktinformationsblatt, dem Antrag und dem Versicherungsschein.

Vertragsbeendigung

Der Vertrag ist zunächst für die dokumentierte Zeit abgeschlossen. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine Kündigung in Textform zugegangen ist. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Abweichende Regelungen können sich aus den Vertragsbedingungen zu den einzelnen Produkten ergeben.

Anwendbares Recht, zuständiges Gericht

Es findet deutsches Recht Anwendung.

Für Klagen gegen die GVO sind die Gerichte in Oldenburg zuständig. Für Klagen der GVO gegen den Versicherungsnehmer richtet sich die Zuständigkeit der Gerichte nach dem Wohnort bzw. dem Aufenthaltsort, bei juristischen Personen nach dem Ort der Niederlassung. Gemäß § 215 Abs. 3 VVG kann eine abweichende Vereinbarung getroffen werden.

Vertragssprache

Vertragssprache ist ausschließlich die deutsche Sprache.

Mitgliedschaft bei der GVO

Der Versicherungsnehmer wird mit Abschluss des Vertrages Mitglied der GVO, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde.

Beschwerdeverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. An den Versicherungsombudsmann können Sie Beschwerden richten. Dieses Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 080632, 10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Beschwerden bei der Aufsichtsbehörde

Beschwerden können Sie zudem an die Aufsichtsbehörde richten.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Graurheindorfer Str. 108

53117 Bonn

Originalunterlagen

Die eingereichten Unterlagen archivieren wir elektronisch und vernichten deshalb die Originalbelege spätestens 12 Wochen nach Einreichung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Zur Vorlage beim Finanzamt kann eine Bestätigung erteilt werden, die die Übereinstimmung des gespeicherten Dokumentes mit dem vorgelegten Original erklärt.

Anzeige- und Mitteilungspflichten

Beantworten Sie die Fragen in den Antrags- und den weiteren Vertrags- und Schadenformularen vollständig und richtig.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich gegenüber der GVO Osterstrasse 15, 26122 Oldenburg, Tel. 0441 9236-0, Fax 0441 9236-5555 schriftlich nachzuholen.

Der Versicherungsschutz ist gefährdet, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht sowie weiterer Obliegenheiten kann den Versicherer berechtigen vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zur Leistungsfreiheit des Versicherers führen kann.

Beachten Sie dazu die Regelungen in den Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

Datenschutzklausel

Mit dem Vertragsschluss willigen Sie in die für die Vertragsverwaltung und Schadenbearbeitung notwendige Speicherung und Übermittlung der überlassenen Personen- und Sachdaten ein. Einzelheiten dazu und zu Ihren gesetzlichen Rechten sind im Merkblatt zur Datenverarbeitung geregelt.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Mir ist bekannt, dass der Versicherer - soweit hierzu ein Anlass besteht - Angaben über meinen Gesundheitszustand, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle, und über frühere, bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines von mir beantragten Vertrages überprüft. Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die mich in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben von ihrer Schweigepflicht - und zwar auch über meinen Tod hinaus - und ermächtige sie, dem Versicherer die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen ich bisher in Vertragsbeziehungen stand oder stehe. Diese Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Mir ist ferner bekannt, dass der Versicherer zur Beurteilung seiner Leistungspflicht auch Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z.B. Bescheinigungen, Atteste) sowie von mir veranlasste Mitteilungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Auch zu diesem Zweck befreie ich die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren von ihrer Schweigepflicht, dabei hat die Geltendmachung eines Leistungsanspruches die Bedeutung einer Schweigepflichtentbindung für den Einzelfall. Von der Schweigepflicht entbinde ich auch zur Prüfung von Leistungsansprüchen im Falle meines Todes. Die Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich auch auf die Angehörigen von anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen befragt werden dürfen.

Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitzuversichernden Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Einwilligungsklausel zur Bonitätsabfrage

Ich willige ein, dass die GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG (GVO) zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehungen zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematischer-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden bezieht und nutzt. Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei der GVO zu den gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung. Diese Einwilligung gilt unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.



Produktdetails Unfall VIT / TOP-VIT

	VIT	TOP - VIT
Zu Ziffer 1 AUB 2012 der GVO – Was ist versichert?		
Allergische Reaktionen	—	✓
Allmähliche Einwirkung von Gasen/Stoffen auch über mehrere Stunden	—	✓
Allmähliche Einwirkung von Gasen/Stoffen	bis 7 Tage	bis 7 Tage
Bauch- und Unterleibsbrüche	✓	✓
Begriff der Plötzlichkeit generell	bis 7 Tage	bis 7 Tage
Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse	—	✓
Erfrieren, Ertrinken und Ersticken	✓	✓
Flüssigkeits-, Nahrungs- und Sauerstoffentzug	—	✓
Innovationsklausel / Bedingungsverbesserungen	✓	✓
Knochenbrüche durch erhöhte Kraftanstrengungen	✓	✓
Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer (Kostenübernahme ist nicht an die Einhaltung an Tauchrichtlinien gebunden)	—	bis 50.000 €
Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen	—	✓
Meniskusschäden durch erhöhte Kraftanstrengungen	—	✓
Opfer eines Raubüberfalls oder Geiselnahme/Gewalttätige Auseinandersetzungen	—	—
Sämtliche Eigenbewegungen / Kraftanstrengungen	✓	✓
Tauchtypische Gesundheitsschäden	✓	✓
Zu Ziffer 2 AUB 2012 der GVO – Welche Leistungsarten können vereinbart werden?		
Verbesserte Gliedertaxe	✓	✓
Eines Armes	80%	80%
Eines Armes bis oberhalb des Ellenbogen	75%	80%
Eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenkes	75%	75%
Einer Hand	70%	75%
Eines Daumens	30%	35%
Eines Zeigefingers	20%	20%
Eines anderen Fingers	10%	12%
Für sämtliche Finger einer Hand höchstens	—	75%
Eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80%	80%
Eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75%	75%
Eines Beines bis unterhalb des Knies	65%	70%
Eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	60%	65%
Eines Fußes	50%	60%
Einer großen Zehe	8%	15%
Einer anderen Zehe	5%	5%
Eines Auges	60%	60%
Des Gehörs auf einem Ohr	40%	45%
Des Geruchs	15%	20%
Des Geschmacks	15%	20%
Vollständiger Stimmverlust	100%	100%
Niere	—	25%
Beide Nieren	—	100%
Milz	—	10%
Milz bei Kindern bis 13 Jahren	—	20%

	VIT	TOP - VIT
Gallenblase	—	10%
Magen	—	20%
Zwölf-Finger-/ Dünn-/ Dick-/End-Darm	—	je 25%
Ein Lungenflügel	—	50%
Vorschädigung ein Auge für das andere	100%	100%
Vorschädigung Gehör auf einem Ohr für das andere	80%	80%
Ambulante Rehamaßnahmen (für VIT: nur wenn KHT ab 25 € / Tag versichert)	13 € / Tag, max. 12 Tage	KHT-Satz je Tag
Ambulantes Tagesgeld (auch bei nicht chirurgischen Operationen oder Knochenbrüchen)	—	3 KHT-Sätze, mind. 200 €
Ambulantes Tagesgeld (bei Operationen mit Vollnarkose)	3 KHT-Sätze, max. 200 €	3 KHT-Sätze, mind. 200 €
Arznei- und Hilfsmittel (Kosten für Versand und Zoll)	—	✓
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	bis 3.000 €	bis 50.000 €
Betreuung von Kindern, Nachhilfe und Haushaltshilfe (zusätzlich zur Krankenhaustagegeldleistung)	—	bis 6 Monate ab 1. Tag, 100 €/Tag
Eigenbehaltskosten (wenn KHT ab 25 € / Tag versichert)	10 € / Tag, max. 28 Tage	10 € / Tag, max. 28 Tage
Fahrradhelmklausel für Kinder und Erwachsene	10%	10%
Fahrt- und Unterbringungskosten für einen Krankenbesuch	—	max. 500 €
Rücktransport		
Flugrückholung bei Krankenhausaufenthalt ab voraussichtlich 7 Tage	—	✓
Flugrückholung auch unabhängig vom Krankenhausaufenthalt, wenn medizinisch notwendig	—	✓
Mehrkosten auch für mitreisende Familienangehörige (nicht nur nach einem Krankenhausaufenthalt)	—	✓
Rücktransport / Versorgung von Haustieren	—	1 bis 6 Wochen
Rücküberführungskosten oder Bestattungskosten bei Tod im Ausland statt Rücküberführung	—	✓
Genesungsgeld	101. bis 365. Tag 50 %	101. bis 500. Tag 100%
Komageld / Pflegegeld	ab 8. Tag 100 €, max. 12 Wochen	ab 1. Tag/ wöchentlich 200€/ bis 20 Wochen
Kosten für kosmetische Operationen mit Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (alle natürlichen Zähne, auch Backenzähne)	nur Schneide- und Eckzähne bis 15.000 €	bis 50.000 €
Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	längstens 4 Jahre/1.000 Tage	längstens 5 Jahre
Krankenhaustagegeld auch in Gemischten Instituten (Heilbehandlung-Rehabilitation)	✓	✓
Krankenhaustagegeld bei Schäden im Ausland	doppelte Leistung für 21 Tage/ max. 100 € / Tag	doppelte Leistung für 21 Tage/ max. 100 € / Tag
Kurbeihilfe	bis 3.000 €	bis 3.000 €
Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, Schulungs- und Prüfungsgebühren	—	bis 2.500 €
Prothesen und Anschaffung eines Blindenhundes	bis 3.000 €	bis 50.000 €
Psychologische Betreuung	—	max. 1.000 €
Rooming-In Leistung bei Kindern	bis 10. Nacht 25 € / 11. bis 100. Nacht 13 €	80 €/ Nacht ohne Höchstdauer
Sofortleistung bei Frakturen und Bänderissen	200 €	200 €
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	5.000 €	10.000 €
Sonderleistung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims	—	Erwerb/Baubeginn danach Staffellung

	VIT	TOP - VIT
Sonderleistung für Waisen bei Tod der Eltern	bis 20.000 €	bis 40.000 €
Such-, Rettungs-, Bergungs- und Transportkosten	bis 20.000 €	bis 50.000 €
Tod in Öffentlichen Verkehrsmitteln	—	bis 20.000 €
Todesfallleistung , wenn VP im 2. Jahr nach dem Unfall verstirbt	—	✓
Übergangsleistung mit Sofortleistung bei Schwerverletzung in voller Höhe fällig	✓	✓
Versicherungsschutz für das ungeborene Leben	25.000 €	25.000 €
Vorsorgeversicherung bei Eheschließung für 3 Monate Verzicht auf Gesundheitsprüfung	—	100.000 € Inva- lidität / 10.000 € Tod/ 20 € KHT
Vorsorgeversicherung für neugeborene und adoptierte Kinder unter 14 Jahren für 1 Jahr ab Adoption Verzicht auf Gesundheitsprüfung bei 1. Lebensjahr	—	100.000 € Inva- lidität / 10.000 € Tod/ 20 € KHT
Vorsorge gilt auch für beitragsfreie Leistungen	—	✓
Verdienstaufschlag bei Selbstständigen	—	500 €
Zu Ziffer 3 AUB 2012 der GVO – Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?		
Leistungskürzung statt Invaliditätsgradminderung (Progressionsvorteil)	✓	✓
Mitwirkungsanteil	ab 50%	ab 50%
Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/ Geiselnahme (auf Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten wird verzichtet)	—	✓
Zu Ziffer 5 AUB 2012 der GVO – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? (ergänzende Einschlüsse)		
Ausbruch von Infektionskrankheiten (unabhängig vom Übertragungsweg), als versichertes Ereignis gilt der Ausbruch der Infektionskrankheit	✓	✓
Einnahme schädlicher Stoffe / Nahrungsmittelvergiftungen (ohne Höchstalter)	✓	✓
Fahrveranstaltungen von Stern-, Zuverlässigkeits-, Slalom- und Orientierungsfahrten	—	✓
Geistes- oder Bewusstseinsstörung	nur Bewusst- seinsstörung	✓
Geringfügige Hautverletzung bei Anzeige innerhalb von 4 Wochen	✓	✓
Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen	—	✓
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen (Nägel, Hühneraugen, Hornhaut)	—	✓
Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen	—	✓
Herzinfarkt / Schlaganfall / Krampfanfälle / epileptische Anfälle	ohne Krampf- anfälle	✓
Infektionen infolge Hautverletzungen durch Tiere	✓	✓
Kein Ausschluss bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen	—	✓
Keine Mindestinvalidität für Infektionen (volle Leistung)	✓	✓
Lenken von Fahrzeugen ohne gültigen Führerschein (bis 18 Jahren)	✓	✓
Passives Kriegsrisiko (inkl. Terroranschläge)	bis 21 Tage	✓
Psychische Reaktionen	✓	✓
Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen	✓	✓
Sonnenbrand oder –stich	—	✓
Sonstige Haut- und Schleimhautverletzungen	—	✓
Stationäre Desensibilisierungsmaßnahmen	—	✓
Strahlenschäden	nur Röntgen- und Laserstrahlen	✓
Teilnahme an Kartfahrten	—	✓
Todesfallleistung trotz Unfall durch Geistes- und Bewusstseinsstörung sowie Straftaten	—	bis 20.000 €
Trunkenheit (bei Kfz-Gebrauch bis 1,6‰) / Medikamente	nur bis 1,3‰, keine Medika- mente	✓

	VIT	TOP - VIT
Übermüdung und Erschrecken gilt als Unfallursache	—	✓
Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern (Kinder bis 17 Jahren)	—	✓
Wundinfektion und Blutvergiftung	—	✓
Zu Ziffer 6 AUB 2012 der GVO – Was müssen Sie bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?		
Versehensklausel bei Berufswechsel und Hektarreduzierung	✓	✓
Zu Ziffer 7 AUB 2012 der GVO – Was ist nach einem Unfall zu beachten?		
Erfordernis der Unverzüglichkeit der Unfallmeldung ist gestrichen	—	✓
Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	✓	✓
Keine Leistungseinschränkung wegen verspätetem Arztbesuch	—	✓
Keine Pflicht zu pauschaler Auskunftsermächtigung	—	✓
Leistung bei Verschollenheit	—	✓
Meldefrist bei Unfalltod gestrichen	✓	✓
Streichung der Operationspflicht	—	✓
Übernahme Arztgebühren zur Begründung des Leistungsanspruches ohne Höchstsatz	—	✓
Zu Ziffer 8 AUB 2012 der GVO – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?		
Keine Leistungsbeschränkung bei versehentlicher Obliegenheitsverletzung	—	✓
Sonstige Versehensklausel	—	✓
Zu Ziffer 9 AUB 2012 der GVO – Wann sind Leistungen fällig?		
Invaliditäts-Anmeldung / -Feststellung /-Geltendmachung	18/18/18 Monate	36/36/36 Monate
Neufeststellung der Invalidität durch den Versicherer	—	24 Monate
Neufeststellung Invalidität für VN	—	36/60 Monate
Vorschuss auf Invaliditätsleistung trotz laufendem Heilverfahren fehlender Todesfallsumme	—	max. 10.000 €
Zu Ziffer 11 AUB 2012 der GVO – Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?		
Außerkraftsetzung und Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	1 Jahr	3 Jahre
Beitragsbefreiung gilt gleichzeitig für alle VIT / TOP-VIT Privatparten	—	✓
Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall	—	✓
Beitragsfreie Weiterführung bei Unfalltod des VN für zwei Versicherungsjahre	✓	✓
Differenzdeckung	✓	✓



Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 der GVO)

Inhaltsübersicht

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Übergangsleistung
 - 2.3 Tagegeld
 - 2.4 Krankenhaustagegeld, ambulante Operationen
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfallleistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 GESTRICHEN
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

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

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

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

Der Versicherungsumfang	
1. Was ist versichert?	<p>1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.</p> <p>1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.
2.1 Invaliditätsleistung	<p>2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:</p> <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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. <p>2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.</p> <p>2.1.2 Art und Höhe der Leistung:</p> <p>2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.</p> <p>2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.</p>

	<p>2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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% <p>Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.</p> <p>2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemißt sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.</p> <p>2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.</p> <p>2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.</p> <p>2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt</p> <ul style="list-style-type: none"> - nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und - ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen <p>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.</p> <p>2.2.2 Art und Höhe der Leistung: Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.</p>
2.3 Tagegeld	<p>2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person ist unfallbedingt</p> <ul style="list-style-type: none"> - in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und - in ärztlicher Behandlung. <p>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 ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.</p>
2.4 Krankenhaustagegeld	<p>2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.</p> <p>2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.</p>
2.5 Genesungsgeld	<p>2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung: Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.</p> <p>2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung: Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.</p>
2.6 Todesfalleistung	<p>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.</p> <p>2.6.2 Höhe der Leistung: Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.</p>

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. GESTRICHEN	
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	<p>5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:</p> <p>5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.</p> <p>5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>5.1.6 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.</p> <p>5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:</p> <p>5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.</p> <p>5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.</p> <p>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</p> <p>5.2.4 Infektionen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>5.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.</p> <p>5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.</p> <p>5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.</p> <p>5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.</p> <p>Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.</p>
6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	<p>6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs</p> <p>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. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht: - Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. - Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.</p>

	<p>6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres im Sinne von Ziffer 10.5 mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.</p> <p>6.2 Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung</p> <p>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. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Bundesfreiwilligendienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Der Leistungsfall	
7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	<p>Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	<p>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 Versicherungsfalls 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.</p>
9. Wann sind die Leistungen fällig?	<p>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.</p> <p>9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.</p> <p>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.</p> <p>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 5 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 4% jährlich zu verzinsen.</p> <p>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.</p>
Die Versicherungsdauer	
10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Vertrag bei militärischen Einsätzen?	<p>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.</p>

	<p>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 der jeweiligen Versicherungsdauer 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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 Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.</p>
Der Versicherungsbeitrag	
<p>11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?</p>	<p>11.1 Beitrag und Versicherungsteuer Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.</p> <p>11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag</p> <p>11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.</p> <p>11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.</p> <p>11.2.3 Rücktritt Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.</p> <p>11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag</p> <p>11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>

	<p>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.</p> <p>11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.</p> <p>11.6 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.</p> <p>11.7 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:</p> <p>11.7.1 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.</p> <p>11.7.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.</p>
Weitere Bestimmungen	
<p>12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?</p>	<p>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.</p> <p>12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.</p> <p>12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.</p>
<p>13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?</p>	<p>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 S. 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.</p>
<p>13.2 Rücktritt</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>

	<p>13.2.3 Folgen des Rücktritts</p> <p>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.</p>
<p>13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung</p>	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>13.4 Anfechtung</p>	<p>Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.</p>
<p>14. GESTRICHEN</p>	
<p>15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?</p>	<p>15.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.</p> <p>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.</p>
<p>16. Welches Gericht ist zuständig?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?</p>	<p>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.</p> <p>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.</p>
<p>18. Welches Recht findet Anwendung?</p>	<p>Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.</p>



Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung - VIT

Die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 GVO) werden sofern vereinbart, wie folgt erweitert:

