

Vertragsgrundlagen zum VEMA-Unfallversicherungskonzept

Stand: 17.04.2018

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Allgemeine Informationen gemäß VVG-Informationspflichtenverordnung	2
Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 VVG	5
Widerrufsbelehrung	6
VEMA-Unfallversicherungskonzept	7
Besondere Bedingungen zur Erweiterung der Unfallversicherung	29
Hinweise zum Datenschutz	35

Allgemeine Informationen gemäß VVG-Informationspflichtenverordnung

Informationen zum Versicherer

1. Wer ist die Basler Sachversicherungs-AG?

Basler Sachversicherungs-AG
Basler Straße 4
61345 Bad Homburg
Sitz der Gesellschaft: Bad Homburg v.d.H.
Handelsregister: Amtsgericht Bad Homburg v.d.H.
Registernummer: HRB 9357

2. Wie lautet die ladungsfähige Anschrift der Basler Sachversicherung?

Basler Sachversicherungs-AG
Basler Straße 4
61345 Bad Homburg

Die Basler Sachversicherungs-AG wird vertreten durch den Vorstand, dieser vertreten durch Dr. Jürg Schiltknecht - Vorsitzender, Maximilian Beck, Ralf Stankat, Julia Wiens, Christoph Willi.

3. Worin besteht unsere Hauptgeschäftstätigkeit und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

Unsere Hauptgeschäftstätigkeit umfasst den im In- und Ausland unmittelbaren Betrieb aller Zweige des privaten Versicherungswesens sowie die mittelbare Übernahme privater Versicherungen in allen Zweigen. Ausgenommen ist der unmittelbare Betrieb der Lebens- und Krankenversicherung, soweit gesetzliche Vorschriften dies ausschließen. Die Gesellschaft kann darüber hinaus neben Versicherungsgeschäften nur solche Geschäfte betreiben, die hiermit in unmittelbarem Zusammenhang stehen.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Informationen zur angebotenen Leistung

4. Welche wesentlichen Merkmale liegen der Versicherungsleistung zu Grunde?

Diesem Vertrag liegen die im Antrag bzw. Angebot genannten und nachfolgend abgebildeten VEMA-Unfallversicherungskonzept-Versicherungsbedingungen, die Tarifbestimmungen sowie das Recht der Bundesrepublik Deutschland zu Grunde.

5. Wie gestalten sich die Prämien und deren Zahlungsdauer?

In Ihrem Antrag finden Sie Informationen darüber, für welchen Zeitraum und in welcher Höhe Sie Ihre Prämie zahlen müssen.

Denken Sie bitte daran, dass Sie die Prämie unverzüglich zu zahlen haben, wenn der Zeitpunkt des Versicherungsbeginns erreicht ist. Bei verspäteter Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung bei uns. Außerdem können wir bis zum Eingang der verspäteten Zahlung vom Vertrag zurücktreten.

Zahlen Sie eine der weiteren Prämien nicht rechtzeitig, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen.

Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

6. Welche Kosten können zusätzlich bei Abschluss des Versicherungsvertrages anfallen?

Nebengebühren und Kosten (außer den gesetzlichen Abgaben, Mahngebühren sowie den Kosten bei der Nichteinlösung einer Lastschrift) werden nicht erhoben. Die Ausübung Ihnen vertraglich zustehender Rechte (z. B. Einräumung eines Bezugsrechts, Prämienfreistellung, Kündigung) ist gebührenfrei. Allgemeine Betriebskosten sind ebenfalls mit der Prämienzahlung abgegolten. Der Versicherungsvermittler bzw. Versicherungsmakler ist nicht berechtigt, noch irgendwelche besonderen Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen zu erheben.

7. Welche Einzelheiten bestehen hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise?

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

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Es gilt die im Antrag vereinbarte Zahlungsweise.

8. Ist die Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen befristet?

Die beigelegten Informationen, insbesondere die im Angebot/Antrag gemachten Angaben zu Versicherungsumfang und Prämienhöhe, behalten Gültigkeit für 4 Wochen, beginnend ab Zugang des Angebots.

9. Ist die angebotene Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente mit speziellen Risiken behaftet?

Der Ihnen angebotene Versicherungsschutz ist nicht mit speziellen Risiken behaftet.

Informationen zum Vertrag

10. Wie kommt der Vertrag zu Stande?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Einlösung des Versicherungsscheines durch Zahlung der Prämie und der Versicherungsteuer, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt.

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung des Versicherungsscheines beginnen (vorläufige Deckung), bedarf es einer besonderen Zusage des Versicherers oder der hierzu bevollmächtigten Personen.

11. Besteht ein Widerrufsrecht?

Sie können die Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber der Basler Service GmbH, Harburgerstr. 13, 95444 Bayreuth, zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

Das Widerrufsrecht besteht unter anderem nicht bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat sowie bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

Bitte beachten Sie auch die gesonderte Belehrung zum Widerrufsrecht, die Ihrem Angebot/Antrag beigelegt ist.

12. Welche Laufzeit hat der Vertrag?

Die Laufzeit des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag.

Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr, verlängert er sich automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir den Vertrag nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der Vertragslaufzeit kündigen. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mehr als drei Jahren, können Sie diesen bereits zum Ende des dritten Jahres kündigen. Beachten Sie auch hier, dass uns Ihre Kündigung hierbei einen Monat vor Ablauf der ersten drei Jahre Ihrer Vertragslaufzeit zugehen muss.

Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann von beiden Parteien stets zum Ablauf der Laufzeit gekündigt werden. Die Kündigung muss dem jeweils anderen Vertragspartner einen Monat vor Ablauf vorliegen.

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 kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres vom Versicherungsnehmer gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

14. Welche Mitgliedsstaaten der EU werden bei der rechtlichen Grundlage berücksichtigt?

Für diesen Vertrag wird die rechtliche Grundlage der Bundesrepublik Deutschland berücksichtigt.

15. Welches Recht oder welches zuständige Gericht wird dem Vertrag zu Grunde gelegt?

Für diesen Vertrag gelten das Recht der Bundesrepublik Deutschland sowie die zu den einzelnen Versicherungsarten gehörenden Versicherungsbedingungen, Tarifbestimmungen und Sonderbedingungen.

Die vollständige Fassung der für die Versicherungsart geltenden Allgemeinen Bedingungen sowie etwaige Sonderbedingungen sind Ihnen vor Vertragsschluss übergeben worden.

16. In welchen Sprachen werden die Vertragsbedingungen und -informationen sowie die Kommunikation während der Vertragslaufzeit mitgeteilt?

Die Vertragsbedingungen, die beigelegten Vorabinformationen zu diesem Angebot und die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags erfolgen ausschließlich in deutscher Sprache.

Informationen zum Rechtsweg

17. Welche Möglichkeiten bestehen für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren?

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Bei Beschwerden über die Basler Sachversicherungs-AG können Sie somit das Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt von der Anrufung des Versicherungsombudsmanns unberührt.

18. Welche Möglichkeit einer Beschwerde bei der unter Nr. 3. genannten Aufsichtsbehörde bestehen für Sie?

Für Fragen und Beanstandungen steht Ihnen die Basler Sachversicherung unter folgender Adresse zur Verfügung: Basler Sachversicherungs-AG, Basler Straße 4, 61345 Bad Homburg v.d.H.

Ebenfalls können Sie Fragen und Beanstandungen an die Basler Service GmbH, unsere vertragsverwaltende Stelle, unter folgender Adresse richten:

Basler Service GmbH, Harburgerstr. 13, 95444 Bayreuth

Für den Fall, dass Sie trotz unserer Bemühungen mit unseren Leistungen nicht zufrieden sind, haben Sie die Möglichkeit, sich mit Beschwerden direkt an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht zu wenden. Deren Adresse ist: Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Mitteilung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 VVG

Bis zur Abgabe der Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzuzeigen. Es sind auch solche Umstände zu nennen, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Sie können Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Falls wir Ihnen auch nach Ihrer Vertragserklärung, aber noch vor Vertragsannahme Fragen zu den Gefahrumständen stellen, sind Sie auch hier in diesem Fall zur Anzeige verpflichtet.