Zu Ziffer 1 – Was ist versichert?	
Allmähliche Einwirkung von Gasen	In Abänderung von den AUB 2012 GVO wird bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu 7 Tagen. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen. Den Nachweis der Ursache der Gesundheitsschädigung durch diese Stoffe ist vom Versicherten zu erbringen.
Bauch- und Unterleibsbrüche	s. Klausel „erweiterter Unfallbegriff“
Begriff der Plötzlichkeit generell	Als plötzlich gilt ein Unfallereignis auch dann noch, wenn die versicherte Person den schädlichen Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.
Ertrinken und Ersticken, Erfrieren	Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 (AUB 2012 GVO) gelten auch: a) Ertrinken b) Gesundheitsschädigungen durch Erfrieren c) Ersticken
Erweiterter Unfallbegriff	In Ergänzung zu den AUB 2012 GVO gilt als Unfallereignis auch, wenn durch Eigenbewegungen oder eine erhöhte Kraftanstrengung folgende Verletzungen auftreten: a) Bauch- oder Unterleibsbrüche, sowie Knochenbrüche b) Verrenkungen von Gelenken, c) Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln, d) sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule Bei Schädigungen an Bandscheiben bleibt es jedoch bei der nach Ziffer 5.2.1 (AUB 2012 GVO) vorgesehenen Regelung.
Innovationsklausel / Bedingungsverbesserungen	Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2012 GVO) oder die Besonderen Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.
Knochenbrüche durch erhöhte Kraftanstrengungen	s. Klausel „erweiterter Unfallbegriff“
Sämtliche Eigenbewegungen / Kraftanstrengungen	s. Klausel „erweiterter Unfallbegriff“
Tauchtypische Gesundheitsschäden	In Abänderung von den AUB 2012 GVO erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
Zu Ziffer 2 – Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	
Verbesserte Gliedertaxe	Die in Ziffer 2.1.2.2.1 (AUB 2012 GVO) festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert: Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit
	Eines Armes 80%
	Eines Armes bis oberhalb des Ellenbogen 75%
	Eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenkes 75%
	Einer Hand 70%
	Eines Daumens 30%
	Eines Zeigefingers 20%
	Eines anderen Fingers 10%
	Eines Beines über der Mitte des Oberschenkels 80%
	Eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels 75%
	Eines Beines bis unterhalb des Knies 65%
	Eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels 60%
	Eines Fußes 50%
	Einer großen Zehe 8%
	Einer anderen Zehe 5%
	Eines Auges 60%
	Des Gehörs auf einem Ohr 40%
	Des Geruchs 15%

	Des Geschmacks 15%
	Vollständiger Stimmverlust 100%
	War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100%: War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80%: Diese erhöhten Werte gelten nicht, wenn das geschädigte Auge bzw. Gehör nur teilweise beeinträchtigt war.
Ambulante Rehamaßnahmen (Gemischte Institute)	Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 13,- € pro nachgewiesenem Behandlungstag, maximal 12 Tage lang, gezahlt. Es muss ein Krankenhaustagegeld von mindestens 25,- € pro Tag vereinbart sein.
Ambulantes Tagegeld (bei Operationen mit Vollnarkose)	Bei einer unfallbedingten, ambulanten Operation mit Narkose (nicht versichert ist Lokalanästhesie) bzw. einer unfallbedingten, ambulanten Versorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose) wird folgende Entschädigung gezahlt: 3 Krankenhaustagegeldsätze, maximal 200,- €.
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	Die folgenden, innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 3.000,- €, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität von Ziffer 2.1 (AUB 2012 GVO) erforderlich sind: a) behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person, b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung, c) Prothesen und Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl), künstliche Organe und Organtransplantationen. Die Erstattung der Kosten für künstliche Organe und Organtransplantationen erfolgt unter der Voraussetzung, dass wir eine Neufeststellung der Invalidität in Verlängerung der Frist nach Ziff. 9.4 AUB 2012 noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können. d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen. e) Blindenhund Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
Eigenbehaltkosten	Sind die Leistungsarten Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 25,- € pro Tag versichert, werden zusätzlich die Eigenbehaltkosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 10,- € pro Tag gezahlt. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltkostenrechnung durch die jeweilige Krankenkasse.
Fahrradhelm-Klausel für Kinder und Erwachsene	Erleidet eine der versicherten Personen einen Fahrradunfall, bei dem sie nachweislich einen handelsüblichen Schutzhelm getragen hat, erhöht sich die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 10 %.
Genesungsgeld	In Erweiterung der AUB 2012 GVO wird das Genesungsgeld zusätzlich für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die ein Krankenhaustagegeld geleistet wurde und zwar: vom 101. Tag bis 365. Tag 50% des vereinbarten Krankenhaustagegeldes. Das Genesungsgeld wird auch im Todesfall gezahlt.
Komageld/ Pflegegeld	Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma (auch künstliches Koma), so werden für die Zeit dieses Zustandes ab dem 8. Tag wöchentlich 100,- € gezahlt, längstens bis zu 12 Wochen. Wird die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 15 Nr. 1 Sozialgesetzbuch XI zahlen wir bei Pflegestufe I 20,- € bei Pflegestufe II 40,- € bei Pflegestufe III 60,- € pro Kalendertag der stationären Behandlung; längstens für die Dauer von 12 Wochen.
Kosten für kosmetische Operationen mit Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten	In Erweiterung der AUB 2012 GVO ersetzen wir die Kosten für kosmetische Operationen mit Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten unter folgenden Voraussetzungen: 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. Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres. Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir leisten insgesamt bis 15.000,- € Ersatz für nachgewiesene - Arzthonorare und sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus. - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Schneide- und Eckzähnen entstanden sind. Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Rechnung mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung mit dem Ablehnungsbescheid. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird. Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungen vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld	Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für längstens vier Jahren maximal bis zum 1.000. Tag vom Unfalltage an gerechnet gezahlt.
Krankenhaustagegeld auch in gemischten Instituten	S. Klausel „Ambulante Rehamaßnahmen“ (auch gemischte Institute)
Krankenhaustagegeld bei Schäden im Ausland	Ereignet sich der Unfall im Ausland, verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem der Versicherte keinen Wohnsitz hat. Pro Tag wird jedoch maximal ein Betrag von 100,- € erstattet, längstens für die Dauer von 21 Tagen.
Kurbeihilfe	<p>1. Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten, sofern Sie oder die versicherte Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wegen der durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen - innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltage an gerechnet - eine medizinisch notwendige Kur / Rehamaßnahme durchgeführt haben / hat. <p>Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der Unfallfolgen im Vordergrund steht.</p> <p>Die Kurbeihilfe wird in Höhe von maximal 3.000,- € je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 2 berücksichtigt. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.</p> <p>Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.</p> <p>2. Anstelle der Kostenübernahme nach Nr. 1 können Sie eine Pauschalleistung bei einem Behandlungszeitraum von</p> <ul style="list-style-type: none"> - mindestens 3 Wochen in Höhe von 2.000,- € - mindestens 4 Wochen in Höhe von 2.250,- € - mindestens 5 Wochen in Höhe von 2.500,- € - mindestens 6 Wochen in Höhe von 2.750,- € - mindestens 7 Wochen in Höhe von 3.000,- € <p>beanspruchen. Mehrere Behandlungsabschnitte wegen desselben Unfalles werden zusammengerechnet. Die Pauschalleistung gilt auch für ambulante Maßnahmen, sofern diese einen Mindestumfang von 3 Behandlungstagen pro Woche mit jeweils mindestens 2 Stunden Anwendungsdauer pro Behandlungstag haben. Keine Pauschalleistung erbringen wir für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen (siehe Nr. 3).</p> <p>3. Für vollstationäre Rehabilitationsmaßnahmen wird ein etwa versichertes Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld gezahlt. Die Kostenübernahme erfolgt davon unabhängig.</p>
Rooming-In Leistung bei Kindern	<p>Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 und 1.4 AUB 2012 GVO, sowie der Klausel „Erweiterter Unfallbegriff“, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. bis 10. Übernachtung 25,- € 11. bis 100. Übernachtung 13,- €
Sofortleistung bei Frakturen und Bänderrissen	<p>In Erweiterung der AUB 2012 GVO zahlen wir bei unfallbedingten Frakturen und Bänderrissen eine Sofortleistung in Höhe von 200,- € je Unfall. Liegen mehrere Frakturen und Bänderrisse vor, ist die Leistung auf 200,- € begrenzt.</p> <p>Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.</p>
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	<p>Voraussetzung für die Leistung:</p> <p>Die versicherte Person hat bei einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2012 GVO sowie der Klausel „erweiterter Unfallbegriff“ folgende schwere Verletzung erlitten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks - Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder der ganzen Hand - Schädel-Hirn-Verletzungen mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung - Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm; Ober-/Unterschenkel) oder - gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: - Fraktur eines langen Röhrenknochens, - Fraktur des Beckens - Fraktur der Wirbelsäule - Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche - Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen: Bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20 <p>Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach Ziffer 1 AUB 2012 GVO) ist durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.</p> <p>Die Leistung bei Schwerverletzungen wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme von 5.000,- € einmal je Unfall gezahlt. Liegen mehrere schwere Verletzungen vor, ist die Leistung auf 5.000,- € begrenzt. Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.</p>

Sonderleistung für Waisen bei Tod der Eltern	Sterben infolge desselben Unfalls beide Elternteile und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfalleistung zusteht, verdoppelt sich jeweils die Versicherungssumme für Unfall-Tod, maximal jedoch bis zur Höhe von 20.000,- €.
Such-, Bergungs- Rettungs- und Transportkosten	<p>1. Hat die versicherte Person einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten oder Mehraufwendungen bis zu einem Betrag von 20.000,- €. Wir zahlen:</p> <p>-die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.</p> <p>-die Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit dies medizinisch notwendig ist oder ärztlich angeordnet worden ist.</p> <p>2. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag (z. B. Auslandsreise-Krankenversicherung, Reise-Rücktrittskostenversicherung) beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, treten wir in Vorleistung und werden uns zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, (z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung).</p> <p>Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge bzw. auf Beihilfe, sind diese Ansprüche von der versicherten Person dort zuerst geltend zu machen. Wir erstatten dann verbleibende Restkosten im Rahmen der Versicherungssumme für Bergungskosten.</p>
Übergangsleistungen mit Sofortleistung bei Schwerverletzungen	<p>1. Die vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistung wird gezahlt, wenn die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich drei Monate vom Unfalltag an ununterbrochen um mindestens 50 % aufgrund des Unfalles beeinträchtigt ist.</p> <p>2. Die Versicherungssumme für Übergangsleistung wird sofort fällig, sofern die Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen erfüllt sind. Sie erhöht dann die Sofortleistung für Schwerverletzungen, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.</p>
Zu Ziffer 3 – Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?	
Leistungskürzung statt Invaliditätsgradminderung	Abweichend von Ziffer 3 der AUB 2012 GVO werden die Leistungen bei der Mitwirkung bei Krankheiten oder Gebrechen die Leistungen gekürzt und nicht der Invaliditätsgrad.
Mitwirkungsanteil	Abweichend von Ziffer 3 AUB 2012 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 % beträgt.
Zu Ziffer 5 – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	
Ausbruch von Infektionskrankheiten	<p>Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt in Erweiterung der AUB 2012 GVO ebenfalls als Unfall:</p> <p>a) Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, Fleckfieber, Gelbfieber, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Ringelröteln, Scharlach, Schlafkrankheit, spinale Kinderlähmung, Tollwut, Tuberkulose, Tularämie, Typhus, Windpocken und Wundstarrkrampf,</p> <p>b) alle sonstigen Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Haut- oder Schleimhautverletzungen übertragen wurden (z. B. Meningitis oder Zecken-Enzephalitis/FSME).</p> <p>Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand. Diese Wartezeit gilt nicht, wenn sich die Hautverletzung nach Absatz b) erst nach dem Versicherungsbeginn ereignete.</p>
Einnahme schädlicher Stoffe/ Nahrungsmittelvergiftung (ohne Höchstalter)	Abweichend von AUB 2012 GVO besteht Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung).
Bewusstseinsstörungen	<p>1. Abweichend von AUB 2012 GVO sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen versichert. Bei Bewusstseinsstörungen, die infolge von Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen vorliegen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.</p> <p>2. In Abänderung der AUB 2012 GVO fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch einen Schlaganfall, Herzinfarkt oder epileptischen Anfall verursacht wurden.</p>
Herzinfarkt/ Schlaganfälle	S. Klausel „Geistes- und Bewusstseinsstörungen“
Infektionen infolge Hautverletzungen Tiere	S. Klausel „Ausbruch von Infektionskrankheiten“
Keine Mindestinvalidität für Infektionen	S. Klausel „Ausbruch von Infektionskrankheiten“
Lenken von Fahrzeugen ohne gültigen Führerschein	Abweichend von AUB 2012 GVO gilt: Wir gewähren Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist und die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248b Strafgesetzbuch). Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

Passives Kriegsrisiko	Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz für Unfälle durch Kriegsereignisse abweichend von de AUB 2012 GVO in folgendem Umfang erweitert: Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
	1. Voraussetzungen für die Leistung:
	1.1 Die versicherte Person hat durch Kriegsereignisse einen Unfall erlitten.
	1.2 Sie gehört nicht zu den aktiven Teilnehmern am Krieg oder Bürgerkrieg.
	1.3 Aktiver Teilnehmer ist auch, - wer auf Seiten der kriegführenden Parteien - zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.
	2. Erweiterter Schutz bei Terroranschlägen Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.
	3. Leistungsausschlüsse Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:
	3.1 Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
	3.2 Unfälle im Zusammenhang - mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA, - mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder - wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden,
	3.3 Unfälle, die sich nach dem 21. Tag nach Kriegsausbruch oder dem Beginn der Feindseligkeiten ereignen.
4. Beendigung des Versicherungsschutzes Den Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen können wir jederzeit mit einer Frist von sieben Tagen kündigen. Fakultativ: Hierfür müssen Sie uns einen Bevollmächtigten mit Wohnsitz in einem Staat der Europäischen Gemeinschaft benennen, dem gegenüber diese Kündigung rechtswirksam erfolgen kann.	
Psychische Reaktionen	In Abänderung von den AUB 2012 GVO gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückgeführt werden.
Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen	1. Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Versicherung eingeschlossen. 2. Der Versicherer beruft sich nicht auf die Leistungsvoraussetzung der Unfreiwilligkeit, wenn die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt.
Strahlenschäden	In Abänderung zu den AUB 2012 GVO sind Gesundheitsschäden durch - Röntgenstrahlen - Laserstrahlen, mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und keine Berufskrankheiten sind.
Zu Ziffer 6 – Was müssen Sie bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	
Versehensklausel bei Berufswechsel und Hektarreduzierung	Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit / Reduzierung unter 50 ha, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.
Zu Ziffer 7 – Was ist nach einem Unfall zu beachten?	
Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von AUB 2012 GVO - erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
Meldefrist bei Unfalltod	Abweichend von den AUB 2012 GVO beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.
Invaliditäts-Anmeldung / -Feststellung	Die Frist zur Anmeldung und Geltendmachung einer Invalidität wird abweichend von den AUB 2012 GVO auf 18 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert. Abweichend von den AUB 2012 GVO wird die Frist für die ärztliche Feststellung und Anzeige einer Invalidität auf 18 Monate verlängert.

Zu Ziffer 11 – Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	
Außerkraftsetzung und Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	1. Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos werden, setzen wir den Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft. Die Außerkraftsetzung beginnt, sobald Sie bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind. Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit nachzuweisen.
	2. Wir gewähren während der Außerkraftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz mit den zuletzt gültigen Versicherungssummen, wenn Sie bei Beginn der Arbeitslosigkeit seit mindestens drei Monaten die Beiträge zu Ihrer Unfallversicherung bezahlt und das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach insgesamt einjähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn.
	3. Sofern die Arbeitslosigkeit bei Beantragung der Außerkraftsetzung noch nicht beendet war, werden wir von Zeit zu Zeit bei Ihnen anfragen, ob die Arbeitslosigkeit noch andauert. Unterrichten Sie uns über das Ende der Arbeitslosigkeit bis spätestens 4 Wochen nach Erhalt unserer Anfrage, so endet die Außerkraftsetzung gleichzeitig mit dem Ende der Arbeitslosigkeit. Anderenfalls wird erst mit Zugang Ihrer Mitteilung die Außerkraftsetzung beendet und der Versicherungsschutz wieder in Kraft gesetzt. Endet der beitragsfreie Versicherungsschutz nach Nr. 2. vor dem Ende der Arbeitslosigkeit, können Sie eine Unterbrechung vermeiden, indem Sie bis spätestens 4 Wochen nach dem Ende des beitragsfreien Zeitraumes die prämienpflichtige Wiederinkraftsetzung beantragen.
	4. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkraftsetzung mehr als 12 Monaten andauert.
Beitragsfreie Weiterführung des Vertrages bei Unfalltod des Versicherungsnehmers	Verstirbt der Versicherungsnehmer infolge eines Unfallereignisses nach den AUB 2012 GVO, wird der Vertrag für alle darin mitversicherten Personen beitragsfrei weitergeführt bis zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres nach dem Todestag.
Differenzdeckung	Ab dem Zeitpunkt der Annahme des Antrages durch den Versicherer, bei Anträgen ohne Vorlagepflicht im Rahmen der Zeichnungs- und Vorlagerichtlinien ab Eingang des Antrages beim Versicherer, besteht auch vor dem vereinbartem Versicherungsbeginn, eine Konditionsdifferenzdeckung zu einer bestehenden Versicherung im Rahmen dieses Vertrages. Anderweitig bestehende Versicherungen für die über diesen Vertrag abgesicherten Risiken gehen dieser Versicherung voraus. Soweit die zu erbringende Leistung aus diesem Vertrag weitergehender ist als der Versicherungsschutz des anderen Vertrages, besteht Versicherungsschutz über diesen Vertrag. Diese Konditionsdifferenzdeckung wird für maximal 1 Jahr geboten. Sie entfällt rückwirkend ab Beginn falls der Hauptvertrag nicht zustande kommt oder aufgrund nicht rechtzeitiger Zahlung der Erstprämie aufgehoben wird.



Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung - TOP-VIT

Die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 GVO) werden sofern vereinbart, wie folgt erweitert:

Zu Ziffer 1 – Was ist versichert?	
Allergische Reaktionen	Mitversichert sind nicht infektiionsbedingte Folgen von Insektenstichen und anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen einschließlich allergischer Reaktionen.
Allmähliche Einwirkung von Gasen	In Abänderung von den AUB 2012 GVO wird bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu 7 Tagen, oder deren Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen. Den Nachweis der Ursache der Gesundheitsschädigung durch diese Stoffe ist vom Versicherten zu erbringen.
Bauch- und Unterleibsbrüche	s. Klausel „erweiterter Unfallbegriff“
Begriff der Plötzlichkeit generell	Als plötzlich gilt ein Unfallereignis auch dann noch, wenn die versicherte Person den schädlichen Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnittes von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.
Einhaltung der Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse	Der Arbeitskreis Beratungsprozesse (www.beratungsprozesse.de) ist eine Initiative mehrerer Vermittlerverbände und Servicegesellschaften. Der Arbeitskreis empfiehlt Risikoanalysen und Mindeststandards für die Vermittler. Wir garantieren die Einhaltung der Mindeststandards mit dem dort genannten Stand.
Ertrinken und Ersticken, Erfrieren, Flüssigkeits-, Nahrungs- und Sauerstoffentzug	Als Unfallereignis im Sinne der Ziffer 1.3 (AUB 2012 GVO) gelten auch: a) Ertrinken b) Gesundheitsschädigungen durch Erfrieren c) unfreiwillig erlittene Flüssigkeits-, Nahrungs- und Sauerstoffentzug, d) Ersticken
Erweiterter Unfallbegriff	In Ergänzung zu den AUB 2012 GVO gilt als Unfallereignis auch, wenn durch Eigenbewegungen oder eine erhöhte Kraftanstrengung folgende Verletzungen auftreten: a) Bauch- oder Unterleibsbrüche, sowie Knochenbrüche b) Verrenkungen von Gelenken, c) Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken, d) sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule Bei Schädigungen an Bandscheiben bleibt es jedoch bei der nach Ziffer 5.2.1 (AUB 2012 GVO) vorgesehenen Regelung.
Innovationsklausel / Bedingungsverbesserungen	Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB 2012 GVO) oder die Besonderen Bedingungen ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.
Knochenbrüche durch erhöhte Kraftanstrengungen	s. Klausel „erweiterter Unfallbegriff“
Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer	Sofern nicht ein anderer Kostenträger eintritt, erstatten wir Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer nach Tauchunfällen bis zu einem Betrag in Höhe von 50.000,- € je Schadenfall. Die Kostenübernahme ist hierbei nicht an die Einhaltung von Tauchrichtlinien gebunden. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmässig erstattet, maximal bis zur Höhe des vereinbarten Betrages.
Leistungsgarantie gegenüber GDV – Musterbedingungen	Die aktuell vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlenen Bedingungen sind unter www.gdv.de einzusehen. Wir garantieren Ihnen, dass die AUB 2012 GVO ausschließlich zu Ihrem Vorteil gegenüber den AUB 2012 des GDV abweichen.
Meniskusschäden durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen	s. Klausel „erweiterter Unfallbegriff“
Sämtliche Eigenbewegungen / Kraftanstrengungen	s. Klausel „erweiterter Unfallbegriff“
Tauchtypische Gesundheitsschäden	In Abänderung von den AUB 2012 GVO erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

Zu Ziffer 2 – Welche Leistungsarten können vereinbart werden?	
Verbesserte Gliedertaxe	Die in Ziffer 2.1.2.2.1 (AUB 2012 GVO) festgelegten Invaliditätsgrade werden wie folgt geändert: Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit
	Eines Armes 80%
	Eines Armes bis oberhalb des Ellenbogen 80%
	Eines Armes bis unterhalb des Ellenbogengelenkes 75%
	Einer Hand 75%
	Eines Daumens 35%
	Eines Zeigefingers 20%
	Eines anderen Fingers 12%
	Für sämtliche Finger einer Hand höchstens 75%
	Eines Beines über der Mitte des Oberschenkels 80%
	Eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels 75%
	Eines Beines bis unterhalb des Knies 70%
	Eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels 65%
	Eines Fußes 60%
	Einer großen Zehe 15%
	Einer anderen Zehe 5%
	Eines Auges 60%
	Des Gehörs auf einem Ohr 45%
	Des Geruchs 20%
	Des Geschmacks 20%
	Vollständiger Stimmverlust 100%
	War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100%: War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80%: Diese erhöhten Werte gelten nicht, wenn das geschädigte Auge bzw. Gehör nur teilweise beeinträchtigt war.
	In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Organe die folgenden Invaliditätsgrade:
	Niere 25 %, war eine Niere vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für die andere Niere ein Invaliditätsgrad von 100%:
	Beide Nieren 100%
	Milz 10 %
	Milz bei Kindern bis 13 Jahren 20%
Gallenblase 10%	
Magen 20%	
Zwölf-Finger-/ Dünn-/ Dick-/End-Darm je 25%	
Ein Lungenflügel 50%	
Ambulante Rehamassnahmen (Gemischte Institute)	Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeld pro nachgewiesenem Behandlungstag gezahlt.
Ambulantes Tagegeld (bei Operationen mit Vollnarkose)	Bei einer unfallbedingten, ambulanten Operation mit Narkose (nicht versichert ist Lokalanästhesie) bzw. einer unfallbedingten, ambulanten Versorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose) wird folgende Entschädigung gezahlt: 3 Krankenhaustagegeldsätze, mind. 200 €.
Ambulantes Tagegeld (bei nicht chirurgischen Operationen)	Auch bei nicht chirurgischen Operationen zahlen wir das o.a. ambulante Tagegeld in Höhe von 3 Krankenhaustagegeldsätzen, mind. 200,- €
Arznei- und Hilfsmittel	Sind für die Behandlung von Unfallfolgen notwendige Geräte sowie Arznei- und Hilfsmittel vor Ort nicht erhältlich, übernehmen wir die entstehenden Versandkosten sowie die evtl. Abgaben beim Zoll, sofern kein anderer Leistungsträger hierfür aufkommt. Die Kosten für die medizinisch notwendigen Geräte sowie für die Arznei- und Hilfsmittel werden jedoch nicht übernommen.
Behinderungsbedingte Mehraufwendungen	Die folgenden, innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall entstehenden Kosten übernehmen wir bis zur Höhe von 50.000,- €, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten Invalidität von Ziffer 2.1 (AUB 2012 GVO) erforderlich sind:
	a) behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person,
	b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung,
	c) Prothesen und Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl), künstliche Organe und Organtransplantationen. Die Erstattung der Kosten für künstliche Organe und Organtransplantationen erfolgt unter der Voraussetzung, dass wir eine Neufeststellung der Invalidität in Verlängerung der Frist nach Ziff. 9.4 AUB 2012 noch bis zu einem Jahr nach der Operation verlangen können.

	d) Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.
	e) Blindenhund
	Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht. Der festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer dynamischen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
Betreuung von Kindern, Nachhilfe, Haushaltshilfe	1. Ist die versicherte Person aufgrund von Unfallverletzungen oder Unfalltod nicht zu der ihr obliegenden Versorgung und Beaufsichtigung der in ihrem Haushalt lebenden Kinder in der Lage, organisieren wir eine Kinderbetreuung oder Haushaltshilfe und erstatten die dafür entstehenden und nachgewiesenen Kosten. 2. Kann das versicherte Kind aufgrund des Unfalles nicht am Schulunterricht teilnehmen, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht. 3. Die Kostenübernahme für Haushaltshilfe, Kinderbetreuung und Nachhilfeunterricht ist auf insgesamt 100,- € täglich und auf insgesamt 6 Monate nach dem Eintritt des Unfallereignisses begrenzt. Die Kosten werden zusätzlich zu einer Krankenhaustage- und Genesungsgeld-Leistung erstattet.
Eigenbehaltskosten	Sind die Leistungsarten Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 25,- € pro Tag versichert, werden zusätzlich die Eigenbehaltskosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 10,- € pro Tag gezahlt. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltskostenrechnung durch die jeweilige Krankenkasse.
Fahrradhelm-Klausel für Kinder und Erwachsene	Erleidet eine der versicherten Personen einen Fahrradunfall, bei dem sie nachweislich einen handelsüblichen Schutzhelm getragen hat, erhöht sich die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 10 %.
Fahrt- und Unterbringungskosten für einen Krankenbesuch	Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten (Anreise-, Verpflegungs-, Übernachtungs- und Rückreisekosten) bis zu einem Betrag von 500,- € für den Besuch des Lebenspartners oder eines Familienangehörigen ersten oder zweiten Grades, wenn die versicherte Person unfallbedingt in einem Krankenhaus mehr als 100 km von ihrem ständigen Wohnsitz entfernt behandelt werden muss.
Rücktransport zum Wohnort, Änderung des Reiseverlaufs, Rückreisemehrkosten auch für mitreisende Familienangehörige	1. In Erweiterung der AUB 2012 GVO und im Rahmen der für Bergungskosten zur Verfügung stehenden Versicherungssumme ersetzen wir nach einem Unfall die Mehrkosten für die Rückkehr zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person (oder einem in der Nähe gelegenen Krankenhaus), sofern diese medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet ist (falls erforderlich auch per Ambulanz-Flug). Bei einem Krankenhaus-Aufenthalt, der voraussichtlich mindestens 7 Tage dauert, erstatten wir die Mehrkosten auch ohne medizinische Notwendigkeit. Ist nach einem unfallbedingten Krankenhaus-Aufenthalt bis zur Herstellung der Transportfähigkeit eine Verlängerung des Hotelaufenthaltes erforderlich, übernehmen wir die dadurch verursachten zusätzlichen Übernachtungs- und Verpflegungskosten bis zu insgesamt 300,- €. Kann unfallbedingt die ursprünglich geplante Heimreise nicht angetreten werden, übernehmen wir auch die Mehrkosten für die verspätete Heimreise. Kann nach einem Unfall der versicherten Person die Heimreise nicht wie geplant angetreten werden, ersetzen wir auch die Mehrkosten der Heimreise für mitreisende Familienangehörige ersten und zweiten Grades und den mitreisenden Partner der versicherten Person. Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Familienangehörigen organisieren wir im Bedarfsfall eine Begleitperson. Aufgrund des Unfalls der versicherten Person zusätzlich entstehende Unterbringungskosten für mitreisende Familienangehörige ersten und zweiten Grades und den mitreisenden Partner der versicherten Person erstatten wir bis zu 300,- € je Person. Adoptierte Kinder stehen den eigenen Kindern gleich. Unfallbedingt entstehende Mehrkosten für Versorgung und Unterbringung (max. für die Dauer von 6 Wochen) und den Rücktransport mitreisender Haustiere (Hunde, Katzen und andere heimische Kleintiere, jedoch keine Exoten) werden von uns ebenfalls erstattet. 2. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag (z. B. Auslandsreise-Krankenversicherung, Reise-Rücktrittskostenversicherung) beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, treten wir in Vorleistung und werden uns zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, (z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung). Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge bzw. auf Beihilfe, sind diese Ansprüche von der versicherten Person dort zuerst geltend zu machen. Wir erstatten dann verbleibende Restkosten im Rahmen der Versicherungssumme für Rückreisekosten.
Genesungsgeld	In Erweiterung der AUB 2012 GVO wird das Genesungsgeld zusätzlich für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die ein Krankenhaustagegeld geleistet wurde und zwar: vom 101. Tag bis 500. Tag 100% des vereinbarten Krankenhaustagegeldes. Das Genesungsgeld wird auch im Todesfall gezahlt.
Komageld/ Pflegegeld	Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma (auch künstliches Koma), so werden für die Zeit dieses Zustandes ab dem 1. Tag wöchentlich 200,- € gezahlt, längstens bis zu 20 Wochen. Wird die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von § 15 Nr. 1 Sozialgesetzbuch XI zahlen wir bei Pflegestufe I 20,- € bei Pflegestufe II 40,- € bei Pflegestufe III 60,- € pro Kalendertag der stationären Behandlung; längstens für die Dauer von 20 Wochen.

Kosten für kosmetische Operationen mit Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten	<p>In Erweiterung der AUB 2012 GVO ersetzen wir die Kosten für kosmetische Operationen mit Zahnbehandlung- und Zahnersatzkosten unter folgenden Voraussetzungen: 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. Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres. Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht. Wir leisten insgesamt bis 50.000,- € Ersatz für nachgewiesene - Arzthonorare und sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus. - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen Zähnen entstanden sind. Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Rechnung mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung mit dem Ablehnungsbescheid.</p> <p>Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird. Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungen vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.</p>
Krankenhaustagegeld	Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird für längstens fünf Jahre vom Unfalltage an gerechnet gezahlt.
Krankenhaustagegeld auch in gemischten Instituten	S. Klausel „Ambulante Rehamassnahmen (auch gemischte Institute)“.
Krankenhaustagegeld bei Schäden im Ausland	Ereignet sich der Unfall im Ausland, verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem der Versicherte keinen Wohnsitz hat. Pro Tag wird jedoch maximal ein Betrag von 100,- € erstattet, längstens für die Dauer von 21 Tagen.
Kurbeihilfe	<p>1. Wir übernehmen die nachgewiesenen, nicht durch einen anderen Leistungsträger erstatteten Kosten, sofern Sie oder die versicherte Person: - wegen der durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen - innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltage an gerechnet - eine medizinisch notwendige Kur / Rehamassnahme durchgeführt haben / hat. Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen. Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der Unfallfolgen im Vordergrund steht. Die Kurbeihilfe wird in Höhe von maximal 3.000,- € einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird Ziffer 2 berücksichtigt. Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden. Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.</p> <p>2. Anstelle der Kostenübernahme nach Nr. 1 können Sie eine Pauschalleistung bei einem Behandlungszeitraum von - mindestens 3 Wochen in Höhe von 2.000,- € - mindestens 4 Wochen in Höhe von 2.250,- € - mindestens 5 Wochen in Höhe von 2.500,- € - mindestens 6 Wochen in Höhe von 2.750,- € - mindestens 7 Wochen in Höhe von 3.000,- € beanspruchen. Mehrere Behandlungsabschnitte wegen desselben Unfalles werden zusammengerechnet. Die Pauschalleistung gilt auch für ambulante Massnahmen, sofern diese einen Mindestumfang von 3 Behandlungstagen pro Woche mit jeweils mindestens 2 Stunden Anwendungsdauer pro Behandlungstag haben. Keine Pauschalleistung erbringen wir für vollstationäre Rehabilitationsmassnahmen (siehe Nr. 3).</p> <p>3. Für vollstationäre Rehabilitationsmassnahmen wird ein etwa versichertes Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld gezahlt. Die Kostenübernahme erfolgt davon unabhängig.</p>
Massnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung, Schulungs- und Prüfungsgebühren	Nach schweren Unfällen übernehmen wir die Kosten bis max. 2.500,- € für folgende Massnahmen: - Berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen - Schulungs- und Prüfungsgebühren
Mehrkosten für mitreisende Angehörige	S. Klausel „Rücktransport“
Prothesen und Anschaffung eines Blindenhundes	S. Klausel „Behinderungsbedingte Mehraufwendungen“
Psychologische Betreuung	Wird durch eine direkte oder indirekte Unfalleinwirkung auf die versicherte Person (auch infolge Raubüberfall oder Geiselnahme wenn bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt oder dort protokolliert) oder durch den Unfalltod des Lebenspartners oder eines Familienangehörigen ersten oder zweiten Grades der versicherten Person eine psychologische Betreuung durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten der versicherten Person erforderlich, übernehmen wir - sofern kein anderer Leistungsträger dafür aufkommt - die dabei entstehenden Kosten bis 1.000,- €.
Rooming-In Leistung bei Kindern	Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 und 1.4 AUB 2012 GVO sowie der Klausel „erweiterter Unfallbegriff“ in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss bis 80,- € gezahlt.

Versorgung von Haustieren	Können Haustiere infolge eines unfallbedingten Todesfalles oder Krankenhausaufenthaltes nicht mehr versorgt werden, organisieren wir die Unterbringung der Tiere und übernehmen die dafür erforderlichen Kosten für bis zu 6 Wochen. Als Haustiere gelten Hunde, Katzen und andere heimische Kleintiere, jedoch keine Exoten.
Rücküberführungskosten oder Bestattungskosten bei Tod im Ausland statt Rücküberführung	Im Rahmen der Versicherungssumme für Bergungskosten übernehmen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall. Bei einem Todesfall im Ausland übernehmen wir wahlweise anstelle der Überführungskosten die Kosten der Bestattung in dem betreffenden Land.
Sofortleistung bei Frakturen und Bänderrissen	In Erweiterung der AUB 2012 GVO zahlen wir bei unfallbedingten Frakturen und Bänderrissen eine Sofortleistung in Höhe von 200,- € je Unfall. Liegen mehrere Frakturen und Bänderrisse vor, ist die Leistung auf 200,- € begrenzt. Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet.
Sofortleistung bei Schwerverletzungen	Voraussetzung für die Leistung: Die versicherte Person hat bei einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 AUB 2012 GVO sowie der Klausel „erweiterter Unfallbegriff“ folgende schwere Verletzung erlitten: - Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks - Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder der ganzen Hand - Schädel-Hirn-Verletzungen mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung - Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma - Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm; Ober-/Unterschenkel) oder - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: - Fraktur eines langen Röhrenknochens, - Fraktur des Beckens, - Fraktur der Wirbelsäule. - Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 Prozent der Körperoberfläche - Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen: Bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20 Das Vorliegen einer schweren Verletzung (Voraussetzung der Leistungspflicht nach Ziffer 1 AUB 2012 GVO) ist durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachzuweisen. Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltage an gerechnet. Die Leistung bei Schwerverletzungen wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme von 10.000,- € einmal je Unfall gezahlt. Liegen mehrere schwere Verletzungen vor, ist die Leistung auf 10.000,- € begrenzt. Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.
Erhöhung der Sofortleistung beim Bau oder Kauf eines Eigenheims	Vorsorgeversicherung beim Bau oder Kauf eines Eigenheimes 3.1 Wenn Sie während der Gültigkeit des Vertrages selbstgenutztes Wohneigentum erstmalig erwerben oder bauen, erhöhen wir beitragsfrei die versicherte Sofortleistung bei Schwerverletzungen. Der Versicherungsschutz beginnt a) mit dem Erwerb des Eigenheimes oder, b) wenn das Eigenheim noch nicht bezugsfertig war, mit Beginn der Bauarbeiten. Die beitragsfreie Sofortleistung gilt nur unter der Voraussetzung, dass wir von Ihnen spätestens drei Monate nach Erwerb/ Baubeginn eine schriftliche Nachricht erhalten. Die beitragsfreie Sofortleistung erhöht sich für Sie und Ihren über diesen Vertrag mitversicherten Lebens-/Ehepartner sowie für beim Bau mithelfende Familienangehörige ersten Grades, sofern Sie über diesen Vertrag versichert sind, jeweils um 30.000,- € im 1. Jahr ab Erwerb/Baubeginn 24.000,- € im 2. Jahr ab Erwerb/Baubeginn 18.000,- € im 3. Jahr ab Erwerb/Baubeginn 12.000,- € im 4. Jahr ab Erwerb/Baubeginn 6.000,- € im 5. Jahr ab Erwerb/Baubeginn Der Versicherungsschutz endet zum frühesten der folgenden Termine a) mit dem 5. Jahr nach Erwerb/Baubeginn b) mit Veräußerung des Eigenheimes c) mit Beendigung der Unfallversicherung.
Sonderleistung für Waisen bei Tod der Eltern	Sterben infolge desselben Unfalles beide Elternteile und bleiben leibliche Kinder oder Adoptivkinder unter 18 Jahren zurück, denen durch ausdrückliche Bezugsberechtigung oder als gesetzliche oder testamentarische Erben die versicherte Todesfalleistung zusteht, verdoppelt sich jeweils die Versicherungssumme für Unfalltod, maximal jedoch bis zur Höhe von 40.000,- €.

Such-, Bergungs- Rettungs- und Transportkosten	<p>1. Hat die versicherte Person einen unter diesen Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erstatten wir die nachgewiesenen Kosten oder Mehraufwendungen bis zu einem Betrag von 50.000,-€.</p> <p>Wir zahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -die Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war. -die Kosten für den Transport zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik oder zum für die erforderliche Erstversorgung nächsterreichbaren und aus medizinischer Sicht geeigneten Arzt, soweit dies medizinisch notwendig ist oder ärztlich angeordnet worden ist. <p>Die Kosten für den gegebenenfalls notwendigen Verlegungstransport von der Erstversorgungseinrichtung zum aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt sowie den Transport zurück in die Unterkunft.</p> <p>2. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag (z. B. Auslandsreise-Krankenversicherung, Reise-Rücktrittskostenversicherung) beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, treten wir in Vorleistung und werden uns zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden. Wir verzichten auf eine Kostenteilung mit einem PKV-Unternehmen, wenn dem Versicherten hierdurch Nachteile entstehen, (z. B. Verlust der Beitragsrückerstattung).</p> <p>Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge bzw. auf Beihilfe, sind diese Ansprüche von der versicherten Person dort zuerst geltend zu machen. Wir erstatten dann verbleibende Restkosten im Rahmen der Versicherungssumme für Bergungskosten.</p>
Tod in Öffentlichen Verkehrsmitteln	<p>Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis nach Ziffer 1 AUB 2012 GVO während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (außer Luftfahrt) tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtleistung von 20.000,- €.</p>
Todesfalleistung, wenn VP im 2. Jahr nach dem Unfall verstirbt	<p>Gemäß der Ziffer 2.6.1 AUB 2012 GVO entsteht ein Anspruch auf die für den Todesfall versicherte Summe, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres an den Folgen des Unfalles stirbt. Der Anspruch entsteht ebenso, wenn die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall verstirbt und keine Invalidität im Sinne von Ziffer 2.1 AUB 2012 GVO eingetreten war.</p>
Übergangsleistungen mit Sofortleistung bei Schwerverletzungen	<p>1. Die vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistung wird gezahlt, wenn die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich drei Monate vom Unfalltag an ununterbrochen um mindestens 50 % aufgrund des Unfalles beeinträchtigt ist.</p> <p>2. Die Versicherungssumme für Übergangsleistung wird sofort fällig, sofern die Bedingungen für die Sofortleistung bei Schwerverletzungen erfüllt sind. Sie erhöht dann die Sofortleistung für Schwerverletzungen, sofern nicht der Tod innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall eintritt.</p>
Vorsorgeversicherung bei Eheschließung und bei der Geburt oder Adoption von Kindern	<p>1. Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages heiraten und für Ihren Ehegatten weder bei uns noch bei einem anderen Versicherer eine Private Unfallversicherung besteht, so ist Ihr Ehegatte für sechs Monate ab der Heirat beitragsfrei mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100.000,- € für den Invaliditätsfall (ohne Progression) - 10.000,- € für den Todesfall - 20,-€ Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld - sowie mit den beitragsfreien Leistungen dieses Vertrages mitversichert. <p>2. Wird Ihr Ehegatte innerhalb von drei Monaten ab Eheschließung in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.</p> <p>3. Vorsorgeversicherung für Kinder</p> <p>Ihre während der Wirksamkeit des Vertrages geborenen Kinder sind bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - 100.000,- € für den Invaliditätsfall (ohne Progression) - 10.000,- € für den Todesfall - 20,- € Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld - sowie mit den beitragsfreien Leistungen dieses Vertrages beitragsfrei mitversichert. <p>Wird das Kind vor Vollendung des ersten Lebensjahres in den Vertrag eingeschlossen, gilt Folgendes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) der Einschluss erfolgt ohne Gesundheitsprüfung, b) anstelle der vorgenannten Versicherungssummen werden ab dem Einschlussstermin die neuen Versicherungssummen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres beitragsfrei gewährt. <p>Während der Wirksamkeit des Vertrages von Ihnen adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren sind für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption neugeborenen Kindern gleichgestellt.</p>
Verdienstausschlag bei Selbstständigen	<p>Wird bei Unternehmern, Geschäftsführern, Selbstständigen oder freiberuflich Tätigen der Verdienstausschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag in Höhe des zum Unfallzeitpunkt für die Unfallversicherung der versicherten Person gültigen Jahres-Bruttobeitrages, höchstens jedoch 500,- € je Unfallereignis, erstattet.</p>
Zu Ziffer 3 – Welche Auswirkungen haben Krankheiten und Gebrechen?	
Leistungskürzung statt Invaliditätsgradminderung	<p>Abweichend von Ziffer 3 AUB 2012 GVO werden die Leistungen bei der Mitwirkung bei Krankheiten oder Gebrechen die Leistungen gekürzt und nicht der Invaliditätsgrad.</p>
Mitwirkungsanteil	<p>Abweichend von Ziffer 3 AUB 2012 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 % beträgt.</p>
Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/ Geiselnahme	<p>Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall, wobei in Bezug auf die daraus folgenden Gesundheitsschäden kein Abzug wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (zu Ziffer 3 AUB 2012) vorgenommen wird.</p>

Zu Ziffer 5 – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? (ergänzende Einschlüsse)	
Ausbruch von Infektionskrankheiten	<p>Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt in Erweiterung der AUB 2012 GVO unabhängig vom Übertragungsweg ebenfalls als Unfall:</p> <p>a) Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose, Fleckfieber, Gelbfieber, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Ringelröteln, Scharlach, Schlafkrankheit, spinale Kinderlähmung, Tollwut, Tuberkulose, Tularämie, Typhus, Windpocken und Wundstarrkrampf,</p> <p>b) alle sonstigen Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Haut- oder Schleimhautverletzungen übertragen wurden (z. B. Meningitis oder Zecken-Enzephalitis/FSME).</p> <p>Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand. Diese Wartezeit gilt nicht, wenn sich die Hautverletzung nach Absatz b) erst nach dem Versicherungsbeginn ereignete.</p>
Einnahme schädlicher Stoffe/ Nahrungsmittelvergiftung (ohne Höchstalter)	Abweichend von AUB 2012 GVO besteht Versicherungsschutz infolge von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, deren Schädlichkeit sich der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftung).
Fahrveranstaltungen von Stern-, Zuverlässigkeits-, Slalom- und Orientierungsfahrten	Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt, (Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten sowie bei Sicherheitstraining) sind mitversichert.
Geistes- und Bewusstseinsstörungen durch Herz-Kreislaufstörung, Schlaganfall, Übermüdung, Alkohol oder Medikamente	<p>1. Abweichend von AUB 2012 GVO sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, die durch Trunkenheit oder Einnahme von Medikamenten verursacht sind, versichert. Bei Bewusstseinsstörungen, die infolge von Trunkenheit beim Lenken von Kraftfahrzeugen vorliegen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,6 Promille liegt.</p> <p>2. In Abänderung der AUB 2012 GVO fallen auch Unfälle unter den Versicherungsschutz, die durch einen Schlaganfall, Herzinfarkt, epileptischen Anfall oder andere Krampfanfälle verursacht wurden.</p> <p>3. Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit), das Einschlafen infolge einer Übermüdung, Schlafwandeln, Ohnmachtsanfälle oder Erschrecken werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.</p> <p>4. In Ergänzung zu Ziffer 1 dieser Bestimmung bleiben Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die durch Drogeneinfluss entstehen, vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.</p> <p>5. In Abänderung der AUB 2012 GVO besteht kein Ausschluss für Blutungen aus inneren Organen oder Gehirnblutungen.</p>
Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen	Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen (Schlägereien, Raufhändel, innere Unruhen) in die die versicherte Person nicht als Urheber gerät. In jedem Fall besteht immer Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat oder aufgrund öffentlichen Dienstrechts teilnehmen musste.
Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen	In Ergänzung zu AUB 2012 GVO gehört das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.
Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen	Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
Herzinfarkt/ Schlaganfälle/ Krampfanfälle	S. Klausel „Geistes- und Bewusstseinsstörungen“
Infektionen infolge Hautverletzungen durch Tiere	S. Klausel „Ausbruch von Infektionskrankheiten“
Kein Ausschluss bei Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutung	S. Klausel „Geistes- und Bewusstseinsstörungen“
Keine Mindestinvalidität für Infektionen	S. Klausel „Ausbruch von Infektionskrankheiten“
Lenken von Fahrzeugen ohne gültigen Führerschein	<p>Abweichend von AUB 2012 GVO gilt:</p> <p>Wir gewähren Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist und die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248b Strafgesetzbuch). Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.</p>
Passives Kriegsrisiko	<p>Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz für Unfälle durch Kriegsereignisse abweichend von de AUB 2012 GVO in folgendem Umfang erweitert: Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:</p> <p>1. Voraussetzungen für die Leistung:</p> <p>1.1 Die versicherte Person hat durch Kriegsereignisse einen Unfall erlitten.</p> <p>1.2 Sie gehört nicht zu den aktiven Teilnehmern am Krieg oder Bürgerkrieg.</p> <p>1.3 Aktiver Teilnehmer ist auch, - wer auf Seiten der kriegführenden Parteien - zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.</p> <p>2. Erweiterter Schutz bei Terroranschlägen Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.</p> <p>3. Leistungsausschlüsse Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:</p> <p>3.1 Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),</p>

	<p>3.2 Unfälle im Zusammenhang</p> <ul style="list-style-type: none"> - mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA, - mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder - wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden. <p>4. Beendigung des Versicherungsschutzes Den Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen können wir jederzeit mit einer Frist von sieben Tagen kündigen. Fakultativ: Hierfür müssen Sie uns einen Bevollmächtigten mit Wohnsitz in einem Staat der Europäischen Gemeinschaft benennen, dem gegenüber diese Kündigung rechtswirksam erfolgen kann.</p>
Psychische Reaktionen	In Abänderung von den AUB 2012 GVO gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückgeführt werden.
Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen	<p>1) Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Versicherung eingeschlossen.</p> <p>2) Der Versicherer beruft sich nicht auf die Leistungsvoraussetzung der Unfreiwilligkeit, wenn die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt.</p>
Sonnenbrand oder -stich	Als Unfallereignis gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.
Sonstige Haut- und Schleimhautverletzungen	S. Klausel „ Ausbruch von Infektionskrankheiten“
Stationäre Desensibilisierungsmaßnahmen	Wird aufgrund einer versicherten allergischen Reaktion (siehe Klausel „allergische Reaktionen“) eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt, gilt diese ebenfalls als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.
Strahlenschäden	In Abänderung zu den AUB 2012 GVO sind Gesundheitsschäden durch <ul style="list-style-type: none"> - Röntgenstrahlen - Laserstrahlen, - Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle), - künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie - energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt mitversichert, sofern sie sich nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und keine Berufskrankheiten sind.
Teilnahme an Kartfahrten	Abweichend von Ziffer 5.1.5 AUB 2012 GVO gelten Freizeitfahrten mit Gokarts, die von einem Kartcenter zur Verfügung gestellt werden, auf In- oder Outdoorbahnen als mitversichert. Jedoch nur, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltungen nicht von Sportverbänden organisiert, einer Kartserie angehören oder dem Kartsport zuzurechnen sind.
Todesfalleistung trotz Unfall durch Geistes- und Bewusstseinsstörung sowie Straftaten	Bis zu einem Leistungsbetrag von 20.000,- € werden die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 AUB 2012 GVO (Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen) und Ziffer 5.1.2 AUB 2012 GVO (Unfälle durch Straftaten) nicht angewandt.
Trunkenheit/ Medikamente	S. Klausel „Geistes- und Bewusstseinsstörungen“
Übermüdung und Erschrecken gilt als Unfallursache	S. Klausel „Geistes- und Bewusstseinsstörungen“
Umgang mit selbstgebauten Feuerwerkskörpern	Es besteht abweichend zu den AUB 2012 GVO Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person das 18.Lebensjahr noch nicht vollendet hat und der Unfall durch Herstellung oder Gebrauch selbstgebaute Feuerwerkskörper entstanden ist und kein Zusammenhang mit einer beabsichtigten Sachbeschädigung oder Körperverletzung besteht.
Wundinfektionen und Blutvergiftung	Als Folge eines Unfallereignisses sind zudem mitversichert: <ol style="list-style-type: none"> a) Blutvergiftungen und Wundinfektionen, b) Infektionen durch geringfügige Haut- oder Schleimhaut-Verletzungen, sofern uns das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wurde, c) Infektionen durch sonstige (nicht geringfügige) Unfallverletzungen.
Zu Ziffer 6 – Was müssen Sie bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	
Versehensklausel bei Berufswechsel und Hektarreduzierung	Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit / Reduzierung unter 50 ha, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.
Zu Ziffer 7 – Was ist nach einem Unfall zu beachten?	
Erfordernis der Unverzüglichkeit der Unfallmeldung ist gestrichen	In Abänderung zu den AUB 2012 GVO müssen Sie oder die versicherte Person die von uns übersandte Unfallanzeige wahrheitsgemäß ausfüllen und uns zeitnah zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
Geringfügig erscheinende Unfallfolgen	Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person – abweichend von AUB 2012 GVO - erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
Keine Leistungseinschränkung wegen verspätetem Arztbesuch	Abweichend von den AUB 2012 GVO wird keine Leistungseinschränkung vorgenommen, wenn die versicherte Person nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, verspätet einen Arzt hinzuzieht.

Keine Pflicht zu pauschaler Auskunftsermächtigung	In Abänderung zu den AUB 2012 GVO sind die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben sowie andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden zu ermächtigen oder wahlweise selbst zu beauftragen, alle unfallbedingt erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
Leistung bei Verschollenheit	In Ergänzung zu den AUB 2012 GVO gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person Schiffsunglück, Luftfahrzeugunfall oder sonstige Lebensgefahr des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.
Meldefrist bei Unfalltod	Abweichend von den AUB 2012 GVO beginnt die Meldefrist erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.
Streichung der Operationspflicht	Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.
Übernahme Arztgebühren ohne Höchstsatz	Abweichend zu den AUB 2012 GVO übernehmen wir die Kosten für Arztgebühren, Atteste etc. zur Begründung des Leistungsanspruches ohne Höchstsatz.
Zu Ziffer 8 – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	
Keine Leistungsbeschränkung bei versehentlicher Obliegenheitsverletzung, Sonstige Versehensklause	1. Wird eine Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
	2. Beides gilt nur, wenn der Versicherer Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
	3. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Gleiches gilt, wenn die Verletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung der Obliegenheit bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde.
	4. 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. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
Zu Ziffer 9 – Wann sind Leistungen fällig?	
Invaliditäts-Anmeldung / -Feststellung	Die Frist zur Anmeldung und Geltendmachung einer Invalidität wird abweichend von den AUB 2012 GVO auf 36 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, verlängert. Abweichend von den AUB 2012 GVO wird die Frist für die ärztliche Feststellung und Anzeige einer Invalidität auf 36 Monate verlängert.
Neufeststellung der Invalidität	1. Der Grad der Invalidität kann jährlich erneut ärztlich bemessen werden. Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens - drei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch uns, - drei Jahre nach dem Unfall, bei Beantragung durch Sie, - fünf Jahre nach dem Unfall, bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres.
	2. Das Verlangen einer Neubemessung können - Sie bis vor Ablauf der Frist nach Nr. 1 oder - wir anlässlich der Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Nr. 1 aussprechen.
Vorschuss auf Invaliditätsleistung trotz laufendem Heilverfahren und fehlender Todesfallsumme	Soweit keine Todesfallsumme versichert ist, kann vor Abschluss des Heilverfahrens innerhalb eines Jahres nach dem Unfallereignis ein angemessener Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung bis höchstens 10.000,- € verlangt werden, sofern aus Sicht der behandelnden Ärzte keine akute Lebensgefahr mehr besteht.
Zu Ziffer 11 – Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	
Außerkräftsetzung und Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit Beitragsbefreiung gilt gleichzeitig für alle VIT – Privatsparten	1. Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages arbeitslos werden, setzen wir den Vertrag auf Ihren Wunsch außer Kraft. Die Außerkräftsetzung beginnt, sobald Sie bei der Bundesagentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind. Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit nachzuweisen.
	2. Wir gewähren während der Außerkräftsetzung beitragsfreien Versicherungsschutz mit den zuletzt gültigen Versicherungssummen, wenn Sie bei Beginn der Arbeitslosigkeit seit mindestens drei Monaten die Beiträge zu Ihrer Unfallversicherung bezahlt und das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Der beitragsfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach insgesamt dreijähriger Beitragsfreistellung seit Vertragsbeginn.
	3. Sofern die Arbeitslosigkeit bei Beantragung der Außerkräftsetzung noch nicht beendet war, werden wir von Zeit zu Zeit bei Ihnen anfragen, ob die Arbeitslosigkeit noch andauert. Unterrichten Sie uns über das Ende der Arbeitslosigkeit bis spätestens 4 Wochen nach Erhalt unserer Anfrage, so endet die Außerkräftsetzung gleichzeitig mit dem Ende der Arbeitslosigkeit. Anderenfalls wird erst mit Zugang Ihrer Mitteilung die Außerkräftsetzung beendet und der Versicherungsschutz wieder in Kraft gesetzt. Endet der beitragsfreie Versicherungsschutz nach Nr. 2. vor dem Ende der Arbeitslosigkeit, können Sie eine Unterbrechung vermeiden, indem Sie bis spätestens 4 Wochen nach dem Ende des beitragsfreien Zeitraumes die prämienpflichtige Wiederinkräftsetzung beantragen.
	4. Der Vertrag erlischt ohne besondere Vereinbarung, wenn die Außerkräftsetzung mehr als drei Jahre andauert.