Falls Sie diese Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsveränderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsveränderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 (3) des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an die Basler Service GmbH, Harburgerstr. 13, 95444 Bayreuth. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0800 / 4008 2004.

E-Mails senden Sie an: info@basler-service.de.

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 um einen Betrag, der sich wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/360 der Jahresprämie. Die Höhe der Jahresprämie entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. Ihrer individuellen Vertragsinformation.

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

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

Besondere Hinweise

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

VEMA-Unfallversicherungskonzept

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

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 monatliche Unfall-Rente ab 50% Invalidität
 - 2.3 Unfall-Tagegeld
 - 2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld
 - 2.5 Genesungsgeld
 - 2.6 Todesfalleistung
 - 2.7 Schmerzensgeld
 - 2.8 Übergangsleistung

 - 2.9 Sofortleistung bei schweren Verletzungen
 - 2.10 Kosmetische Operationen
 - 2.11 Kinderbetreuungs- und Schulausfallgeld für minderjährige Kinder
 - 2.12 Rooming-in Leistungen und Mehrkosten im Einzelzimmer für minderjährige Kinder
 - 2.13 Kurkostenbeihilfe
 - 2.14 Bergungskosten
 - 2.15 Vorsorgeschutz für Ehepartner und Kinder
 - 2.16 Komageld
 - 2.17 Serviceleistungen
 - 2.18 Arbeitslosigkeit
 - 2.19 Unfallbedingte Fehlgeburt bei Frauen
 - 2.20 Räuberischer Überfall / Geiselnahme
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 6 Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
 - bei Vollendung des 67. Lebensjahres beachten?

Der Leistungsfall

- 7 Was müssen Sie nach einem Unfall 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?

Die Versicherungsprämie

- 11 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?
 - Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

Weitere Bestimmungen

- 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 15 Welches Gericht ist zuständig?
- 16 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
 - Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 17 Tarifierpassung
- 18 Bedingungsgarantie
- 19 Künftige Bedingungsverbesserungen
- 20 Maklerklausel
- 21 Sonderbedingungen der VEMA
- 22 Besserstellungsklausel
- 23 Welches Recht findet Anwendung?

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.
- 1.4 Als Unfall gelten auch durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte
- Bauch- und Unterleibsbrüche (z. B. Leistenbrüche)
 - Verrenkungen von Gelenken
 - Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln
 - Knochenbrüche.
- Als erhöhte Kraftanstrengung gilt auch die sportliche Betätigung, es sei denn, diese ist nachfolgend in diesen Bedingungen ausgeschlossen.
- 1.5 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Sachen oder von Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.
- 1.6 Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen bis zu 12 Stunden lang ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben in jedem Fall Berufskrankheiten.
- 1.7 Als Unfall gelten auch
- Ertrinken, Erstickten oder Erfrieren
 - Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug
 - Entzug von ärztlich verordneten Medikamenten
 - Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich
- in einer Notsituation, aus der sich die versicherte Person nicht selber befreien konnte.
- 1.8 Auch als Unfall gilt
- Einatmung schädlicher Stoffe
 - Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftungen)
 - Alkoholvergiftung bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres
 - mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung
 - Strahleneinwirkung (außer Kernenergie)
 - Explosions- und sonstige Druckwellen.
- Ausgeschlossen bleiben allmählich erlittene Gesundheitsschäden sowie Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten und Berufskrankheiten. Die Gesundheitsschäden gelten als allmählich eingetreten, wenn die versicherte Person den genannten Einwirkungen länger als 12 Stunden ausgesetzt war.
- 1.9 Infektionen sind mitversichert, wenn diese durch eine Unfallverletzung und dadurch eindringende Krankheitserreger entstanden sind. Hierzu gehören auch Tollwut, Wundstarrkrampf und Blutvergiftungen. Auch besteht Versicherungsschutz für Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Für Stiche oder Bisse von Tieren gilt nicht der Biss oder Stich des Tieres als Unfall sondern der Tag des Ausbruchs der Infektion. Im Rahmen der Infektionen gilt auch der Parasitenbefall der versicherten Personen mitversichert. Dem Parasitenbefall gleichgestellt ist weiterhin das Einbringen von Tiergelegen in den Körper. Die in Ziffer 2.1.1.1 dieser AUB genannten Fristen beginnen mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt. Sobald die versicherte Person wegen der Folgen eines Bisses, Stichs, Parasitenbefalls oder des Einbringens von Tiergelegen einen Arzt konsultiert, muss uns das unverzüglich mitgeteilt werden.

Ausgeschlossen sind Infektionen, wenn die Krankheitserreger durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den Körper gelangen. Auch sind allergische Reaktionen nicht versichert.

Folgende Krankheiten sind versichert, ohne dass hier die äußere Hautschicht beschädigt sein muss bzw. die Erreger in Auge, Mund oder Nase eingedrungen sein müssen:

Brucellose (Maltafieber), Cholera, Diphtherie, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Masern, Mumps, Pest, Röteln.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person verursacht sind, besteht Versicherungsschutz nur, wenn diese durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- 1.10 Auch eine Gesundheitsschädigung, die durch eine Schutzimpfung verursacht wurde (Impfschaden), fällt unter den Versicherungsschutz.
Weiter ist versichert die erstmalige Infektion mit einer Krankheit trotz vorheriger Schutzimpfung. Ist die mögliche Schutzimpfung für die Infektion nicht erfolgt, nicht mehr aktiv oder die erforderlichen Auffrischungen wurden nicht vorgenommen, gelten im Versicherungsfall 50% der vereinbarten Versicherungssummen. Ausgeschlossen bleibt die Erkrankung an Influenza und AIDS.
- 1.11 Ein Oberschenkelhalsbruch wird einem versicherten Unfallereignis gleichgesetzt, auch wenn kein Unfallereignis gem. Ziffer 1.3 eingetreten ist.
- 1.12 Für Gesundheitsschäden durch Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS) besteht ebenfalls Versicherungsschutz ohne dass ein Unfallereignis gem. Ziffer 1.3 eingetreten ist.
- 1.13 Auch besteht Versicherungsschutz für tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z.B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung, Lungenüberdruckunfall, Tiefenrausch, Blaukommen, Barotrauma oder Hyperventilation, solange die gültigen Richtlinien für das Tauchen beachtet wurden.
Bei einer Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so erstatten wir den fehlenden Restbetrag. Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit bzw. Anordnung der Behandlung nachgewiesen werden
Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.
- 1.14 Es besteht ebenfalls Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person einen Unfall gemäß Ziffer 1.3 durch eine Bewusstseinsstörung:
- aufgrund eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls (die unmittelbar durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall verursachten Gesundheitsschäden bleiben aber ausgeschlossen)
 - nach der ordnungsgemäßen Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten
 - aufgrund eines epileptischen Anfalls oder sonstigen Krampfanfalls (ausgeschlossen bleiben jedoch die Gesundheitsschäden, die unmittelbare Folge des epileptischen Anfalles oder eines anderen Krampfanfalles sind)
 - in Folge von Trunkenheit (als Führer von Kraftfahrzeugen bis maximal 1,5 ‰ Blutalkoholgehalt. Hat die alkoholbedingte Bewusstseinsstörung keinen Einfluss auf die Entstehung des Unfalls, besteht grundsätzlich Versicherungsschutz)
 - aufgrund Übermüdung (Schlaftrunkenheit) oder Einschlafen infolge einer Übermüdung
 - nach einem Ohnmachts- oder Schwindelanfall
 - oder einer sonstigen Bewusstseinsstörung erleidet.
- 1.15 Unfälle der versicherten Person als Fahrer oder Mitfahrer bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit (Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten) ankommt, sind mitversichert.
Ausgeschlossen sind Unfälle bei Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen, bei denen es auch nur teilweise auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Ebenso besteht kein Versicherungsschutz, bei jeglichen Trainings- und Übungsfahrten in rennähnlicher Umgebung oder auf entsprechend dafür vorgesehenen Strecken bzw. Gelände.
Abweichend hiervon besteht Versicherungsschutz für das Fahren mit Leihkarts auf öffentlichen Kartbahnen in Europa.
- 1.16 Sportunfälle sind auch versichert für Vertragsamateure und Vertragssportler, solange sie Sport unterhalb der ersten, bei Handball und Eishockey unterhalb der zweiten und Fußball unterhalb der dritten Spiel- bzw. Leistungsklasse ausüben.
Nicht mitversichert sind Sportunfälle als Berufssportler, einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeiten innerhalb von Polizei, Bundeswehr und ähnlichem, unabhängig von den in Absatz 1 genannten Spiel- bzw. Leistungsklassen.
- 1.17 Gesundheitsschäden, die eine minderjährige oder entmündigte versicherte Person durch einen Unfall bei der Herstellung oder dem Gebrauch selbstgebafter Feuerwerkskörper erleidet, sind mitversichert. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.
Außerdem besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die eine minderjährige oder entmündigte versicherte Person beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeugs ohne gültige Fahrerlaubnis oder beim unbefugten Gebrauch eines Fahrzeugs (§ 248 b StGB, s. Anhang), erleidet. Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur

Ermöglichung der Fahrt begangen wurde. Unberührt hiervon bleibt der Ausschluss von Straftaten gemäß Ziffer 5.1.1.

- 1.18 Für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, besteht Versicherungsschutz, sofern die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Sofern und solange es der versicherten Person trotz aller Bemühungen und aus von ihr nicht zu vertretenden Gründen unmöglich ist, das Gebiet des Staates früher zu verlassen, verlängert sich die Frist um weitere 7 Tage. Dies gilt jedoch nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht, sowie für Personen, die sich in Erwartung eines eventuellen Kriegs oder Bürgerkriegs in das Krisengebiet begeben.
Kein Versicherungsschutz besteht bei der aktiven 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.
Alle weiteren Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
Versichert sind jedoch Unfallfolgen durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien verübt werden, sowie durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- 1.19 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

- 2.1.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Die Invalidität ist
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - nach spätestens weiteren 6 Monaten von einem Arzt festgestellt und schriftlich dokumentiert, sowie von Ihnen bei uns schriftlich geltend gemacht worden.
- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

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

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile, inneren Organe und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm ab Schultergelenk	80%
Arm bis oberhalb des Ellbogengelenks	75%
Arm bis unterhalb des Ellbogengelenks	75%
Hand ab Handgelenk	70%
Daumen	30%
Zeigefinger	20%
anderer Finger	10%
Für sämtliche Finger einer Hand jedoch höchstens	70%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75%
Bein bis unterhalb des Knies	65%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	60%

Fuß ab Fußgelenk	50%
große Zehe	15%
andere Zehe	5%
Auge	60%
Gehör auf einem Ohr	40%
Geruchssinn	15%
Geschmackssinn	15%
Vollständiger Verlust der Stimme	100%
Eine Niere	20%
Falls die andere Niere bereits vor dem Unfall verloren war	100%
Beide Nieren	100%
Milz	10%
Milz bei Kindern vor der Vollendung des 14. Lebensjahres	20%
Gallenblase	10%
Magen	20%
Zwölffinger-, Dick-, Dünn- und Enddarm jeweils	25%
Ein Lungenflügel	50%
Für Gelenkersatz an Gliedmaßen durch eine Prothese gelten folgende Sätze:	
Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk	30%
Hüft-, Knie- und Sprunggelenk	30%

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der vorgenannten Gliedmaßen, inneren Organe und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Wird an einer Gliedmaße der Ersatz von 2 oder 3 Gelenken erforderlich, bemisst sich der Invaliditätsgrad nach Ziffer 2.1.2.2.1 dieser AUB. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der vorgenannten Gliedmaßen, inneren Organe und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Bei Funktionsbeeinträchtigung der Stimme wird der Invaliditätsgrad nach den Grundsätzen der Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen. Ausgeschlossen ist der Verlust der Stimme, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt.

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 vorgeschädigte Auge bzw. Gehör nur teilweise beeinträchtigt war.

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

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

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

2.1.2.5 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als 3 Monate nach dem Unfall,
- und haben wir bereits einen Anspruch auf eine Invaliditätsleistung oder eine Unfall-Rente dem Grunde nach anerkannt, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.1.2.6 Helmbonus

Erleidet die versicherte Person als

- Rad-,
- Ski-,
- Snowboard-,
- Skateboard-,
- Snakeboard-,
- Streetboard-,

- Inlineskates-,
- Rollschuh-,
- Kickboard-,
- Tretrollerfahrer oder
- als Reiter

durch einen versicherten Unfall eine Kopfverletzung und hat nachweislich einen handelsüblichen Helm getragen, erhöht sich die Invaliditätsentschädigung aus der Invaliditätsgrundsumme für eine durch eine Kopfverletzung entstandene Invalidität um 25%, maximal jedoch um 50.000 EUR. Verletzungen der Augen sind Kopfverletzungen gleichzusetzen.

Für Kinder gilt der beschriebene Leistungsumfang auch bei der Benutzung von Laufrädern.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, besteht nur aus einem Vertrag und nur einmal je Versicherungsfall ein Anspruch auf den Helmbonus und zwar aus dem Vertrag mit der zum Unfallzeitpunkt höheren Invaliditätsgrundsumme.

Die Erhöhung gilt nicht für Leistungen, die sich aus progressiven Invaliditätsstufen und/oder Unfall-Renten ergeben.

Wird in Folge des Unfalles der benutzte Helm beschädigt oder zerstört, übernehmen wir die Kosten für die Ersatzbeschaffung eines Helms gleicher Art und Güte zum Neuwert.

2.2 monatliche Unfall-Rente ab 50% Invalidität

2.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelten und festgestellten Invaliditätsgrad – ohne Berücksichtigung progressiver Invaliditätsstufen oder sonstigen Mehrleistungen – von mindestens 50% geführt.

2.2.2 Höhe der Leistung

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

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Die Unfall-Rente zahlen wir

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

2.2.3.2 Die Unfall-Rente zahlen wir bis zum Ende des Monats, in dem

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

Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht innerhalb von 2 Monaten übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.2.4 Rentengarantie

Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall
- oder
- gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall und besteht zum Zeitpunkt des Todes ein Anspruch auf Unfall-Rente, zahlen wir die vereinbarte Unfall-Rente über den Tod der versicherten Person hinaus; garantiert bis zum Ablauf des 10. Jahres nach dem Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2.2.5 Einmalzahlung

Zusätzlich zahlen wir 12 Monatsrenten als einmalige Kapitalleistung, wenn die versicherte Person – gleichgültig, aus welcher Ursache – stirbt und

- ein Anspruch auf eine Unfallrente bereits anerkannt war
- oder
- aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde mit der Anerkennung eines solchen Anspruchs zu rechnen gewesen wäre und der Tod später als ein Jahr nach dem Unfall eingetreten ist.

2.3 Unfall-Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

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

2.3.2.2 Die Leistung erfolgt für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet.

2.3.2.3 Das Unfall-Tagegeld entfällt mit dem Renteneintritt der versicherten Person, spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

2.4 Unfall-Krankenhaustagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.4.1.1 Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Krankenhaus- oder Anschlussheilbehandlung.

2.4.1.2 Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als vollstationäre Krankenhaus- oder Anschlussheilbehandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Unfall-Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 5 Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.4.3 Ambulante Operation

Wird nach einem Unfall anstelle einer vollstationären Heilbehandlung eine ambulante Operation durchgeführt, so zahlen wir das Unfall-Krankenhaustagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für sieben Tage. Diese Leistung kann mehrmals je Unfall in Anspruch genommen werden.