	<p>5. Bei gebündelten Verträgen gelten die Bestimmungen nach Ziffer 1 bis 4 gleichzeitig für 1 Jahr für folgende Versicherungen, für die bei Beginn der Arbeitslosigkeit seit mindestens drei Monaten die Beiträge bezahlt wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Privat-Haftpflichtversicherung nach dem VIT / TOP-VIT-Konzept einschließlich einer etwa mitversicherten Tierhalter – Haftpflichtversicherung nach dem VIT / TOP-VIT-Konzept. - Hausratversicherung nach dem VIT / TOP-VIT-Konzept einschließlich einer etwa mitversicherten Glasversicherung. - Wohngebäudeversicherung für das selbstgenutzte Ein- oder Zweifamilienhaus nach dem VIT / TOP-VIT-Konzept einschließlich einer etwa mitversicherten Glasversicherung.
Beitragsbefreiung im Todes- oder Invaliditätsfall	<p>1. Der Versicherungsschutz für die im Rahmen des Vertrages versicherten minderjährigen Kinder bleibt beitragsfrei bestehen, falls Sie oder Ihr mitversicherter Ehe-/Lebenspartner während der Wirksamkeit des Vertrages</p> <p>a) durch Unfall oder Krankheit versterben (nicht aber infolge eines Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisses) oder</p> <p>b) einen Unfall erleiden, der nach den Bedingungen dieses Vertrages zu einer Invalidität von mindestens 50% führt (den Versicherungsschutz für Ihren eigenen Vertragsteil setzen wir auf Ihren Wunsch außer Kraft).</p> <p>Der beitragsfreie Versicherungsschutz gilt mit den Versicherungssummen, die zum Zeitpunkt des Todes oder der Feststellung des Invaliditätsgrades von mindestens 50% gültig waren, und bleibt bis zum Ende des Versicherungsjahres bestehen, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>2. Ist neben den Kindern auch Ihr Ehegatte oder Lebensgefährte versichert, gilt die Beitragsfreistellung auch für diesen. Die Beitragsfreistellung für den Ehegatten oder Lebensgefährten endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.</p>
Beitragsfreie Weiterführung des Vertrages bei Unfalltod des Versicherungsnehmers	<p>Verstirbt der Versicherungsnehmer infolge eines Unfallereignisses nach den AUB 2012 GVO, wird der Vertrag für alle durch die vorherigen Regelungen nicht erfassten mitversicherten Personen beitragsfrei weitergeführt bis zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres nach dem Todestag.</p>
Differenzdeckung	<p>Ab dem Zeitpunkt der Annahme des Antrages durch den Versicherer, bei Anträgen ohne Vorlagepflicht im Rahmen der Zeichnungs- und Vorlagerichtlinien ab Eingang des Antrages beim Versicherer, besteht auch vor dem vereinbartem Versicherungsbeginn, eine Konditionsdifferenzdeckung zu einer bestehenden Versicherung im Rahmen dieses Vertrages.</p> <p>Anderweitig bestehende Versicherungen für die über diesen Vertrag abgesicherten Risiken gehen dieser Versicherung voraus. Soweit die zu erbringende Leistung aus diesem Vertrag weitergehender ist als der Versicherungsschutz des anderen Vertrages, besteht Versicherungsschutz über diesen Vertrag.</p> <p>Diese Konditionsdifferenzdeckung wird für maximal 1 Jahr geboten. Sie entfällt rückwirkend ab Beginn, falls der Hauptvertrag nicht zustande kommt oder aufgrund nicht rechtzeitiger Zahlung der Erstprämie aufgehoben wird.</p>

Osterstraße 15
26122 Oldenburg

Telefon: 0441 - 92 36-0
E-Mail: kontakt@g-v-o.de
Internet: www.g-v-o.de



Unfallversicherung - VIT / TOP-VIT

Progressionsstaffel 350%

Invaliditätsgrad %	Leistung in % von der Inv.-Grundsumme	Invaliditätsgrad %	Leistung in % von der Inv.-Grundsumme
1-25	1-25	63	165
26	28	64	170
27	31	65	175
28	34	66	180
29	37	67	185
30	40	68	190
31	43	69	195
32	46	70	200
33	49	71	205
34	52	72	210
35	55	73	215
36	58	74	220
37	61	75	225
38	64	76	230
39	67	77	235
40	70	78	240
41	73	79	245
42	76	80	250
43	79	81	255
44	82	82	260
45	85	83	265
46	88	84	270
47	91	85	275
48	94	86	280
49	97	87	285
50	100	88	290
51	105	89	295
52	110	90	300
53	115	91	305
54	120	92	310
55	125	93	315
56	130	94	320
57	135	95	325
58	140	96	330
59	145	97	335
60	150	98	340
61	155	99	345
62	160	100	350

6188 - 2 - 03.2014

Osterstraße 15
26122 Oldenburg

Telefon: 0441 - 92 36-0
E-Mail: kontakt@g-v-o.de
Internet: www.g-v-o.de



Unfallversicherung - VIT / TOP-VIT

Progressionsstaffel 500%

Invaliditätsgrad %	Leistung in % von der Inv.-Grundsumme	Invaliditätsgrad %	Leistung in % von der Inv.-Grundsumme
1-25	1-25	63	241
26	30	64	248
27	35	65	255
28	40	66	262
29	45	67	269
30	50	68	276
31	55	69	283
32	60	70	290
33	65	71	297
34	70	72	304
35	75	73	311
36	80	74	318
37	85	75	325
38	90	76	332
39	95	77	339
40	100	78	346
41	105	79	353
42	110	80	360
43	115	81	367
44	120	82	374
45	125	83	381
46	130	84	388
47	135	85	395
48	140	86	402
49	145	87	409
50	150	88	416
51	157	89	423
52	164	90	430
53	171	91	437
54	178	92	444
55	185	93	451
56	192	94	458
57	199	95	465
58	206	96	472
59	213	97	479
60	220	98	486
61	227	99	493
62	234	100	500



**Sofern vereinbart, gelten die
Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für die
Invaliditätskapitalleistung ab 50% Invaliditätsgrad mit progressiver
Invaliditätsstaffel 350% (Progression 350%) (UKZ)**

Voraussetzungen für die Leistung:

In Abänderung von 2. und 3. der Allgemeinen-Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 GVO) gilt:

Die Invaliditätskapitalleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50%.
Liegt der festgestellte Invaliditätsgrad unter 50%, erfolgt keine Leistung.

Aus dem so ermittelten unfallbedingten Invaliditätsgrad ergibt sich die Leistung in Prozent der versicherten Invaliditätssumme nach der folgenden Tabelle:

Invaliditätsgrad %	Leistung in % von der Inv.-Grundsumme	Invaliditätsgrad %	Leistung in % von der Inv.- Grundsumme
50	100	75	225
51	105	76	230
52	110	77	235
53	115	78	240
54	120	79	245
55	125	80	250
56	130	81	255
57	135	82	260
58	140	83	265
59	145	84	270
60	150	85	275
61	155	86	280
62	160	87	285
63	165	88	290
64	170	89	295
65	175	90	300
66	180	91	305
67	185	92	310
68	190	93	315
69	195	94	320
70	200	95	325
71	205	96	330
72	210	97	335
73	215	98	340
74	220	99	345
		100	350



**Sofern vereinbart, gelten die
Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung für die
Invaliditätskapitalleistung ab 50% Invaliditätsgrad mit progressiver
Invaliditätsstaffel 500% (Progression 500%) (UKZ)**

Voraussetzungen für die Leistung:

In Abänderung von 2. und 3. der Allgemeinen-Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 GVO) gilt:

Die Invaliditätskapitalleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad von mindestens 50%.
Liegt der festgestellte Invaliditätsgrad unter 50%, erfolgt keine Leistung.

Aus dem so ermittelten unfallbedingten Invaliditätsgrad ergibt sich die Leistung in Prozent der versicherten Invaliditätssumme nach der folgenden Tabelle:

Invaliditätsgrad %	Leistung in % von der Inv.-Grundsumme	Invaliditätsgrad %	Leistung in % von der Inv.- Grundsumme
50	150	75	325
51	157	76	332
52	164	77	339
53	171	78	346
54	178	79	353
55	185	80	360
56	192	81	367
57	199	82	374
58	206	83	381
59	213	84	388
60	220	85	395
61	227	86	402
62	234	87	409
63	241	88	416
64	248	89	423
65	255	90	430
66	262	91	437
67	269	92	444
68	276	93	451
69	283	94	458
70	290	95	465
71	297	96	472
72	304	97	479
73	311	98	486
74	318	99	493
		100	500



sofern vereinbart, gelten die
Besonderen Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

1. Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

1.1 Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.

1.2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.

1.3 Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsrechnung ist nicht zulässig.

1.4 Aufgrund der festgestellten Kopffzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersteren Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.

1.5 Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

2. Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

2.1 Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung an als versichert.

2.2 Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind, wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.

2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.

2.4 Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

3. Vertragsdauer (Zusatz zu 10 AUB 2012 GVO)

3.1 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.

3.2 Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:

3.2.1 wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet,

3.2.2 wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,

3.2.3 wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

sofern vereinbart, gelten die
Besonderen Bedingungen für die Mehrleistung bei einem
Invaliditätsgrad ab 90 %

2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2012 GVO) wird wie folgt erweitert:

a) Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern 2. und 3. AUB 2012 GVO zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90%, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.

b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 153.387,56 € beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der GVO Versicherungen weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.



**sofern vereinbart, gelten die
Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs
von Leistung und Beitrag (Modell 1)**

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

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbetrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrages folgt oder mit ihm übereinstimmt.

2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500,- €,
- für die Übergangsleistung auf volle 50,- €,
- für die Unfall-Rente auf volle 25,- €,
- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle 0,50 €

3. Die Versicherungssummen für folgende Leistungsarten werden nicht erhöht:

- Kosten für kosmetische Operationen,
- Bergungskosten
- Kurbeihilfe,
- Sofortleistung bei Schwerverletzungen

4. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

5. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

6. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

7. Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages kündigen. Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

**sofern vereinbart, gelten die
Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit
planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Modell 3)**

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

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 3 % zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

- für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 500,- €,
- für die Übergangsleistung auf volle 50,- €,
- für die Unfall-Rente auf volle 25,- €,
- für Tagegeld, Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld auf volle 0,50 €

3. Die Versicherungssummen für folgende Leistungsarten werden nicht erhöht:

- Kosten für kosmetische Operationen,
- Bergungskosten
- Kurbeihilfe,
- Sofortleistung bei Schwerverletzungen

4. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.

5. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

6. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.

7. Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages kündigen. Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.



Satzung in der Fassung vom 10. Juli 2012, zuletzt genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht am 17. August 2012.

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Name, Sitz, Rechtsstellung

Die im Jahre 1870 gegründete GVO Gegenseitigkeit Versicherung Oldenburg VVaG mit dem Sitz in Oldenburg (Oldb.) ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit.

§ 2 Zweck

(1) Gegenstand des Versicherungsunternehmens ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb aller Versicherungsweige und -arten mit Ausnahme der Kranken- und Lebensversicherung. Neben Versicherungsgeschäften betreibt die Gesellschaft Geschäfte, die hiermit in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

(2) Der Versicherungsverein darf in den von ihm betriebenen Versicherungszweigen anderen Gesellschaften Rückversicherung bis zur Höhe von 10% der Beitragseinnahmen aus den Mitgliederversicherungen bieten.

(3) Der Versicherungsverein ist berechtigt, Versicherungsverträge auch gegen feste Beiträge abzuschließen. Solche Nichtmitglieder-Versicherungen dürfen 15 % der Beitragseinnahmen aus den Mitgliederversicherungen nicht übersteigen.

(4) Der Versicherungsverein hat das Recht, durch seine Organisation Versicherungen in den Versicherungszweigen und -arten zu vermitteln, die er selbst nicht betreibt.

§ 2 a Gründungsstock

(1) Der Versicherungsverein hat einen Gründungsstock in Höhe von 430.000,- €. Die Einzahlung auf den Gründungsstock ist in voller Höhe erfolgt.

(2) Der Gründungsstock wird mit 4% per anno verzinst. Dem Garanten werden keinerlei Rechte auf Teilnahme an der Verwaltung des Versicherungsvereins eingeräumt.

(3) Der Gründungsstock wird für die Zeit ab Vertragsschluss bis zum 01. Januar 2018 überlassen. Eine Kündigung ist nicht möglich.

(4) Die Tilgung darf nur aus den Jahreseinnahmen und nur so weit erfolgen, wie die Verlustrücklage gem. § 37 VAG seit Erhalt des nachträglichen Gründungsstocks angewachsen ist. Soweit eine Tilgung hiernach nicht zulässig ist, ist der Rückzahlungsanspruch mit dem gesetzlichen Zinssatz zu verzinsen. Im Falle der Abwicklung oder Insolvenz des Versicherungsvereins darf der Gründungsstock erst getilgt werden, wenn die Ansprüche sämtlicher anderer Gläubiger befriedigt sind oder hierfür Sicherheit geleistet ist.

§ 3 Geschäftsjahr und Bekanntmachungen

(1) Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

(2) Die durch Gesetz oder Satzung vorgeschriebenen Bekanntmachungen werden im elektronischen Bundesanzeiger veröffentlicht.

II. Mitgliedschaft

§ 4

(1) Die Mitgliedschaft besteht von Beginn bis zum Ende eines Versicherungsverhältnisses.

(2) Ausgeschiedene Mitglieder haben keinen Anspruch auf das Vermögen.

III. Organe

§ 5

Die Organe des Versicherungsvereins sind:

1. der Vorstand,
2. der Aufsichtsrat,
3. die Mitgliedervertreter-Versammlung.

Der Vorstand

§ 6

(1) Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Vorstandsmitglieder. Bei einem mindestens vierköpfigen Vorstand gibt bei Stimmgleichheit die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(2) Das Verhältnis der Mitglieder des Vorstandes zum Versicherungsverein regelt sich nach den Anstellungsverträgen und der Geschäftsordnung.

(3) Der Vorstand kann mit Genehmigung des Aufsichtsrates Prokuristen bestellen.

(4) Der Versicherungsverein wird durch zwei Vorstandsmitglieder gemeinschaftlich oder durch ein Vorstandsmitglied gemeinschaftlich mit einem Prokuristen vertreten.

Der Aufsichtsrat

§ 7

(1) Der Aufsichtsrat besteht aus sechs Personen, die Mitglieder des Versicherungsvereins sein müssen. Sie werden von der Mitgliedervertreter-Versammlung bis zur Beendigung der Mitgliedervertreter-Versammlung gewählt, die über die Entlastung für das vierte volle Geschäftsjahr nach der Wahl beschließt. Das Amt beginnt mit Annahme der Wahl und erlischt mit Zeitablauf.

(2) Scheiden Aufsichtsratsmitglieder vor Ablauf ihrer Amtsdauer aus, so bedarf es der Einberufung einer nicht regelmäßigen Mitgliedervertreter-Versammlung zur Vornahme der Ersatzwahl nur dann, wenn weniger als drei Mitglieder verblieben sind. Die Amtsdauer dieser Mitglieder währt so lange, wie das Amt der Ausgeschiedenen gewährt hätte, an deren Stelle sie getreten sind.

§ 8

(1) Unmittelbar nach jeder Mitgliedervertreter-Versammlung, in der Wahlen zum Aufsichtsrat durchgeführt worden sind, findet eine Sitzung des Aufsichtsrates statt, zu der eine förmliche schriftliche Einladung nicht ergeht. In dieser Sitzung werden unter Vorsitz des ältesten Mitglieds der Vorsitzende und sein Stellvertreter gewählt.

(2) Zu weiteren Sitzungen tritt der Aufsichtsrat auf schriftliche, mündliche, telefonische oder telegrafische Einladung des Vorsitzenden zusammen. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn einschließlich des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters mindestens drei Mitglieder versammelt sind.

(3) Die Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit der anwesenden Mitglieder gefasst. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.

(4) Den Willen des Aufsichtsrates erklärt der Vorsitzende.

§ 9

Die Aufsichtsratsmitglieder erhalten eine jährliche Vergütung entsprechend § 113 AktG. Außerdem haben sie Anspruch auf Erstattung von Barauslagen und Reisekosten.

Mitgliedervertreter-Versammlung

§ 10

(1) Die Mitgliedervertreter-Versammlung vertritt als oberstes Organ des Versicherungsvereins die Gesamtheit der Mitglieder.

(2) Sie besteht aus sechsunddreißig für fünf aufeinanderfolgende regelmäßige Mitgliedervertreter-Versammlungen gewählten ehrenamtlichen Mitgliedern. Jeweils im fünften Jahr wählt eine Mitgliederversammlung bis spätestens Ende April dieses Jahres die Mitglieder der Mitgliedervertreter-Versammlung. Alle Mitglieder sind zu dieser Mitgliederversammlung spätestens einen Monat vor dem Versammlungstermin durch Bekanntmachung im elektronischen Bundesanzeiger und in mindestens einer Tageszeitung (Nordwest-Zeitung) einzuladen. Die Einladung im elektronischen Bundesanzeiger muss den vom Vorstand im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat aufgestellten Wahlvorschlag enthalten und gleichzeitig dazu auffordern, weitere Wahlvorschläge spätestens zwei Wochen vor der Mitgliederversammlung einzureichen. Ein Wahlvorschlag muss von zweihundert Mitgliedern unter Angabe der Versicherungsschein-Nummer unterzeichnet sein. Das Wahlrecht kann nur persönlich ausgeübt werden.

(3) Die Mitgliederversammlung wählt außerdem sechsdreißig Mitgliedervertreter als Ersatzmitglieder. Nr. 2 gilt entsprechend.

(4) Der Mitgliedervertreter-Versammlung kann nur angehören, wer Mitglied des Versicherungsvereins, volljährig und im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte ist. Weiter können ihr Vertreter öffentlicher und privater Verwaltungen, die bei dem Versicherungsverein versichert sind, angehören.

(5) Scheidet ein Mitglied der Mitgliedervertreter-Versammlung vorzeitig aus, so tritt für die restliche Amtsdauer – in der listenmäßigen Reihenfolge der Ernennung – ein Ersatzmitglied ein.

§ 11

(1) Die regelmäßig einmal jährlich stattfindende Mitgliedervertreter-Versammlung wird durch den Vorstand einberufen.

(2) Nicht regelmäßige Mitgliedervertreter-Versammlungen sind einzu-berufen, wenn

- der Aufsichtsrat oder der Vorstand dies beschließen, oder
- wenn es von mindestens einem Drittel der Mitglieder der Mitgliedervertreter-Versammlung schriftlich verlangt worden ist.

(3) Eine nicht regelmäßige Mitgliedervertreter-Versammlung muss binnen zwei Monaten einberufen werden.

§ 12

(1) Die Einberufung zur Mitgliedervertreter-Versammlung erfolgt

- durch Bekanntmachung im elektronischen Bundesanzeiger oder
- durch eingeschriebenen Brief an die Mitgliedervertreter.

(2) Die Einberufung muss mindestens einen Monat vor der Mitgliedervertreter-Versammlung erfolgen. Der Tag der Bekanntmachung bzw. der Absendung und der Tag der Mitgliedervertreter-Versammlung werden dabei nicht mitgerechnet.

§ 13

Das Stimmrecht kann nur in Person ausgeübt werden. Jede ordnungsmäßig einberufene Mitgliedervertreter-Versammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig.

§ 14

Rechte, die das Gesetz einer Minderheit von Mitgliedern einräumt, stehen einer Minderheit von mindestens einem Drittel der Mitglieder der Mitgliedervertreter-Versammlung zu.

§ 15

(1) Den Vorsitz in der Mitgliedervertreter-Versammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates oder sein Stellvertreter oder ein von den erschienenen Mitgliedern des Aufsichtsrates aus ihrer Mitte gewähltes Mitglied.

(2) Ist kein Mitglied des Aufsichtsrates erschienen, so eröffnet das dem Lebensalter nach älteste Mitglied die Versammlung und lässt von ihr einen Vorsitzenden wählen.

(3) Der Versammlungsleiter bestimmt die Art der Abstimmung und die Reihenfolge der einzelnen Verhandlungsgegenstände.

§ 16

Beschlüsse werden mit Mehrheit der bei der Beschlussfassung abgegebenen Stimmen gefasst, soweit nicht das Gesetz oder die Satzung eine qualifizierte Mehrheit verlangen. Ergibt sich bei einer Wahl Stimmen-gleichheit, so entscheidet das Los.