2.4.4 Erweiterung des Krankenhaustagegeldes um Reha-Geld

2.4.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Im Anschluss an einen versicherten Unfall wird eine voll- oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahme (Reha-Maßnahme) oder eine erweiterte ambulante Physiotherapie (EAP) durchgeführt. Leisten wir für eine vollstationäre Behandlung Krankenhaustagegeld, besteht für die gleiche Behandlung kein Anspruch auf das Reha-Geld.

Die Reha-Maßnahme und die EAP müssen ärztlich verordnet und in einer anerkannten Reha-Einrichtung durchgeführt werden.

2.4.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen je Anwendungstag 100% des versicherten Krankenhaus-Tagegeldes (Reha-Geld) für Reha-Maßnahmen und EAP, die innerhalb von fünf Jahren nach Eintritt des Unfalles durchgeführt werden.

2.4.5 Erhöhtes Unfall-Krankenhaustagegeld im Ausland

2.4.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person stößt im Ausland ein Unfall zu und eine medizinisch notwendige vollstationäre Krankenhausbehandlung in einer ausländischen Klinik ist erforderlich.

2.4.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Unfall-Krankenhaustagegeld wird in doppelter Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für fünf Jahre vom Unfalltag an gerechnet.

2.5 Genesungsgeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.5.1.1 Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden oder aufgrund der Unfallfolgen im Krankenhaus verstorben und hatte Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.4.

2.5.1.2 Für ambulante Operationen nach Ziffer 2.4.3 besteht kein Anspruch auf Genesungsgeld.

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 Unfall-Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 750 Tage.

2.6 Todesfalleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 2 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, verstorben.

Besteht zum Todeszeitpunkt ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, entfällt der Anspruch auf die Todesfalleistung. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.4 weisen wir hin.

Der unfallbedingte Tod gilt auch als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach

- § 5 Schiffsunglück,
- § 6 Luftfahrzeugunfall oder
- § 7 sonstige Lebensgefahr

des Verschollenheitsgesetzes (VerschG.) rechtswirksam für tot erklärt wurde.

2.6.2 Höhe der Leistung

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.6.3 Doppelte Todesfalleistung

2.6.3.1 Werden beide im Vertrag versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis getötet und hat mindestens eines ihrer erbberechtigten Kinder das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, so verdoppelt sich die Todesfalleistung beider Elternteile.

2.6.3.2 Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Versicherungssumme.

Als öffentlichen Verkehr bezeichnet man Mobilitäts- und Verkehrsdienstleistungen aus dem Verkehrswesen. Die Merkmale des öffentlichen Verkehrs sind allgemeine Zugänglichkeit für jeden Nutzer (Beförderungs- bzw. Transportpflicht), Ausführung durch spezielle (evtl. konzessionierte) Verkehrsunternehmen sowie die Fixierung von Beförderungsbedingungen bzw. -vorschriften und Preisen in veröffentlichten Rechtsnormen (Fahrplanpflicht).

2.6.3.3 Die Mehrleistung ist auf insgesamt die doppelte Versicherungssumme für jede versicherte Person begrenzt.

2.7 Schmerzensgeld

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.7.1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß Ziffer 1 erlitten, der zu einer der unter Ziffer 2.7.4 aufgeführten Gesundheitsschädigung geführt hat.

2.7.1.2 Das Vorliegen einer unter Ziffer 2.7.4 genannten Verletzung muss uns durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten, ärztlichen Bericht nachgewiesen werden.

2.7.1.3 Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall ein, besteht kein Anspruch auf das Schmerzensgeld.

2.7.1.4 Der Anspruch auf Schmerzensgeld entsteht nach Eintritt des Unfalles. Er muss innerhalb von drei Monaten nach ärztlicher Feststellung geltend gemacht werden und erlischt nach Ablauf eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

2.7.2.1 Wir erbringen die Leistung gemäß der unter Ziffer 2.7.4 aufgeführten Schmerzensgeldtabelle. Die Höhe der Leistung richtet sich – unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Betrages – nach dem in der Tabelle festgelegten Betrag der für Schmerzensgeld versicherten Summe.

2.7.2.2 Hat der Unfall zu mehreren der in der Schmerzensgeldtabelle aufgeführten Verletzungen geführt, richtet sich die Höhe der Leistung nach der eingetretenen Verletzung, für die in der Tabelle der höchste Betrag festgelegt ist.

2.7.2.3 Die unter Ziffer 2.7.4 angegebenen Beträge basieren auf einer Grundversicherungssumme von 6.000 EUR. Wurde mit uns eine höhere Summe vereinbart, erhöhen sich die Entschädigungsbeträge im gleichen Verhältnis.

2.7.2.4 Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, ist die Höchstleistung für die jeweilige Gesundheitsschädigung aus allen Verträgen zusammen auf die 4-fache Leistung begrenzt.

2.7.3 Sonstige Bestimmungen

2.7.3.1 Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung beziehungsweise eines Zuwachses von Leistung und Prämie nicht teil.

2.7.3.2 Die Versicherung des Schmerzensgeldes endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat.

2.7.3.3 Dieser Versicherungsschutz kann, unabhängig von den anderen vereinbarten Leistungsarten, von beiden Vertragspartnern entsprechend den Bestimmungen der Ziffer 10.2, 10.3 und Ziffer 10.4 dieser Bedingungen selbständig gekündigt werden.

2.7.4 Schmerzensgeldtabelle

Frakturen

Frakturen im Sinne dieser Bedingung sind vollständige Knochenbrüche (Kontinuitätsunterbrechung eines Knochens unter Bildung von Fragmenten). Unvollständige Frakturen sind Grünholzfrakturen, Epiphysensprengungen, Fissuren, Infraktionen, Knochenabscherungen und –absprengungen. Nicht versichert sind Zahnfrakturen. Für Re-Frakturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Fraktur mindestens ein Jahr vergangen ist.

Band- und Sehnenrupturen

Band- und Sehnenrupturen im Sinne dieser Bedingung sind vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen und vollständige Zerreißen von Sehnen sowie vollständige knöcherne Bandausrisse. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Meniskusrisse, Muskel- und Muskelfaserrisse. Für Re-Rupturen erhalten Sie nur dann das entsprechende Schmerzensgeld, wenn seit Eintritt der ursprünglichen Ruptur mindestens ein Jahr vergangen ist.

Grundsätzlich nicht unter den Versicherungsschutz fallen Teilrupturen, Muskel- und Muskelfaserrisse.

2.7.4.1 Kopfverletzungen	Ein-/ mehrfache Brüche	Offene Brüche
Schädeldachfraktur ohne Hirnbeteiligung	500 EUR	1.000 EUR
Gesichtsschädelfraktur ohne Nasenbein	500 EUR	1.000 EUR
Schädelhirntrauma dritten Grades (SHT III °)	6.000 EUR	
Schädelhirntrauma zweiten Grades (SHT II °)	1.500 EUR	
2.7.4.2 Augenverletzungen		
Verlust oder vollständige Erblindung eines Auges	6.000 EUR	
Augapfelprellung mit Einblutung in den Glaskörper	800 EUR	
2.7.4.3 Obere Gliedmaßen (ohne Hände)		
Oberarmkopffraktur, Oberarmschaftfraktur Fraktur großer Oberarmhöcker (Tuberculum majus), Fraktur kleiner Oberarmhöcker (Tuberculum minus)	1.000 EUR	2.000 EUR
Unterarmschaftfraktur (Speichen- oder Ellenfraktur)	500 EUR	1.000 EUR
Amputation ab Handgelenk	6.000 EUR	
Vollständige Zerreißen von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißen von Sehnen – Schulterreckgelenksprengung Tossy II und Tossy III, – Bizepssehnenruptur	500 EUR	
2.7.4.4 Hände		
Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)	1.000 EUR	2.000 EUR
Mittelhandfraktur	250 EUR	500 EUR

Handwurzelknochenfraktur (Kahn-, Mond-, Dreiecks-, Erbsenbein, großes und kleines Viereckbein, Kopfbein, Harkenbein)	250 EUR	500 EUR
Daumenfraktur	400 EUR	800 EUR
Zeigefingerfraktur	250 EUR	500 EUR
Frakturen der übrigen Finger	150 EUR	300 EUR
Vollständige Zerreißung von Streck- oder Beugesehnen	250 EUR	
Vollständiger Verlust des Daumens im Grundgelenk	1.500 EUR	
Vollständiger Verlust des Daumens im Endgelenk	800 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Grundgelenk	1.000 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Mittelgelenk	750 EUR	
Vollständiger Verlust des Zeigefingers im Endgelenk	500 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Grundgelenk	500 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Mittelgelenk	300 EUR	
Vollständige Amputation des Mittel-, Ring- oder kleinen Fingers im Endgelenk	200 EUR	
2.7.4.5 Wirbelsäule (Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule mit Kreuz- und Steißbein)		
Fraktur eines Wirbelkörpers	500 EUR	1.000 EUR
Fraktur von mindestens zwei Wirbelkörpern	1.500 EUR	3.000 EUR
Rückenmarksverletzung mit kompletter Querschnittslähmung	6.000 EUR	
Rückenmarksverletzung mit inkompletter Querschnittslähmung	3.000 EUR	
2.7.4.6 Becken (ohne Kreuz- und Steißbein)		
Typ 1 Stabile Beckenringfrakturen, z.B. isolierte, einseitige aber auch beidseitige nicht dislozierte vordere Beckenringfraktur	1.300 EUR	2.600 EUR
Typ 2 und 3 Beckenringfrakturen mit Instabilität, z. B. dislozierte doppelseitige vordere oder hintere Beckenringfraktur mit und ohne Symphysensprengung oder einseitige vordere Beckenringfraktur mit Symphysensprengung oder ISF Sprengung etc.	2.000 EUR	4.000 EUR
2.7.4.7 Untere Gliedmaßen (ohne Füße)		
Oberschenkelfrakturen – Oberschenkelhals- und Oberschenkelschaftfraktur – Fraktur großer Rollhgel (Trochanter major)	1.500 EUR	3.000 EUR
Unterschenkelfraktur – Wadenbein- oder Schienbeinfraktur	1.300 EUR	2.600 EUR
Kniescheibenfraktur	500 EUR	1.000 EUR
Amputationen ab Fußgelenk	6.000 EUR	

Vollständige Zerreißung von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißungen von Sehnen – vordere/hintere Kreuzbandruptur – Innen-/Auenbandruptur – Achilles-/Patellasehnenruptur	800 EUR	
2.7.4.8 Fue		
Sprunggelenksfrakturen – Weber B und C – Weber A, Maisonneuve-Fraktur, Pilonfraktur	1.500 EUR 1.300 EUR	3.000 EUR 2.600 EUR
Mittelfufraktur, Fuwurzelfraktur (Sprung-, Fersen-, Kahn-, Keil- und Wrfelbein)	400 EUR	800 EUR
Grozehenfraktur	250 EUR	500 EUR
Frakturen der übrigen Zehen	150 EUR	300 EUR
Amputation der Großzehe	500 EUR	
Amputation einer der übrigen Zehen	250 EUR	
Vollständige Zerreißung von stabilisierenden Bandstrukturen (Bandrupturen) und vollständige Zerreißung von Sehnen (Innen- und Auenbandrupturen, Syndesmosenruptur)	250 EUR	
2.7.4.9 Frakturen (Brüche)		
Vollständige Frakturen, die nicht in den Ziffer 2.7.4.1 – 2.7.4.8 aufgeführt sind	250 EUR	500 EUR
unvollständige Frakturen gem. Ziffer 2.7.4	150 EUR	
vollständige Band- und Sehnenrupturen, die nicht explizit in den Ziffer 2.7.4.1 bis 2.7.4.8 aufgeführt sind	150 EUR	
2.7.4.10 Verbrennungen		
Verbrennungen ab 3. Grades von mindestens 10% der Oberfläche	3.000 EUR	
Verbrennungen ab 2. Grades von mindestens 20% der Oberfläche	2.600 EUR	
Verbrennungen ab 3. Grades von mindestens 50% der Oberfläche	6.000 EUR	
2.7.4.11 Innere Verletzungen		
Ruptur der Milz, Leber oder einer Niere	500 EUR	
Verlust der Milz	1.500 EUR	
Verlust einer Niere	3.000 EUR	
Verlust beider Nieren	6.000 EUR	
2.7.4.12 Sonstige Unfallfolgen		
Vollständiger Verlust der Stimme	6.000 EUR	
Vollständiger Gehörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)	6.000 EUR	

2.8 bergangsleistung

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

a) nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50% beeinträchtigt. Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens 12 Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

oder

b) nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet und ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um 100% beeinträchtigt. Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der drei Monate

ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens 6 Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird

- gem. Ziffer 2.8.1 a) in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- gem. Ziffer 2.8.1 b) in Höhe von 50% der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach Ziffer 2.8.1 a) angerechnet.

Ohne zusätzlichen Beitrag ist mitversichert:

Die nachfolgenden Leistungen gelten nur, wenn für die versicherte Person im Vertrag eine Invaliditätsleistung oder monatliche Unfall-Rente versichert ist.

Die für die jeweilige Leistung in diesen Bedingungen oder im Versicherungsschein genannten Versicherungssummen nehmen an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistungen (Dynamik) nicht teil.

Auch ist die Leistung je Versicherungsfall insgesamt auf den in diesen Bedingungen oder im Versicherungsschein für die jeweilige Leistungsart genannten Betrag begrenzt.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können die nachfolgenden Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.9 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat vor der Vollendung des 67. Lebensjahres bei einem Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erlitten:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- b) Amputation eines Armes oder einer Hand
- c) Amputation eines Beines oder Fußes
- d) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 15% der Körperoberfläche
- e) Erblindung auf beiden Augen
- f) Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch, Schienbein- und Oberarmbruch, Speichen- und Oberarmbruch oder Wadenbein- und Oberschenkelbruch)
 - Gewebeerstörende Verletzungen an zwei inneren Organen oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Bruch eines langen Röhrenknochens,
 - Bruch des Beckens,
 - Bruch der Wirbelsäule,
 - Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs

Diese Leistung ist von Ihnen spätestens 6 Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erbringen eine Sofortleistung in Höhe von 10% der Grundversicherungssumme für Invaliditätsschäden, maximal 10.000 EUR.

2.10 Kosmetische Operationen

2.10.1 Voraussetzung für die Leistung

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 vier Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 22. Lebensjahres.

2.10.2 Art und Höhe der Leistung

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

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

2.10.3 Zahnersatz

Wir ersetzen die Kosten für

- Zahnarzt-,
- Zahnbehandlungs-,
- Zahnersatz- und
- Zahnlaborkosten,

die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz oder -teilersatz (z.B.: Brücken, Implantate, Kronen, Inlays) versehenen Zähnen entstanden sind. Ausgeschlossen von dem Kostenersatz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z.B.: Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen, Teleskopprothesen.

Wir zahlen bis zu 5% der vereinbarten Gesamtversicherungssumme je verletzten Zahn.

2.10.4 Kosmetische Operationen infolge von Brustkrebs

2.10.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person musste sich aufgrund einer während der Wirksamkeit des Vertrages erstmals diagnostizierten Brustkrebserkrankung einer Brustoperation, mit Entfernung einer kompletten Brustdrüse, unterziehen. Die krebisbedingte Brustoperation erfordert eine kosmetische oder plastische Brustoperation und/oder kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker.

2.10.4.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten, maximal bis zu 50.000 EUR, für nachgewiesene Arzthonorare, sonstige Operationskosten und notwendige Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, soweit diese durch die kosmetische oder plastische Brustoperation verursacht sind. Soweit Kosten für kosmetische Behandlungen beim Kosmetiker entstehen, werden diese bis maximal 10% der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme für kosmetische Operationen bezahlt.

Vor der Operation bzw. Behandlung müssen Sie uns einen Kostenvoranschlag einreichen, welcher von uns zu genehmigen ist.

2.10.4.3 Wartezeit

Kein Versicherungsschutz besteht für Fälle in denen die Brustkrebserkrankung in den ersten 3 Monaten nach Vertragsbeginn erstmals diagnostiziert wird.