§ 17

Die Mitglieder des Versicherungsvereins können bis zum 1. Januar jeden Jahres bei dem Vorstand schriftlich Anträge stellen, über die die Mitgliedervertreter-Versammlung Beschlüsse fasst und zur Begründung ein Mitglied des Versicherungsvereins in die Mitgliedervertreter-Versammlung entsenden. Die Vorschläge oder Anträge müssen von mindestens zweihundert Mitgliedern des Versicherungsvereins unterzeichnet sein.

IV. Rechnungslegung, Verlustrücklage, Vermögensverwaltung

§ 18 Beiträge

Die Mitglieder entrichten die Beiträge im Voraus.

§ 19 Nachschüsse

(1) Reichen die Einnahmen sowie die Rückstellungen, die verfügbaren Rücklagen und der Gründungsstock zur Deckung der Ausgaben in einem Geschäftsjahr nicht aus, so sind die Mitglieder zu Nachschüssen bis zur Höhe eines Jahresbeitrages verpflichtet.

(2) Jedes Mitglied hat zu dem Nachschuss nach dem Verhältnis seines Beitrages und nach dem Verhältnis der Zeit, auf die er in dem Jahre, für das der Nachschuss ausgeschrieben wird, versichert war, beizutragen. Teile von Monaten werden dabei als volle Monate gerechnet. Zu den Nachschüssen haben auch die im Laufe des Geschäftsjahres ausgeschiedenen Mitglieder beizutragen.

(3) Zur Zahlung des Nachschusses sind die Mitglieder in derselben Weise aufzufordern, wie zur Zahlung der laufenden Jahresbeiträge. Die

Verzugsfolgen richten sich nach § 39 des Versicherungsvertragsgesetzes.

(4) Über die Festsetzung der Nachschüsse und deren Höhe entscheidet der Vorstand im Einvernehmen mit dem Aufsichtsrat.

§ 20 Verlustrücklage

(1) Zur Deckung von Verlusten aus dem Geschäftsbetrieb wird eine Verlustrücklage gemäß § 37 VAG mindestens in Höhe der Nettobeiträge des letzten Geschäftsjahres gebildet.

(2) Mindestens ist ihr jährlich ein Betrag in Höhe von 1,5% der Brutto-beiträge abzüglich Rückversicherungsbeiträge zuzuweisen, bis 50% der Bruttobeiträge erreicht sind.

(3) Nach Erreichung bzw. Wiedererreicherung des Mindestbetrages sind ihr nur noch ein Drittel der gesamten Erträge des nichtversicherungs-technischen Geschäfts zuzuweisen. Mit Genehmigung der Aufsichts-behörde kann der Versicherungsverein im einzelnen Geschäftsjahr die Zuführungen hiervon abweichend regeln.

(4) Weitere Zuweisungen an die Verlustrücklage, auch über die Mindestverlustrücklage hinaus oder an eine freie Rücklage, können vom Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates beschlossen werden.

(5) Die Verlustrücklage darf innerhalb eines Geschäftsjahres nur bis zur Hälfte ihres Bestandes in Anspruch genommen werden. Die Ent-nahme ist nur zulässig, wenn andere Mittel zur Deckung eines außer-gewöhnlichen Jahresbedarfs, insbesondere auch aus der Rückstellung für den schwankenden Jahresbedarf, nicht zur Verfügung stehen.

(6) Im Falle der Inanspruchnahme ist die Verlustrücklage gemäß Nr. 2 wieder aufzufüllen.

§ 21 Überschuss

(1) Soweit der in einem Geschäftsjahr erzielte Überschuss nicht der Schwankungsrückstellung, der Verlustrücklage (§ 20) oder einer freien Rücklage zugeführt wird, ist er den Mitgliedern als Beitragsrückge-währ im Rahmen der für die einzelnen Versicherungszweige gebilde-ten Abrechnungsverbände zurückzuerstatten.

(2) Die Beitragsrückgewähr kann den Mitgliedern auf die Beiträge und Nachschüsse des folgenden Geschäftsjahres angerechnet, in bar aus-gezahlt oder einer Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt werden. Wird eine solche gebildet, darf sie keinem anderen Zweck als dem der Beitragsrückerstattung dienen.

(3) Die Verteilung der Beitragsrückerstattung, die abhängig gemacht werden kann von einer bestimmten ununterbrochenen Laufzeit des Versicherungsvertrages und vom Schadenverlauf, erfolgt im Verhält-nis zur Höhe des Jahresbeitrages, der bei Ausschüttung zu zahlen ist. Im Laufe des Geschäftsjahres ausgeschiedene Mitglieder sind hierbei ausgeschlossen.

(4) Beträge von weniger als 10,23 € oder bis zu 10% des Beitrages brau-chen nicht ausgeschüttet zu werden.

V. Entlastung

§ 22

Die Mitgliedervertreter-Versammlung hat binnen acht Monaten nach Schluss des Geschäftsjahres über die Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates sowie über die Überschussverteilung und im Falle des § 172 AktG auch die Feststellung des Jahresabschlusses zu beschlie-ßen.

VI. Änderungen und Auflösung

§ 23 Änderung der Satzung

(1) Die Satzung kann nur geändert werden, wenn mindestens zwei Drittel der zur Mitgliedervertreter-Versammlung erschienenen Mitglie-dervertreter zustimmen.

(2) Beschlüsse über Änderungen der Satzung bedürfen der Genehmi-gung der Versicherungsaufsichtsbehörde.

(3) Der Aufsichtsrat ist ermächtigt, Änderungen der Satzung, die nur die Fassung betreffen, vorzunehmen. Er ist weiterhin ermächtigt, für den Fall, dass die Aufsichtsbehörde Änderungen verlangt, bevor sie einen Änderungsbeschluss der Mitgliedervertreter-Versammlung ge-nehmigt, dem zu entsprechen. Diese vorläufigen Maßnahmen sind der nächsten Mitgliedervertreter-Versammlung zur Beschlussfassung vor-zulegen.

§ 24 Einführung und Änderung der Versicherungsbedingungen

Der Vorstand ist berechtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allge-meine Versicherungsbedingungen einzuführen oder zu ändern.

§ 25 Auflösung

Die Auflösung des Versicherungsvereins kann nur von zwei Mitglie-dervertreter-Versammlungen beschlossen werden. Sie sind in einem Abstand von mindestens einem Monat abzuhalten. Diese Mitglieder-vertreter-Versammlungen sind beschlussfähig bei Anwesenheit von mindestens zwei Drittel aller Mitgliedervertreter. Die Beschlüsse be-dürfen einer Mehrheit von drei Viertel der abgegebenen Stimmen und der Zustimmung der Versicherungsaufsichtsbehörde.



Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat.

Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt

Einwilligungserklärungen

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG sowie die Einwilligungsklausel zur Bonitätsabfrage aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf.

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. bei einem Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschläge, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit

Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen ebenfalls entsprechende Daten übergeben werden.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (§ 78 VVG bei Mehrfachversicherung, § 86 VVG Übergang von Ersatzansprüchen sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme bzw. werden zentrale Datensammlungen geführt.

Solche Hinweissysteme gibt es beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. und beim Verband der Privaten Krankenversicherung e.V.. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer:

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer:

- Aufnahme von Sonderrisiken z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge;

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer:

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb 12 Monaten.
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer:

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer:

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

Unfallversicherer:

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer gem. Ziffer 10.3 AUB 2012 GVO (nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung)

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von um Missbrauchshandlungen.

5. Datenverarbeitung inner- und außerhalb der Unternehmensgruppe

Zum Schutz der Versicherten werden einzelne Branchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) durch juristisch selbständige Gesellschaften betrieben. Um dem Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten und ihre Servicepflichten erfüllen zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmungsgruppen zusammen und/oder bedienen sich zusätzlicher Kooperationspartner.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“ bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Dies gilt auch für die Weitergabe von Daten an Kooperationspartner, um Sie in Ihren Versicherungsangelegenheiten, sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebotes unserer Unternehmensgruppe bzw. Kooperationspartner zu betreuen. Branchenspezifische Daten wie z. B. Gesundheitsdaten oder Bonitätsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unser Verein gehört folgender Gesellschaft an:

Verband der Versicherungsvereine a. G. e. V.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

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

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler von uns die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Das sind z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen (so wie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages).

In der Personenversicherung können ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung unserer Kunden. Wir informieren unsere Vermittler über Änderungen von kundenrelevanten Daten. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besondere Schweigepflicht (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Wir teilen Ihnen den für Ihre Betreuung zuständigen Vermittler mit. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung) regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

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

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



Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft

- Stand 01.09.2015 -

I. EINLEITUNG

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit Sitz in Berlin ist die Dachorganisation der privaten Versicherer in Deutschland. Ihm gehören über 450 Mitgliedsunternehmen an. Diese bieten als Risikoträger Risikoschutz und Unterstützung sowohl für private Haushalte als auch für Industrie, Gewerbe und öffentliche Einrichtungen. Der Verband setzt sich für alle die Versicherungswirtschaft betreffenden Fachfragen und für ordnungspolitische Rahmenbedingungen ein, die den Versicherern die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglichen.

Die Versicherungswirtschaft ist von jeher darauf angewiesen, in großem Umfang personenbezogene Daten der Versicherten zu verwenden. Sie werden zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung erhoben, verarbeitet und genutzt um Versicherte zu beraten und zu betreuen sowie um das zu versichernde Risiko einzuschätzen, die Leistungspflicht zu prüfen und Versicherungsmissbrauch im Interesse der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Versicherungen können dabei heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung erfüllen.

Die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre sowie die Sicherheit der Datenverarbeitung sind für die Versicherungswirtschaft ein Kernanliegen, um das Vertrauen der Versicherten zu gewährleisten. Alle Regelungen müssen nicht nur im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzrichtlinie, des Bundesdatenschutzgesetzes und aller bereichsspezifischen Vorschriften über den Datenschutz stehen, sondern die begetretenen Unternehmen der Versicherungswirtschaft verpflichten sich darüber hinaus, den Grundsätzen der Transparenz, der Erforderlichkeit der verarbeiteten Daten und der Datenvermeidung und -sparsamkeit in besonderer Weise nachzukommen.

Hierzu hat der GDV im Einvernehmen mit seinen Mitgliedsunternehmen die folgenden Verhaltensregeln für den Umgang mit den personenbezogenen Daten der Versicherten aufgestellt. Sie schaffen für die Versicherungswirtschaft weitestgehend einheitliche Standards und fördern die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Regelungen. Die für die Mitgliedsunternehmen zuständigen Aufsichtsbehörden haben den Verhaltensregeln zugestimmt. Daraufhin sind sie dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit als für den GDV zuständige Aufsichtsbehörde nach § 38 a Bundesdatenschutzgesetz unterbreitet und von ihm als mit dem geltenden Datenschutzrecht vereinbar erklärt worden. Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diesen Verhaltensregeln gemäß Artikel 30 beitreten, verpflichten sich damit zu deren Einhaltung.

Die Verhaltensregeln sollen den Versicherten der begetretenen Unternehmen die Gewähr bieten, dass Datenschutz- und Datensicherheitsbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung von Produkten und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Der GDV versichert seine Unterstützung bei diesem Anliegen. Die begetretenen Unternehmen weisen ihre Führungskräfte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die Verhaltensregeln einzuhalten. Antragsteller und Versicherte werden über die Verhaltensregeln informiert.

Darüber hinaus sollen mit den Verhaltensregeln zusätzliche Einwilligungen möglichst entbehrlich gemacht werden. Grundsätzlich sind solche nur noch für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung erforderlich. Für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – hat der GDV gemeinsam mit den zuständigen Aufsichtsbehörden Mustererklärungen mit Hinweisen zu deren Verwendung

erarbeitet. Die begetretenen Unternehmen sind von den Datenschutzbehörden aufgefordert, – angepasst an ihre Geschäftsabläufe – Einwilligungstexte zu verwenden, die der Musterklausel entsprechen

Die vorliegenden Verhaltensregeln konkretisieren und ergänzen die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes für die Versicherungsbranche. Als Spezialregelungen für die begetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV erfassen sie die wichtigsten Verarbeitungen personenbezogener Daten, welche die Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung, Beendigung oder Akquise von Versicherungsverträgen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen vornehmen.

Da die Verhaltensregeln geeignet sein müssen, die Datenverarbeitung aller begetretenen Unternehmen zu regeln, sind sie möglichst allgemeingültig formuliert. Deshalb kann es erforderlich sein, dass die einzelnen Unternehmen diese in unternehmensspezifischen Regelungen konkretisieren. Das mit den Verhaltensregeln erreichte Datenschutz- und Datensicherheitsniveau wird dabei nicht unterschritten. Darüber hinaus ist es den Unternehmen unbenommen, Einzelregelungen mit datenschutzrechtlichem Mehrwert, z. B. für besonders sensible Daten wie Gesundheitsdaten oder für die Verarbeitung von Daten im Internet, zu treffen. Haben die begetretenen Unternehmen bereits solche besonders datenschutzfreundlichen Regelungen getroffen oder bestehen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden spezielle Vereinbarungen oder Absprachen zu besonders datenschutzgerechten Verfahrensweisen, behalten diese selbstverständlich auch nach dem Beitritt zu diesen Verhaltensregeln ihre Gültigkeit.

Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes. Unberührt bleiben die Vorschriften zu Rechten und Pflichten von Beschäftigten der Versicherungswirtschaft.

II. BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Für die Verhaltensregeln gelten die Begriffsbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes.

Darüber hinaus sind:

Unternehmen:

die diesen Verhaltensregeln begetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV, soweit sie das Versicherungsgeschäft als Erstversicherer betreiben,

Versicherungsverhältnis:

Versicherungsvertrag einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisse,

Betroffene:

Versicherte, Antragsteller oder weitere Personen, deren personenbezogene Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft verarbeitet werden,

Versicherte:

- Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen des Unternehmens,

- versicherte Personen einschließlich der Teilnehmer an Gruppenversicherungen,

Antragsteller:

Personen, die ein Angebot angefragt haben oder einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen, unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag zustande kommt,

weitere Personen:

außerhalb des Versicherungsverhältnisses stehende Betroffene, wie Geschädigte, Zeugen und sonstige Personen, deren Daten das Unter-

nehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erhebt, verarbeitet und nutzt,

Datenerhebung:

das Beschaffen von Daten über die Betroffenen,

Datenverarbeitung:

Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen personenbezogener Daten,

Datennutzung:

jede Verwendung personenbezogener Daten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt,

Automatisierte Verarbeitung:

Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen,

Stammdaten:

die allgemeinen Kundendaten der Versicherten: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geburtsort, Kundennummer, Versicherungsnummer(n) und vergleichbare Identifikationsdaten sowie Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Werbesperren, Werbebewilligung und Sperren für Markt- und Meinungsforschung,

Dienstleister:

andere Unternehmen oder Personen, die eigenverantwortlich Aufgaben für das Unternehmen wahrnehmen,

Auftragnehmer:

andere Unternehmen oder Personen, die weisungsgebunden im Auftrag des Unternehmens personenbezogene Daten erheben, verarbeiten oder nutzen,

Vermittler:

selbstständig handelnde natürliche Personen (Handelsvertreter) und Gesellschaften, welche als Versicherungsvertreter oder -makler im Sinne des § 59 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen.

III. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 1 Geltungsbereich

(1) Die Verhaltensregeln gelten für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft durch die Unternehmen. Dazu gehört neben dem Versicherungsverhältnis die Erfüllung gesetzlicher Ansprüche, auch wenn ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, nicht oder nicht mehr besteht.

(2) Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes.

Art. 2 Grundsatz

(1) Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten erfolgt grundsätzlich nur, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erforderlich ist, insbesondere zur Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Erfüllung der Beratungspflichten nach § 6 VVG, zur Prüfung einer Leistungspflicht und zur internen Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Sie erfolgt auch zur Missbrauchsbekämpfung oder zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen oder zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung.

(2) Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen der den Betroffenen bekannten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt. Eine Änderung oder Erweiterung der Zweckbestimmung erfolgt nur, wenn sie rechtlich zulässig ist und die Betroffenen darüber informiert wurden oder wenn die Betroffenen eingewilligt haben.

Art. 3 Grundsätze zur Qualität der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

(1) Die Unternehmen verpflichten sich, alle personenbezogenen Daten in rechtmäßiger und den schutzwürdigen Interessen der Betroffenen entsprechender Weise zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

(2) Die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung richtet sich an dem Ziel der Datenvermeidung und Datensparsamkeit aus, insbesondere werden die Möglichkeiten zur Anonymisierung und Pseudonymisierung genutzt, soweit dies möglich ist, und der Aufwand nicht unverhältnismäßig zu dem angestrebten Schutzzweck ist. Dabei ist die Anonymisierung der Pseudonymisierung vorzuziehen.

(3) Die verantwortliche Stelle trägt dafür Sorge, dass die vorhandenen personenbezogenen Daten richtig und auf dem aktuellen Stand gespeichert sind. Es werden angemessene Maßnahmen dafür getroffen, dass nicht zutreffende oder unvollständige Daten berichtigt, gelöscht oder gesperrt werden.

(4) Die Maßnahmen nach Absatz 3 Satz 2 werden dokumentiert. Grundsätze hierfür werden in das Datenschutzkonzept der Unternehmen aufgenommen (Artikel 4 Absatz 2).

Art. 4 Grundsätze der Datensicherheit

(1) Zur Gewährleistung der Datensicherheit werden die erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen entsprechend dem Stand der Technik getroffen. Dabei sind Maßnahmen zu treffen, die geeignet sind zu gewährleisten, dass

1. nur Befugte personenbezogene Daten zur Kenntnis nehmen können (Vertraulichkeit),
2. personenbezogene Daten während der Verarbeitung unversehrt, vollständig und aktuell bleiben (Integrität),
3. personenbezogene Daten zeitgerecht zur Verfügung stehen und ordnungsgemäß verarbeitet werden können (Verfügbarkeit),
4. jederzeit personenbezogene Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität),
5. festgestellt werden kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise verarbeitet hat (Revisionsfähigkeit),
6. die Verfahrensweisen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vollständig, aktuell und in einer Weise dokumentiert sind, dass sie in zumutbarer Zeit nachvollzogen werden können (Transparenz).

Das sind insbesondere die in der Anlage zu § 9 Satz 1 Bundesdatenschutzgesetz enthaltenen Maßnahmen.

(2) Die in den Unternehmen veranlassten Maßnahmen werden in ein umfassendes, die Verantwortlichkeiten regelndes Datenschutz- und -sicherheitskonzept integriert, welches unter Einbeziehung der betrieblichen Datenschutzbeauftragten erstellt wird.

Art. 5 Einwilligung

(1) Soweit die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten, insbesondere Daten über die Gesundheit, auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung der Betroffenen gestützt wird, stellt das Unternehmen sicher, dass diese auf der freien Entscheidung der Betroffenen beruht, wirksam und nicht widerrufen ist.

(2) Soweit die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten von Minderjährigen auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung gestützt wird, werden diese Erklärungen von dem gesetzlichen Vertreter eingeholt. Frühestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres werden diese Erklärungen bei entsprechender Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen von diesem selbst eingeholt.