2.10.4.4 Sonstige Bestimmungen

Vor der Operation bzw. Behandlung müssen Sie uns einen Kostenvoranschlag einreichen, welcher von uns zu genehmigen ist. Die Kostenübernahme erfolgt sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt oder einzutreten hat. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, erstatten wir den fehlenden Restbetrag. Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen sowie durch ärztliche Atteste über die Notwendigkeit bzw. Anordnung der Behandlung nachgewiesen werden.

2.11 Kinderbetreuungs- und Schulausfallgeld für minderjährige Kinder

2.11.1 Kinderbetreuungsgeld

Das versicherte Kind kann wegen der Folgen

- eines Unfalles
 - einer Verbrennung der Körperoberfläche
- oder
- eines Insektenstiches

an mehr als fünf aufeinander folgenden Betreuungstagen nicht den Kindergarten, die Kinderkrippe oder eine gleichgestellte Kinderbetreuungsstätte besuchen. Wird das Kind von einer Tagesmutter/einem Tagesvater betreut, besteht Anspruch auf das Kinderbetreuungsgeld nur, wenn diese/r über eine staatlich anerkannte Ausbildung oder Zertifizierung verfügt. Sie haben uns den Beginn und die Dauer des unfallbedingten Ausfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes und einer Bescheinigung der Betreuungseinrichtung nachgewiesen.

2.11.1.1 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen ein Kinderbetreuungsgeld in Höhe der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme täglich ab dem sechsten Fehltag für maximal 20 Fehltage. Ferien oder vorübergehende Schließung der Betreuungseinrichtung oder Ausfälle der Tagesmutter/des Tagesvaters gelten nicht als Fehltage. Mehrere Fehltage wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Zeitraum gewertet.

2.11.1.2 Das Kinderbetreuungsgeld entfällt mit der Einschulung des versicherten Kindes.

2.11.2 Schulausfallgeld

Das versicherte Kind kann wegen eines Unfalles nicht am Schulunterricht (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung) teilnehmen.

2.11.2.1 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das Schulausfallgeld in Höhe von 50 EUR je Tag ab dem 20. Schulausfalltag, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet. Ferien oder vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall. Mehrere Schulausfälle wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet.

2.11.2.2 Mit Beendigung der Schulausbildung (allgemeinbildende Schule oder gleichgestellte Einrichtung), spätestens aber mit der Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes, entfällt das Schulausfallgeld.

2.12 Rooming-in Leistungen und Mehrkosten im Einzelzimmer für minderjährige Kinder

2.12.1 Befindet sich das versicherte Kind nach einem versicherten Unfallereignis in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet eine dem Kind nahestehende Person mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in) und/oder wird das versicherte Kind in einem Einzelzimmer untergebracht, so übernehmen wir die dafür anfallenden Mehrkosten.

2.12.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2.13 Kurkostenbeihilfe

Kuren sind medizinische Vorsorgeleistungen im Sinne des § 23 SGB V (Sozialgesetzbuch).

Rehabilitationsmaßnahmen sind Leistungen, die

- die Unfallfolgen heilen,
- ihre Verschlimmerung verhüten,
- die Unfallbeschwerden lindern,

- eine Behinderung oder eine Pflegebedürftigkeit abwenden, beseitigen, mindern, ausgleichen, eine Verschlimmerung verhüten bzw. deren Folgen mildern.

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat wegen des Unfalles – innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, eine stationäre Kur durchgeführt

- die Kur war medizinisch notwendig und ärztlich verordnet
- für die Einrichtung liegt ein Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V vor
- die Rehabilitationsmaßnahmen waren überwiegend zur Behandlung der Unfallfolgen erforderlich.

2.13.2 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen folgende Kosten bis maximal 5.000 EUR für

- den Eigenanteil, der Ihnen von Ihrem gesetzlichen oder privaten Versicherungsträger oder der Kureinrichtung in Rechnung gestellt wird.
- nachgewiesene Kosten für die Hin- und Rückfahrt zur Kureinrichtung bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln 2. Klasse.
- sonstige nachgewiesene Kosten für Medikamente, Hilfs- und Heilmittel, soweit diese während der Kur ärztlich verordnet wurden.
- Kosten für die Unterbringung des Lebenspartners während der Kur für bis zu drei Übernachtungen, bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr für die Unterbringung eines Erziehungsberechtigten für bis zu sechs Übernachtungen, in der Kureinrichtung oder einem nahegelegenen Hotel bis Kategorie 3 (Übernachtung/Frühstück).

2.13.3 Leistungsausschlüsse

Ein Anspruch auf Kurkostenbeihilfe besteht nicht für

- Kuren außerhalb der Bundesrepublik Deutschland
- Kuren zur Behandlung krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden
- Rehabilitationsmaßnahmen nach §§ 39 und/oder 40 SGB V.

2.13.4 Sonstige Bestimmungen

Wir ersetzen die Kosten nur, sofern kein anderer Ersatzpflichtiger die Kosten übernimmt. Ersetzt dieser Kostenträger nur einen Teil der Kosten, können Sie die verbleibenden Kosten bei uns geltend machen. Wir erstatten die Kosten nur gegen Vorlage von Originalrechnungen und der ärztlichen Verordnung, soweit diese nach den obigen Bestimmungen erforderlich ist.

2.14 Bergungskosten

2.14.1 Wir ersetzen nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.14.2 Wir informieren Sie über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellen auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

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

2.14.4 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren. Auf Wunsch der versicherten Person organisieren wir innerhalb von 72 Stunden einen Rücktransport.

2.14.5 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden. Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und Verordnung nachgewiesen werden.

2.14.6 Die Gesamtleistung für Bergungskosten ist auf 500.000 EUR begrenzt.

2.15 Vorsorgeschutz für Ehepartner und Kinder

2.15.1 Der Vorsorgeschutz gilt:

- a) für den Ehe- bzw. Lebenspartner, wenn Sie oder eine versicherte Person nach Vertragsabschluss heiraten oder eine Lebenspartnerschaft begründen;
- b) für jedes von Ihnen oder der versicherten Person nach Vertragsabschluss geborene Kind;
- c) für jedes von Ihnen oder der versicherten Person nach Vertragsabschluss adoptierte Kind, solange dieses bei der Adoption das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

2.15.2 Den Vorsorgeschutz gewähren wir für die Dauer eines Jahres ab Eheschließung, Begründung der Lebenspartnerschaft, Geburt bzw. Adoption.

2.15.3 Den Vorsorgeschutz gewähren wir auch für Kinder, die der Ehe- oder Lebenspartner mit in die Partnerschaft bringt, sofern die Kinder bei der Eheschließung bzw. Partnerschaftsgründung das 17. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und im gemeinsamen Haushalt der Eheleute bzw. Lebenspartner leben.

2.15.4 Die Versicherungssummen betragen:	
Für den Invaliditätsfall ohne Progression	60.000 EUR
Für den Todesfall	20.000 EUR
Für das Unfall-Krankenhaustagegeld	20 EUR
Für das Genesungsgeld	20 EUR
Für Bergungskosten und Serviceleistungen je	10.000 EUR

2.16 Komageld

Die versicherte Person fällt innerhalb von 4 Wochen nach dem Unfallereignis in ein Koma oder wird in ein künstliches Koma versetzt. Ein Koma im Sinne dieser Bedingung ist eine länger dauernde tiefe Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize. Dauert das Koma mindestens 5 Tage an und ist unmittelbare und ausschließliche Folge der Unfallverletzung, zahlen wir für die Dauer des Komas, aber längstens für 100 Tage, 25 EUR je Kalendertag.

2.17 Serviceleistungen

2.17.1 Bei Unfällen auf Urlaubs- oder Geschäftsreisen erstatten wir die zusätzlich entstehenden Kosten für:

2.17.1.1 die Betreuung minderjähriger Kinder, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben und in deren Haushalt keine Person lebt, bzw. an der Reise teilgenommen hat, die in der Lage ist, die Betreuung zu übernehmen. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.

2.17.1.2 die Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft leben, von der versicherten Person in der Regel gepflegt werden und denen bereits eine Pflegestufe zuerkannt wurde. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.

2.17.1.3 den erforderlichen Rücktransport von mitgeführten Haustieren oder für die erforderliche Betreuung von Haustieren am Wohnort der versicherten Person, sofern keine andere Person im Haushalt die Betreuung übernehmen kann. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.

2.17.1.4 für den Transport von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln zur Behandlung und Linderung der Unfallfolgen, soweit dieser auf ärztliche Anordnung erfolgt. Die Erstattung ist auf maximal 500 EUR begrenzt.

Voraussetzung für diese Kostenerstattungen sind ein medizinisch notwendiger Krankenhausaufenthalt der versicherten Person von mindestens 3 Tagen am Unfallort bzw. dem nächstgelegenen Krankenhaus, sowie eine Mindestentfernung vom Wohnsitz der versicherten Person von 150 km.

2.17.2 Bei einem Unfall im Ausland ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Kosten für die Heimreise oder Unterbringung folgender mitreisender Personen:

- der/die Ehepartner/in (bzw. der/den eingetragenen Lebenspartner) der versicherten Person
- minderjährige leibliche, Stief-, Pflege- und Adoptivkinder der versicherten Person
- der/die Lebensgefährtin/in der versicherten Person, sofern diese/r mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, sowie dessen minderjährige leibliche, Stief-, Pflege- und Adoptivkinder
- minderjährige Enkelkinder der versicherten Person.

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

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

2.17.5 Behindertengerechte Erleichterungen bei Invalidität

Besteht aufgrund eines Unfalles und nach endgültiger Feststellung des Invaliditätsgrades eine Minderung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, wodurch

- der behindertengerechte Umbau des Wohnsitzes der versicherten Person
- ein Umzug in einen behindertengerechten Wohnsitz
- der Umbau des Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Fahrzeug
- die Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes
- eine behindertengerechte Fortbildung, wie Gebärdensprache oder Blindenschrift

erforderlich ist, erhalten Sie einen Kostenzuschuss von maximal 20.000 EUR der Gesamtkosten, Diese Maßnahmen werden innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Unfalles bei uns geltend gemacht und durchgeführt, bzw. bei Umbaumaßnahmen begonnen.

2.17.6 Medizinische Hilfsmittel

Wir ersetzen die Kosten für Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate und Rollstühle bzw. Krankenfahrräder, die innerhalb von drei Jahren aufgrund des versicherten Unfalles angeschafft werden und als medizinisch notwendige Hilfsmittel ärztlich verordnet wurden.

2.17.7 Reparatur von Prothesen

Falls infolge eines versicherten Unfalles Gliedmaßenprothesen beschädigt werden, die die versicherte Person bereits vor dem Unfall tragen musste, übernehmen wir die Kosten für die Reparatur oder, falls eine Reparatur nicht mehr möglich ist, die Anschaffungskosten neuer Prothesen innerhalb der ersten drei Jahre nach dem Unfall bis zu einem Betrag von höchstens 2.500 EUR.

2.17.8 Taxifahrten

Kosten von Taxifahrten, die zur unfallbedingten, ambulanten Weiterbehandlung erfolgen, werden bis zu einer Summe von insgesamt 250 EUR übernommen. Diese Leistung wird nur bei entsprechendem Nachweis der Taxikosten durch Vorlage der Belege fällig. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintrittspflichtig ist, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2.17.9 Höhe der Leistungen

Die Höhe aller vorgenannten Leistungen zusammen ist insgesamt auf 25.000 EUR begrenzt.

2.17.10 Voraussetzungen für die Leistungen

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

Die vorgenannten Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und Verordnung nachgewiesen werden.

2.18 Arbeitslosigkeit

Wenn Sie während der Wirksamkeit des Vertrages unverschuldet arbeitslos werden, übernehmen wir für die Dauer von einem Jahr die Prämienzahlung zu Ihrer Versicherung. Voraussetzung ist, dass die Arbeitslosigkeit frühestens 1 Jahr nach Beginn der Versicherung eintritt und Sie zu diesem Zeitpunkt das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit nachzuweisen.

Der prämienfreie Versicherungsschutz erlischt mit Ende der Arbeitslosigkeit, spätestens jedoch nach einem Jahr. Sofern Sie vor Ablauf eines Jahres wieder berufstätig werden, müssen Sie uns unverzüglich informieren.

2.19 Unfallbedingte Fehlgeburt bei Frauen

Hat die versicherte Person während einer (durch Mutterpass nachgewiesenen) Schwangerschaft, aufgrund eines versicherten Unfalles nach dem 4. Schwangerschaftsmonat eine Fehlgeburt erlitten, so zahlen wir einen einmaligen Betrag von 3.000 EUR.

2.20 Räuberischer Überfall/Geiselnahme

2.20.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf psychologische Soforthilfe für die versicherte Person unmittelbar nach einem räuberischen Überfall oder nach einer Geiselnahme, deren Opfer sie geworden ist. Ersetzt werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen nach dem Überfall bzw. der Geiselnahme.

2.20.2 Die versicherte Person wurde Opfer einer gegen sie gerichteten, versuchten oder vollendeten Straftat des Raubes, der räuberischen Erpressung oder einer Geiselnahme, welche bei der Polizei als strafbare Handlungen angezeigt und dort protokolliert wurde. Hat die strafbare Handlung zu einer körperlichen Verletzung mit der Folge einer erforderlichen stationären Krankenhausbehandlung geführt, welche durch ein ärztliches Attest zu belegen ist, leistet der Versicherer einmalig einen Betrag von 2.500 EUR. Dieser Betrag nimmt nicht an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag teil.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

3.1 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 nicht etwas anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

3.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 70%, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Schwer- und Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (Pflegegrad 3,4 und 5) sowie Geistesranke. Geisteskrank ist, wer aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen kann und einer Aufenthaltsunterbringung oder ständigen Aufsicht bedarf.

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

4.3 Die für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie zahlen wir zurück.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

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

5.1.2 Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt. Versicherungsschutz besteht jedoch für sonstige, auch zur Besatzung zählende Personen, auch wenn diese mit Hilfe des Luftfahrzeuges eine Tätigkeit ausüben. Versichert sind auch Fluggäste in Luftsportgeräten (z.B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen). Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz als Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist. Ebenso besteht Versicherungsschutz beim Kitesurfen.

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

5.1.4 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter diese vorsätzlich herbeigeführt haben.

5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch 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. Mitversichert ist jedoch das Schneiden, Rasieren oder Feilen von Nägeln, Haaren, Hühneraugen und Hornhaut, wenn diese Heilmaßnahmen von entsprechend ausgebildetem Fachpersonal ausgeführt werden.
- 5.2.3 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Personen, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben bewusste Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 5.2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch für psychische und nervöse Störungen der versicherten Person, die durch eine unfallbedingte, organische Schädigung des Hirnnervensystems oder eine unfallbedingt neu entstandene Epilepsie herbeigeführt wurden. Ausgeschlossen bleiben Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen und mittelbare Unfallfolgen.

6 Was müssen Sie

- bei vereinbartem Kindertarif
- bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
- bei Vollendung des 67. Lebensjahres beachten?