(3) Die Einwilligung und die Schweigepflichtentbindung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ist die Einwilligung zur Durchführung des Vertrages oder der Schadensabwicklung erforderlich, ist ein Widerruf nach den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen oder führt dazu, dass die Leistung nicht erbracht werden kann. Diese Beschränkung der Widerrufsmöglichkeit gilt nicht für mündlich erteilte Einwilligungen.

(4) Das einholende Unternehmen bzw. der die Einwilligung einholende Vermittler stellt sicher und dokumentiert, dass die Betroffenen zuvor über die verantwortliche(n) Stelle(n), den Umfang, die Form und den Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung sowie die Möglichkeit der Verweigerung und die Widerruflichkeit der Einwilligung und deren Folgen informiert sind.

(5) Grundsätzlich wird die Einwilligung in Schriftform gemäß § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches eingeholt. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen erteilt werden, wird sie so hervorgehoben, dass sie ins Auge fällt. Im Falle besonderer Umstände, z.B. in Eilsituationen oder wenn der Kommunikationswunsch von den Betroffenen ausgegangen ist, und wenn die Einholung einer Einwilligung auf diesem Wege im besonderen Interesse der Betroffenen liegt, kann die Einwilligung auch in anderer Form als der Schriftform, z.B. in Textform oder mündlich erteilt werden.

(6) Wird die Einwilligung mündlich eingeholt, ist dies zu dokumentieren und den Betroffenen mit der nächsten Mitteilung schriftlich oder in Textform, wenn dies dem Vertrag oder der Anfrage des Betroffenen entspricht, zu bestätigen. Wird die Bestätigung in Textform erteilt, muss der Inhalt der Bestätigung unverändert reproduzierbar in den Herrschaftsbereich des Betroffenen gelangt sein.

(7) Eine Einwilligung kann elektronisch erteilt werden, wenn der Erklärungsinhalt schriftlich oder entsprechend Abs. 6 Satz 2 in Textform bestätigt wird. Bei elektronischen Einwilligungen zum Zwecke der Werbung kann die Bestätigung entfallen, wenn die Einwilligung protokolliert wird, die Betroffenen ihren Inhalt jederzeit abrufen können und die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Bei sonstigen elektronischen Einwilligungen, insbe-

sondere zum Zwecke eines Vertragsabschlusses, kann die Bestätigung entfallen, wenn die Abgabe der Erklärung protokolliert wird und der Inhalt vor der Abgabe der Erklärung zum Vertragsschluss unverändert reproduzierbar in den Herrschaftsbereich der Betroffenen gelangt ist, zum Beispiel durch einen Download, und die Betroffenen unmittelbar danach den Erhalt und die Lesbarkeit, etwa durch Anklicken eines Feldes, versichert haben.

(8) Die Bestätigung der Einwilligung zu Werbezwecken in mündlicher oder in elektronischer Form erfolgt spätestens mit der nächsten Mitteilung. Sonstige mündlich oder elektronisch erteilte Einwilligungen werden zeitnah bestätigt.

Art. 6 Besondere Arten personenbezogener Daten

(1) Besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (insbesondere Angaben über die Gesundheit) werden grundsätzlich mit Einwilligung der Betroffenen nach Artikel 5 und – soweit erforderlich – aufgrund einer Schweigepflichtentbindung erhoben, verarbeitet oder genutzt. In diesem Fall muss sich die Einwilligung ausdrücklich auf diese Daten beziehen.

(2) Darüber hinaus werden besondere Arten personenbezogener Daten auf gesetzlicher Grundlage erhoben, verarbeitet oder genutzt. Dies ist insbesondere dann zulässig, wenn es zur Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung im Rahmen der Aufgabenerfüllung der privaten Krankenversicherungsunternehmen erforderlich ist oder wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche – auch im Rahmen eines Rechtsstreits – erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen am Ausschluss der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

IV. DATENERHEBUNG

Art. 7 Datenerhebung bei den Betroffenen, Informationspflichten und -rechte und Erhebung von Daten weiterer Personen

(1) Personenbezogene Daten werden grundsätzlich bei den Betroffenen unter Berücksichtigung von §§ 19, 31 VVG selbst erhoben.

(2) Die Unternehmen stellen sicher, dass die Betroffenen über die Identität der verantwortlichen Stelle (Name, Sitz), die Zwecke der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung und die Kategorien von Empfängern unterrichtet werden. Diese Informationen werden vor oder spätestens bei der Erhebung gegeben, es sei denn, die Betroffenen haben bereits auf andere Weise Kenntnis von ihnen erlangt.

(3) Die Betroffenen werden auf ihre in Abschnitt VIII festgelegten Rechte hingewiesen.

(4) Personenbezogene Daten weiterer Personen im Sinne dieser Verhaltensregeln werden nur erhoben, wenn dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses erforderlich ist und keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung überwiegender schutzwürdiger Interessen dieser Personen bestehen.

Art. 8 Datenerhebung ohne Mitwirkung der Betroffenen

(1) Abweichend von Artikel 7 Absatz 1 werden Daten nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen erhoben, wenn dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses erforderlich ist oder die Erhebung bei den Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung überwiegender schutzwürdiger Interessen der Betroffenen bestehen, insbesondere wenn der Versicherungsnehmer bei Gruppenversicherungen zulässigerweise die Daten der versicherten Personen oder bei Lebensversicherungen die Daten der Bezugsberechtigten angibt.

(2) Die Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten erfolgt – soweit erforderlich – mit wirksamer Schweigepflichtentbindungserklärung der Betroffenen und nach Maßgabe des § 213 VVG.

(3) Das Unternehmen, das personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der Betroffenen erhebt, stellt sicher, dass die Betroffenen anlässlich der ersten Speicherung über diese, die Art der Daten, die Zweckbestimmung der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung und die Identität der verantwortlichen Stelle informiert werden. Die Information unterbleibt, soweit die Betroffenen auf andere Weise von der Speicherung Kenntnis erlangt haben, wenn für eigene Zwecke gespeicherte Daten aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen sind und eine Benachrichtigung wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle unverhältnismäßig ist oder wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden rechtlichen Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen.

V. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Art. 9 Gemeinsame Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

(1) Wenn das Unternehmen einer Gruppe von Versicherungs- und Fi-

nanzdienstleistungsunternehmen angehört, können die Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung dieser Verhaltensregeln (insbesondere der Artikel 21 und 22) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.

(2) Stammdaten weiterer Personen werden in gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren nur erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Dies ist technisch und organisatorisch zu gewährleisten.

(3) Abweichend von Absatz 1 können die Versicherungsunternehmen der Gruppe auch weitere Daten aus Anträgen und Verträgen anderer Unternehmen der Gruppe verwenden. Dies setzt voraus, dass dies zum Zweck der Beurteilung des konkreten Risikos eines neuen Vertrages vor dessen Abschluss erforderlich ist. Die Betroffenen müssen auf das Vorhandensein von Daten in einem anderen Unternehmen der Gruppe hingewiesen haben oder erkennbar vom Vorhandensein ihrer Daten in einem anderen Unternehmen der Gruppe ausgegangen sein sowie in den Datenabruf eingewilligt haben.

(4) Erfolgt eine gemeinsame Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Daten gemäß Absatz 1, werden die Versicherten darüber bei Vertragsabschluss oder bei Neueinrichtung eines solchen Verfahrens in Textform informiert.

(5) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste aller Unternehmen der Gruppe bereit, die an einer zentralisierten Bearbeitung teilnehmen und macht diese in geeigneter Form bekannt.

(6) Nimmt ein Unternehmen für ein anderes Mitglied der Gruppe Datenerhebungen, -verarbeitungen oder -nutzungen vor, richtet sich dies nach Artikel 21 oder 22 dieser Verhaltensrichtlinie.

Art. 10 Tarifikalkulation und Prämienberechnung

(1) Die Versicherungswirtschaft errechnet auf der Basis von Statistiken und Erfahrungswerten mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Versicherungsfällen sowie deren Schadenhöhe und entwickelt auf dieser Grundlage Tarife. Dazu werten Unternehmen Daten aus Versicherungsverhältnissen ausschließlich in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form aus.

(2) Eine Übermittlung von Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder zur Tarifikalkulation erfolgt nur in anonymisierter oder – soweit erforderlich – pseudonymisierter Form. Der Rückschluss auf die Betroffenen ist auszuschließen.

(3) Zur Ermittlung der risikogerechten Prämie werden diese Tarife auf die individuelle Situation des Antragstellers angewandt. Darüber hinaus kann eine Bewertung des individuellen Risikos des Antragstellers durch spezialisierte Risikoprüfer, z.B. Ärzte, in die Prämienermittlung einfließen. Hierzu werden auch personenbezogene Daten verwendet, die im Rahmen dieser Verhaltensrichtlinie erhoben worden sind.

Art. 11 Scoring

Für das Scoring gelten die gesetzlichen Regelungen, insbesondere § 28b BDSG.

Art. 12 Bonitätsdaten

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Bonitätsdaten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 13 Automatisierte Einzelentscheidungen

(1) Entscheidungen, die für die Betroffenen eine negative rechtliche oder wirtschaftliche Folge nach sich ziehen oder sie erheblich beeinträchtigen, werden grundsätzlich nicht ausschließlich auf eine automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten gestützt, die der Bewertung einzelner Persönlichkeitsmerkmale dienen. Dies wird organisatorisch sicher gestellt. Die Informationstechnik wird grundsätzlich nur als Hilfsmittel für eine Entscheidung herangezogen, ohne dabei deren einzige Grundlage zu bilden. Dies gilt nicht, wenn einem Begehren der Betroffenen in vollem Umfang stattgegeben wird.

(2) Sofern automatisierte Entscheidungen zu Lasten der Betroffenen getroffen werden, wird dies den Betroffenen von der verantwortlichen Stelle unter Hinweis auf das Auskunftsrecht mitgeteilt. Auf Verlangen werden den Betroffenen auch der logische Aufbau der automatisierten Verarbeitung sowie die wesentlichen Gründe dieser Entscheidung mitgeteilt und erläutert, um ihnen die Geltendmachung ihres Standpunk-

tes zu ermöglichen. Die Information über den logischen Aufbau umfasst die verwendeten Datenarten sowie ihre Bedeutung für die automatisierte Entscheidung. Die Entscheidung wird auf dieser Grundlage in einem nicht ausschließlich automatisierten Verfahren erneut geprüft.

(3) Der Einsatz automatisierter Entscheidungshilfen wird dokumentiert.

Art. 14 Hinweis- und Informationssystem (HIS)

(1) Die Unternehmen der deutschen Versicherungswirtschaft – mit Ausnahme der privaten Krankenversicherer – nutzen ein Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Der Betrieb und die Nutzung des HIS erfolgen nach den Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes zur geschäftsmäßigen Datenerhebung und -speicherung zum Zweck der Übermittlung (Auskunftei).

(2) Das HIS wird getrennt nach Versicherungssparten betrieben. In allen Sparten wird der Datenbestand in jeweils zwei Datenpools getrennt verarbeitet: in einem Datenpool für die Abfrage zur Risikoprüfung im Antragsfall (A-Pool) und in einem Pool für die Abfrage zur Leistungsprüfung (L-Pool). Die Unternehmen richten die Zugriffsberechtigungen für ihre Mitarbeiter entsprechend nach Sparten und Aufgaben getrennt ein.

(3) Die Unternehmen melden bei Vorliegen festgelegter Einmeldekriterien Daten zu Personen, Fahrzeugen oder Immobilien an den Betreiber des HIS, wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt oder eine Auffälligkeit, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten könnte. Vor einer Einmeldung von Daten zu Personen erfolgt eine Abwägung der Interessen der Unternehmen und des Betroffenen. Bei Vorliegen der festgelegten Meldekriterien ist regelmäßig von einem überwiegenden berechtigten Interesse des Unternehmens an der Einmeldung auszugehen. Besondere Arten personenbezogener Daten, wie z.B. Gesundheitsdaten, werden nicht an das HIS gemeldet.

(4) Die Unternehmen informieren die Versicherungsnehmer bereits bei Vertragsabschluss in allgemeiner Form über das HIS unter Angabe der verantwortlichen Stelle mit deren Kontaktdaten. Sie benachrichtigen anlässlich der Einmeldung die Betroffenen über die Art der gemeldeten Daten, den Zweck der Meldung, den Datenempfänger und den möglichen Abruf der Daten.

(5) Ein Abruf von Daten aus dem HIS kann bei Antragstellung und im Leistungsfall erfolgen, nicht jedoch bei Auszahlung einer Kapitallebensversicherung im Erlebensfall. Der Datenabruf ist nicht die alleinige Grundlage für eine Entscheidung im Einzelfall. Die Informationen werden lediglich als Hinweis dafür gewertet, dass der Sachverhalt einer näheren Prüfung bedarf. Alle Datenabrufe erfolgen im automatisierten Abrufverfahren und werden protokolliert für Revisionszwecke und den Zweck, stichprobenartig deren Berechtigung prüfen zu können.

(6) Soweit zur weiteren Sachverhaltsaufklärung erforderlich, können im Leistungsfall auch Daten zwischen dem einmeldenden und dem abrufenden Unternehmen ausgetauscht werden, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse am Ausschluss der Übermittlung hat. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Soweit der Datenaustausch nicht gemäß Artikel 15 erfolgt, werden die Betroffenen über den Datenaustausch informiert. Eine Information ist nicht erforderlich, solange die Aufklärung des Sachverhalts dadurch gefährdet würde oder wenn die Betroffenen auf andere Weise Kenntnis vom Datenaustausch erlangt haben.

(7) Die im HIS gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 4. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzung für die Einmeldung gelöscht. Zu einer Verlängerung der Speicherdauer auf maximal 10 Jahre kommt es in der Lebensversicherung im Leistungsbereich oder bei erneuter Einmeldung innerhalb der regulären Speicherzeit gemäß Satz 1. Daten zu Anträgen, bei denen kein Vertrag zustande gekommen ist, werden im HIS spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Jahr der Antragstellung gelöscht.

(8) Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft gibt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben einen detaillierten Leitfadens zur Nutzung des HIS an die Unternehmen heraus.

Art. 15 Aufklärung von Widersprüchlichkeiten

(1) Ergeben sich bei oder nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder bei Aktualisierungen von Antragsdaten während des Versicherungsverhältnisses unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde oder dass falsche oder unvollständige Sachverhaltsangaben bei der Feststellung eines entstandenen Schadens gemacht wurden, nimmt das Unternehmen ergänzende Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen vor, soweit dies zur Aufklärung der Widersprüchlichkeiten erforderlich ist.

(2) Ergänzende Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen zur Überprüfung der Angaben zur Risikobeurteilung bei Antragstellung erfolgen nur innerhalb von fünf Jahren, bei Krankenversicherungen innerhalb von drei Jahren nach Vertragsschluss. Diese Frist kann sich verlängern, wenn die Anhaltspunkte für eine Anzeigepflichtverletzung dem Unternehmen erst nach Ablauf der Frist durch Prüfung eines in diesem Zeitraum aufgetretenen Schadens bekannt werden. Bestehen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Versicherungsnehmer bei der Antragstellung vorsätzlich oder arglistig unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht hat, verlängert sich dieser Zeitraum auf 10 Jahre.

(3) Ist die ergänzende Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von besonderen Arten personenbezogener Daten, insbesondere von Daten über die Gesundheit, nach Absatz 1 erforderlich, werden die Betroffenen entsprechend ihrer Erklärung im Versicherungsantrag vor einer Datenerhebung nach § 213 Abs. 2 VVG unterrichtet und auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen oder von den Betroffenen wird zuvor eine eigenständige Einwilligung- und Schweigepflichtenbindungserklärung eingeholt.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

(1) Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifrelevanter oder leistungsrelevanter Angaben unter Beachtung des Artikels 8 Abs. 1 vorgenommen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Angaben erforderlich sind:

1. bei der Risikoeinschätzung zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung,
2. zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel,
3. zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer,
4. zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten.

In den Fällen der Nummern 1 und 4 ist der Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung nur zulässig, wenn die Betroffenen bei Datenerhebung im Antrag über den möglichen Datenaustausch und dessen Zweck und Gegenstand informiert werden. Nach einem Datenaustausch zum Zweck der Leistungsprüfung werden die Betroffenen über einen erfolgten Datenaustausch im gleichen Umfang informiert. Artikel 15 bleibt unberührt.

(2) Ein Datenaustausch mit anderen Versicherern außerhalb der für das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) getroffenen Regelungen erfolgt darüber hinaus, soweit dies zur Prüfung und Abwicklung gemeinsamer, mehrfacher oder kombinierter Absicherung von Risiken, des gesetzlichen Übergangs einer Forderung gegen eine andere Person oder zur Regulierung von Schäden zwischen mehreren Versicherern über bestehende Teilungs- und Regressvertragsabkommen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegen steht.

(3) Der Datenaustausch wird dokumentiert.

Art. 17 Datenübermittlung an Rückversicherer

(1) Um jederzeit zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus den Versicherungsverhältnissen in der Lage zu sein, geben Unternehmen einen Teil ihrer Risiken aus den Versicherungsverträgen an Rückversicherer weiter. Zum weiteren Risikoausgleich bedienen sich in einigen Fällen diese Rückversicherer ihrerseits weiterer Rückversicherer. Zur ordnungsgemäßen Begründung, Durchführung oder Beendigung des Rückversicherungsvertrages werden in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form Daten aus dem Versicherungsantrag oder -verhältnis, insbesondere Versicherungsnummer, Beitrag, Art und Höhe des Versicherungsschutzes und des Risikos sowie etwaige Risikozuschläge weitergegeben.

(2) Personenbezogene Daten erhalten die Rückversicherer nur, soweit dies erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegensteht. Dies kann der Fall sein, wenn im Rahmen des konkreten Rückversicherungsverhältnisses die Übermittlung personenbezogener Daten an Rückversicherer aus folgenden Gründen erfolgt:

1. Die Rückversicherer führen z.B. bei hohen Vertragssummen oder bei einem schwer einzustufenden Risiko im Einzelfall die Risikoprüfung und die Leistungsprüfung durch,
2. die Rückversicherer unterstützen die Unternehmen bei der Risiko- und Schadenbeurteilung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen,
3. die Rückversicherer erhalten zur Bestimmung des Umfangs der

Rückversicherungs-verträge einschließlich der Prüfung, ob und in welcher Höhe sie an ein und demselben Risiko beteiligt sind (Kumulkontrolle) sowie zu Abrechnungszwecken Listen über den Bestand der unter die Rückversicherung fallenden Verträge,

4. die Risiko- und Leistungsprüfung durch den Erstversicherer wird von den Rückversicherern stichprobenartig kontrolliert zur Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Erstversicherer.

(3) Die Unternehmen vereinbaren mit den Rückversicherern, dass personenbezogene Daten von diesen nur zu den in Absatz 2 genannten Zwecken verwendet werden. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Rückversicherer hinsichtlich der Daten, die sie nach Absatz 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Rückversicherer sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

(4) Besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, erhalten die Rückversicherer nur, wenn die Voraussetzungen des Artikels 6 erfüllt sind.

VI. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN FÜR VERTRIEBS-ZWECKE UND ZUR MARKT- UND MEINUNGSFORSCHUNG

Art. 18 Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung

Personenbezogene Daten werden für Zwecke der Werbung nur auf der Grundlage von § 28 Abs. 3 bis 4 BDSG und unter Beachtung von § 7 UWG erhoben, verarbeitet und genutzt.

Art. 19 Markt- und Meinungsforschung

(1) Die Unternehmen führen Markt- und Meinungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der Betroffenen durch.

(2) Soweit die Unternehmen andere Stellen mit der Markt- und Meinungsforschung beauftragen, ist die empfangende Stelle unter Nachweis der Einhaltung der Datenschutzstandards auszuwählen. Vor der Datenweitergabe sind die Einzelheiten des Forschungsvorhabens vertraglich nach den Vorgaben des Artikel 21 oder 22 zu regeln. Dabei ist insbesondere festzulegen:

a) dass die übermittelten und zusätzlich erhobenen Daten frühestmöglich anonymisiert werden,

b) dass die Auswertung der Daten sowie die Übermittlung der Ergebnisse der Markt- und Meinungsforschung an die Unternehmen ausschließlich in anonymisierter Form erfolgen.

(3) Soweit die Unternehmen selbst personenbezogene Daten zum Zweck der Markt- und Meinungsforschung verarbeiten oder nutzen, werden die Daten frühestmöglich anonymisiert. Die Ergebnisse werden ausschließlich in anonymisierter Form gespeichert oder genutzt.

(4) Soweit im Rahmen der Markt- und Meinungsforschung geschäftliche Handlungen vorgenommen werden, die als Werbung zu werten sind, beispielsweise wenn bei der Datenerhebung auch absatzfördernde Äußerungen erfolgen, richtet sich die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dafür nach den in Artikel 18 getroffenen Regelungen.

Art. 20 Datenübermittlung an selbstständige Vermittler

(1) Eine Übermittlung personenbezogener Daten erfolgt an den betreuenden Vermittler nur, soweit es zur bedarfsgerechten Vorbereitung oder Bearbeitung eines konkreten Antrags bzw. Vertrags oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten der Betroffenen erforderlich ist. Die Vermittler werden auf ihre besonderen Verschwiegenheitspflichten wie das Berufs- oder Datengeheimnis hingewiesen.

(2) Vor der erstmaligen Übermittlung personenbezogener Daten an einen Versicherungsvertreter oder im Falle eines Wechsels vom betreuenden Versicherungsvertreter auf einen anderen Versicherungsvertreter informiert das Unternehmen die Versicherten oder Antragsteller vorbehaltlich der Regelung des Abs. 3 vor der Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten über den bevorstehenden Datentransfer, die Identität (Name, Sitz) des neuen Versicherungsvertreters und ihr Widerspruchsrecht. Eine Information durch den bisherigen Versicherungsvertreter steht einer Information durch das Unternehmen gleich. Im Falle eines Widerspruchs findet die Datenübermittlung grundsätzlich nicht statt. In diesem Fall wird die Betreuung durch einen anderen Versicherungsvertreter oder das Unternehmen selbst angeboten.

(3) Eine Ausnahme von Absatz 2 besteht, wenn die ordnungsgemäße Betreuung der Versicherten im Einzelfall oder wegen des unerwarteten Wegfalls der Betreuung der Bestand der Vertragsverhältnisse gefährdet ist.

(4) Personenbezogene Daten von Versicherten oder Antragstellern dürfen an einen Versicherungsmakler übermittelt werden, wenn diese dem Makler eine Maklervollmacht erteilt haben. Für den Fall des Wechsels

des Maklers gilt Absatz 2 entsprechend.

(5) Eine Übermittlung von Gesundheitsdaten durch das Unternehmen an den betreuenden Vermittler erfolgt grundsätzlich nicht, es sei denn, es liegt eine Einwilligung der Betroffenen vor. Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bleiben hiervon unberührt.

VII. DATENVERARBEITUNG IM AUFTRAG UND FUNKTIONSÜBERTRAGUNG

Art. 21 Pflichten bei der Datenerhebung und -verarbeitung im Auftrag

(1) Sofern ein Unternehmen personenbezogene Daten gemäß § 11 BDSG im Auftrag erheben, verarbeiten oder nutzen lässt (z.B. Elektronische Datenverarbeitung, Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Adressverwaltung, Schaden- und Leistungsbearbeitung ohne selbstständigen Entscheidungsspielraum, Sicherstellung der korrekten Verbuchung von Zahlungseingängen, Zahlungsausgang, Inkasso ohne selbstständigen Forderungseinzug, Entsorgung von Dokumenten) wird der Auftragnehmer mindestens gemäß § 11 Abs. 2 BDSG vertraglich verpflichtet. Es wird nur ein solcher Auftragnehmer ausgewählt, der alle für die Verarbeitung notwendigen technischen und organisatorischen Anforderungen und Sicherheitsvorkehrungen durch geeignete Maßnahmen gewährleistet. Das Unternehmen überzeugt sich vor Auftragserteilung und sodann regelmäßig von der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen und dokumentiert die Ergebnisse.

(2) Jede Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung ist nur im Rahmen der Weisungen des Unternehmens zulässig. Vertragsklauseln sollen den Beauftragten für den Datenschutz vorgelegt werden, die bei Bedarf beratend mitwirken.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Auftragnehmer bereit. Ist die systematische automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags, können die Auftragsdatenverarbeiter in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Auftragnehmer, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

Art. 22 Funktionsübertragung an Dienstleister

(1) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung erfolgt, soweit dies für die Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses mit den Betroffenen erforderlich ist. Das ist insbesondere der Fall, wenn Sachverständige mit der Begutachtung eines Versicherungsfalles beauftragt sind oder wenn Dienstleister zur Ausführung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen, die eine Sachleistung beinhalten, eingeschaltet werden (sog. Assistance).

(2) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben kann auch dann erfolgen, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des Unternehmens erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegen steht. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn Dienstleister Aufgaben übernehmen, die der Geschäftsabwicklung des Unternehmens dienen, wie beispielsweise die Risikoprüfung, Schaden- und Leistungsbearbeitung, Inkasso mit selbständigem Forderungseinzug oder die Bearbeitung von Rechtsfällen und die Voraussetzungen der Absätze 4 bis 7 erfüllt sind.

(3) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister nach Absatz 1 und 2 unterbleibt, soweit der Betroffene dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegt. Die Betroffenen werden in geeigneter Weise darauf hingewiesen.

(4) Das Unternehmen schließt mit den Dienstleistern, die in seinem Interesse tätig werden, eine vertragliche Vereinbarung, die mindestens folgende Punkte enthalten muss:

- Eindeutige Beschreibung der Aufgaben des Dienstleisters;
- Sicherstellung, dass die übermittelten Daten nur im Rahmen der vereinbarten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt werden;
- Gewährleistung eines Datenschutz- und Datensicherheitsstandards, der diesen Verhaltensregeln entspricht;
- Verpflichtung des Dienstleisters, dem Unternehmen alle Auskünfte zu erteilen, die zur Erfüllung einer beim Unternehmen verbleibenden Auskunftspflicht erforderlich sind oder dem Betroffenen direkt Auskunft zu erteilen.

Diese Aufgabenauslagerungen werden im Verfahrensverzeichnis abgebildet.

(5) Unternehmen und Dienstleister vereinbaren zusätzlich, dass Betroffene, welche durch die Übermittlung ihrer Daten an den Dienstleister oder die Verarbeitung ihrer Daten durch diesen einen Schaden erlitten haben, berechtigt sind, von beiden Parteien Schadenersatz zu verlangen. Vorrangig tritt gegenüber den Betroffenen das Unternehmen für den Ersatz des Schadens ein. Die Parteien vereinbaren, dass sie gesamtschuldnerisch haften und sie nur von der Haftung befreit werden können, wenn sie nachweisen, dass keine von ihnen für den erlittenen Schaden verantwortlich ist.

(6) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Dienstleister bereit, an die Aufgaben im Wesentlichen übertragen werden. Ist die systematische automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Vertrages können die Dienstleister in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Stellen, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(7) Das Unternehmen stellt sicher, dass die Auskunftsrechte der Betroffenen gemäß Artikel 23 durch die Einschaltung des Dienstleisters nicht geschmälert werden.

(8) Besondere Arten personenbezogener Daten dürfen in diesem Rahmen nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn die Betroffenen eingewilligt haben oder die Voraussetzungen des Artikels 6 Absatz 2 vorliegen. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Dienstleister hinsichtlich der Daten, die sie nach den Absätzen 1 und 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Dienstleister sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

VIII. RECHTE DER BETROFFENEN

Art. 23 Auskunftsanspruch

(1) Betroffene können schriftlich, telefonisch, mit Faxgerät oder elektronischer Post Auskunft über die beim Unternehmen über sie gespeicherten Daten verlangen. Ihnen wird dann entsprechend ihrer Anfrage Auskunft darüber erteilt, welche personenbezogenen Daten welcher Herkunft über sie zu welchen Zwecken beim Unternehmen gespeichert sind. Im Falle einer (geplanten) Übermittlung wird den Betroffenen auch über die Dritten oder die Kategorien von Dritten, an die seine Daten übermittelt werden (sollen), Auskunft erteilt.

(2) Eine Auskunft kann nur unterbleiben, wenn sie die Geschäftszwecke des Unternehmens erheblich gefährden würde, insbesondere wenn aufgrund besonderer Umstände ein überwiegendes Interesse an der Wahrung eines Geschäftsgeheimnisses besteht, es sei denn, dass das Interesse an der Auskunft die Gefährdung überwiegt oder wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden rechtlichen Interesses eines Dritten geheim gehalten werden müssen.

(3) Im Falle einer Rückversicherung (Artikel 17) oder einer Funktionsübertragung an Dienstleister (Artikel 22) nimmt das Unternehmen die Auskunftsverlangen entgegen und erteilt auch alle Auskünfte, zu denen der Rückversicherer bzw. Dienstleister verpflichtet ist oder es stellt die Auskunftserteilung durch diesen sicher.

Art. 24 Ansprüche auf Berichtigung, Löschung und Sperrung

(1) Erweisen sich die gespeicherten personenbezogenen Daten als unrichtig oder unvollständig, werden diese berichtigt.

(2) Personenbezogene Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung oder Nutzung sich auf Grund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten für die verantwortliche Stelle zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung oder Nutzung nicht mehr erforderlich ist.

(3) Die Prüfung des Datenbestandes auf die Notwendigkeit einer Löschung nach Absatz 2 erfolgt in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich.

(4) An die Stelle einer Löschung tritt eine Sperrung, soweit der Löschung gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen, Grund zu der Annahme besteht, dass durch eine Löschung schutzwürdige Interessen der Betroffenen beeinträchtigt würden oder die Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Personenbezogene Daten werden ferner gesperrt, soweit ihre Richtigkeit vom Betroffenen bestritten wird und sich weder ihre Richtigkeit noch ihre Unrichtigkeit feststellen lässt.

(5) Das Unternehmen benachrichtigt empfangende Stellen, insbesondere Rückversicherer und Versicherungsvertreter über eine erforderliche Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten.

(6) Soweit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten aufgrund eines Antrags der Betroffenen erfolgte, werden diese nach der Ausführung hierüber unterrichtet.

IX. EINHALTUNG UND KONTROLLE

Art. 25 Verantwortlichkeit

(1) Die Unternehmen gewährleisten als verantwortliche Stellen, dass die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet werden.

(2) Beschäftigte, die mit der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten betraut sind, werden auf das Datengeheimnis gemäß § 5 Bundesdatenschutzgesetz verpflichtet. Sie werden darüber unterrichtet, dass Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften auch als Ordnungswidrigkeit geahndet oder strafrechtlich verfolgt werden und Schadenersatzansprüche nach sich ziehen können. Verletzungen datenschutzrechtlicher Vorschriften, für die einzelne Beschäftigte verantwortlich gemacht werden können, können entsprechend dem jeweils geltenden Recht arbeitsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

(3) Die Verpflichtung der Beschäftigten auf das Datengeheimnis gilt auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus.

Art. 26 Transparenz

(1) Auf Anfrage werden die Angaben über die eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren zugänglich gemacht, die der Meldepflicht an die betrieblichen Beauftragten für den Datenschutz unterliegen und bei diesen im Verzeichnisverzeichnis gespeichert sind (§ 4e Satz 1 Nr. 1 bis 8 DSGVO).

(2) Informationen nach Absatz 1 sowie Informationen über datenverarbeitende Stellen, eingesetzte Datenverarbeitungsverfahren oder den Beitritt zu diesen Verhaltensregeln, die in geeigneter Form bekannt zu geben sind (Artikel 9 Absatz 5, Artikel 21 Absatz 3, Artikel 22 Absatz 6, Artikel 27 Absatz 5, Artikel 28 Absatz 1 Satz 2 und Artikel 30 Absatz 1), werden im Internet veröffentlicht; in jedem Fall werden sie auf Anfrage in Schriftform (Briefpost) oder einer der Anfrage entsprechenden Textform (Telefax, elektronische Post) zugesandt. Artikel 23 Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

Art. 27 Beauftragte für den Datenschutz

(1) Jedes Unternehmen benennt entsprechend den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes einen Beauftragten für den Datenschutz als weisungsunabhängiges Organ, welches auf die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften sowie dieser Verhaltensregeln hinwirkt. Das Unternehmen trägt der Unabhängigkeit vertraglich Rechnung.

(2) Die Beauftragten überwachen die ordnungsgemäße Anwendung der im Unternehmen eingesetzten Datenverarbeitungsprogramme und werden zu diesem Zweck vor der Einrichtung oder nicht nur unbedeutenden Veränderung eines Verfahrens zur automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet und wirken hieran beratend mit.

(3) Dazu können sie in Abstimmung mit der jeweiligen Unternehmensleitung alle Unternehmensbereiche zu den notwendigen Datenschutzmaßnahmen veranlassen. Insoweit haben sie ungehindertes Kontrollrecht im Unternehmen.

(4) Die Beauftragten für den Datenschutz machen die bei der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten tätigen Personen durch geeignete Maßnahmen mit den jeweiligen besonderen Erfordernissen des Datenschutzes vertraut.

(5) Daneben können sich alle Betroffenen jederzeit mit Anregungen, Anfragen, Auskunftsersuchen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Fragen des Datenschutzes oder der Datensicherheit auch an die Beauftragten für den Datenschutz wenden. Anfragen, Ersuchen und Beschwerden werden vertraulich behandelt. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben.

(6) Die für den Datenschutz verantwortlichen Geschäftsführungen der Unternehmen unterstützen die Beauftragten für den Datenschutz bei der Ausübung ihrer Tätigkeit und arbeiten mit ihnen vertrauensvoll zusammen, um die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften und dieser Verhaltensregeln zu gewährleisten. Die Datenschutzbeauftragten können sich dazu jederzeit mit der jeweils zuständigen datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde vertrauensvoll beraten.

Art. 28 Beschwerden und Reaktion bei Verstößen

(1) Die Unternehmen werden Beschwerden von Versicherten oder sonstigen Betroffenen wegen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Regelungen sowie diese Verhaltensregeln zeitnah bearbeiten und innerhalb einer Frist von 14 Tagen beantworten oder einen Zwischenbescheid geben. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in ge-

eigneter Form bekannt gegeben. Kann der verantwortliche Fachbereich nicht zeitnah Abhilfe schaffen, hat er sich umgehend an den Beauftragten für den Datenschutz zu wenden.

(2) Die Geschäftsführungen der Unternehmen werden bei begründeten Beschwerden so schnell wie möglich Abhilfe schaffen.

(3) Sollte dies einmal nicht der Fall sein, können sich die Beauftragten für den Datenschutz an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden. Sie teilen dies den Betroffenen unter Benennung der zuständigen Aufsichtsbehörde mit.

Art. 29 Information bei unrechtmäßiger Kenntniserlangung von Daten durch Dritte

(1) Falls personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen von Absatz 2 unrechtmäßig übermittelt worden oder Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind, informieren die Unternehmen unverzüglich die zuständige Aufsichtsbehörde. Die Betroffenen werden benachrichtigt, sobald angemessene Maßnahmen zur Sicherung der Daten ergriffen worden oder nicht unverzüglich erfolgt sind und die Strafverfolgung nicht mehr gefährdet wird. Würde eine Benachrichtigung unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, z. B. wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle oder wenn eine Feststellung der Betroffenen nicht in vertretbarer Zeit oder mit vertretbarem technischem Aufwand möglich ist, tritt an ihre Stelle eine Information der Öffentlichkeit.

(2) Die Benachrichtigung erfolgt, wenn die personenbezogenen Daten

- a) einem Berufsgeheimnis unterliegen, insbesondere Daten eines Unternehmens der Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung, die nach § 203 StGB geschützt sind,
- b) besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, sind,
- c) sich auf strafbare Handlungen, z.B. des Versicherungsbetruges, oder Ordnungswidrigkeiten, z.B. nach Maßgabe des Straßenverkehrsgesetzes, oder einen entsprechenden Verdacht beziehen oder
- d) Bank oder Kreditkartenkonten

betreffen und schwerwiegende Beeinträchtigungen für die Rechte oder schutzwürdigen Interessen der Betroffenen drohen. Davon ist in der Regel auszugehen, wenn diesen Vermögensschäden oder nicht unerhebliche soziale Nachteile drohen.

(3) Die Unternehmen verpflichten ihre Auftragsdatenverarbeiter nach § 11 BDSG, sie unverzüglich über Vorfälle nach den Absätzen 1 und 2 bei diesen zu unterrichten.

(4) Die Unternehmen erstellen ein Konzept für den Umgang mit Vorfällen nach den Absätzen 1 und 2. Sie stellen sicher, dass diese der Geschäftsleitung sowie dem betrieblichen Datenschutzbeauftragten zur Kenntnis gelangen.

X. FORMALIA

Art. 30 Beitrittserfordernis und Übergangsvorschriften

(1) Die Unternehmen, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind, verpflichten sich zu deren Einhaltung ab dem Zeitpunkt des Beitritts. Der Beitritt der Unternehmen wird vom GDV dokumentiert und in geeigneter Form bekannt gegeben.

(2) Soweit zur Einhaltung dieser Verhaltensregeln technische Änderungen der Datenverarbeitungsverfahren in den Unternehmen erforderlich sind, legen die Unternehmen der zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Jahres nach Beitritt einen Zeitplan für die Umsetzung vor und melden die Fertigstellung nach Abschluss der technischen Umsetzung bis zum Ende des zweiten Kalenderjahres nach dem Beitrittsjahr.

(3) Versicherungsnehmer, deren Verträge vor dem Beitritt des Unternehmens zu diesen Verhaltensregeln bereits bestanden, werden über das Inkrafttreten dieser Verhaltensregeln über den Internetauftritt des Unternehmens sowie spätestens mit der nächsten Vertragspost in Textform informiert.

Art. 31 Evaluierung

Diese Verhaltensregeln werden bei jeder ihren Regelungsgehalt betreffenden Rechtsänderung in Bezug auf diese, spätestens aber fünf Jahre nach dem Abschluss der Überprüfung gemäß § 38 a Absatz 2 BDSG insgesamt evaluiert.