6.1 Umstellung des Tarifes für Kinder

- 6.1.1 Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif des Versicherers. Es besteht dann folgendes Wahlrecht:
 - a. Die Versicherungssummen bleiben unverändert und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
 - b. Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarifbeitrages für Erwachsene zum bisherigen Beitrag.
- 6.1.2 Die Beitragsberechnung für das neue Versicherungsjahr erfolgt nach a). Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Ihr Vertrag wird mit Berechnungsvariante a fortgesetzt, wenn Sie uns nicht innerhalb von 3 Monaten Ihren Änderungswunsch mitteilen.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

- 6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Prämie ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher innerhalb von 2 Monaten mitteilen.
- 6.2.2 Fällt die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung unter die „Gefahrengruppe B“ (Berufe mit der Gefahrengruppe B sind z. B.: Arbeiter im Straßen-, Hoch- oder Tiefbau; Maurer, Dachdecker, Gipser, Gerüstbauer, Zimmerer, Antenneninstallateure, Schornsteinfeger, Kranführer; Schiffspersonal; im Außendienst tätige Angehörige der Polizei, Feuerwehr und der Bundespolizei, Berufs- und Zeitsoldaten der Bundeswehr; Personen die sich mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen beschäftigen), gilt folgendes:
Nach Ablauf von zwei Monaten nach der Aufnahme der neuen Tätigkeit ist die Prämie der Gefahrengruppe "B" zu entrichten. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit der bisherigen Prämie, bei gleichzeitiger Reduzierung der Versicherungssummen, weiter. Abweichend hiervon wird für in der Höhe nicht veränderbare Leistungen die Prämie angepasst.
- 6.2.2.1 Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für welche laut Tarif ein höherer Beitrag zu zahlen wäre, so gilt die Anzeigepflicht nicht, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur - also kein Dauerzustand ist. Die Anzeigepflicht gilt ebenfalls nicht, wenn die Gefahr erhöhende Tätigkeit zwar in regelmäßigen Abständen wiederkehrt, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.
- 6.2.3 War die versicherte Person tariflich in die Gefahrengruppe "B" eingestuft und fällt die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung in die Gefahrengruppe "A" (in der Regel Tätigkeiten ohne körperliche Betätigung), gilt folgendes:
Nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an reduziert sich die Prämie.
- 6.2.3.1 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit der bisherigen Prämie und erhöhten Versicherungssummen weiter.
- 6.2.4 Fällt die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung unter die „Gefährlichen Risiken“ des zum Änderungszeitpunkt gültigen Tarifs für die Unfallversicherung, gilt folgendes:
Nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung gelten für Berufsunfälle 10% der vereinbarten Versicherungssummen. Berufe mit gefährlichen Risiken sind z. B.: Angehörige von Sondereinsatzkommandos (z. B. MEK, SEK, GSG9), Leibwächter (Personenschutz); Munitionssuch- und Munitionsräumpersonal, Sprengpersonal; Taucher; Rennfahrer, Rennreiter; Tierbändiger, Artisten.
- 6.2.5 Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleibt der Versicherungsschutz gleichfalls voll bestehen. Die Beitragsabrechnung erfolgt nachträglich.

6.3 Umstellung in den Tarif für Pensionäre und Ruheständler nach Vollendung des 67. Lebensjahres

- 6.3.1 Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der versicherte Erwachsene das 67. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Senioren-Tarif des Versicherers. Der VN hat dann folgendes Wahlrecht:
- Die Versicherungssummen bleiben unverändert und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Senioren ergibt.
 - Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarifbeitrages für Senioren zum bisherigen Beitrag.
- 6.3.2 Die Beitragsberechnung für das neue Versicherungsjahr erfolgt nach a). Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Ihr Vertrag wird mit Berechnungsvariante a) fortgesetzt, wenn Sie uns nicht innerhalb von 3 Monaten Ihren Änderungswunsch mitteilen.
- 6.3.3 Die unter der Ziffer 6.3.1. und 6.3.2 beschriebene Regelung gilt nicht für die Leistungsarten Schmerzensgeld, Übergangsleistung und Unfall-Tagegeld. Diese Leistungen entfallen zur nächsten Hauptfälligkeit nach Vollendung des 67. Lebensjahres.
Diese Regelung gilt auch nicht für die Leistungsarten Heilkosten und RehaSchutz. Bei diesen Leistungsarten erhöht sich die Prämie.

Der Leistungsfall

7 Was müssen Sie nach einem Unfall beachten (Obliegenheiten)?

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

- 7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 7.1.1 Bei geringfügig erscheinenden Unfallfolgen, bei denen zunächst davon ausgegangen werden konnte, dass diese keine Leistungspflicht auslösen, ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn die versicherte Person den Arzt erst dann hinzuzieht und uns erst informiert, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
Auf die jeweiligen Fristen und Pflichten zur Geltendmachung der vereinbarten Leistungen gemäß Ziffer 2 dieser AUB und/oder in Besonderen Bedingungen verweisen wir.
- 7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir. Ein Gutachter, gegen den Sie oder die versicherte Person sich ausdrücklich ausgesprochen haben, darf von uns nicht beauftragt werden.
- 7.4 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Frist beginnt erst, wenn Sie, die Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben bzw. erst mit Kenntnis über das Bestehen des Unfallvertrags. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

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

9 Wann sind die Leistungen fällig?

- 9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.
Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- 9.1.1 Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen auf eigene Veranlassung zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
- bei Invalidität bis zu 2% der versicherten Summe,
 - bei Tagegeld bis zu 1 Tagegeldsatz,
 - bei Unfall-Krankenhaustagegeld bis zu 1 Krankenhaus-Tagegeldsatz,

Die ärztlichen Gebühren für die von uns angeforderten bzw. beauftragten Gutachten oder Atteste übernehmen wir in voller Höhe.

- 9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.
- 9.3.1 Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung innerhalb von 3 Monaten nach dem Unfall verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht.
- 9.3.2 Wir zahlen nach einem Unfall die vereinbarte Invaliditätsleistung vor Ablauf des Heilverfahrens, wenn keine Lebensgefahr mehr besteht und folgende Voraussetzungen vollständig erfüllt sind:
- Verlust von Gliedmaßen,
 - Verlust von nachfolgend genannten inneren Organen: Nieren, Milz, Gallenblase, Magen, Zwölffinger-, Dick-, Dünn-, und Enddarm,
 - Schulter-, Ellenbogen- Hand-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenkersatz.
- 9.4 Sie sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu 4 Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen, uns steht dieses Recht innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 15. 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 spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
- 9.5 Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 2% jährlich zu verzinsen.
- 9.6 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht innerhalb von 2 Monaten nach der Anforderung übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

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

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste oder einmalige Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrages

- 10.2.1 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 10.2.2 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 10.2.3 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.
- 10.2.4 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Uns steht das Kündigungsrecht frühestens zum Ende der vereinbarten Vertragsdauer zu.
Die Kündigung muss uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

- 10.3.1 Den Vertrag können Sie durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- 10.3.2 Die Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.
- 10.3.3 Ihre Kündigung wird sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

- 10.4.1 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.
- 10.4.2 Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Die Versicherungsprämie

11 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Prämie und Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erste oder einmalige Prämie

11.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die erste oder einmalige Prämie ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgeprämie

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn Sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Prämienrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

11.3.2 Verzug

Wird eine Folgeprämie 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 Prämien sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

11.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag 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 die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftverfahren

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie 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 die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie dem SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung der Jahresprämie 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 Prämienzahlung verlangen.

11.6 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.7 Prämienbefreiung bei Tod des Versicherungsnehmers

11.7.1 Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt folgendes:

11.7.2 Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Ist neben den Kindern auch der Ehegatte oder Lebensgefährte versichert, gilt die Prämienfreistellung auch für diesen. Die Prämienfreistellung für den Ehegatten oder Lebensgefährten endet gleichzeitig mit der des jüngsten Kindes.

Weitere Bestimmungen

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

- 12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- 12.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich. Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Uns steht der Teil der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

- 13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben. Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- 13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen. Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

13.4 Anfechtung

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

14.1 Die Ansprüche aus der Unfallversicherung verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

14.2 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.

15 Welches Gericht ist zuständig?

15.1 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.

15.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

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

16.1 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.

16.2 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.

17 Tarifierpassung

17.1 Der Prämiensatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung) und des Gewinnansatzes kalkuliert.

17.2 Wir sind berechtigt, den Prämiensatz für bestehende Versicherungsverträge jährlich zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.

17.3 Tarifliche Anpassungen von Prämiensätzen können von uns mit Wirkung ab der nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages vorgenommen werden. Die Anpassung erfolgt frühestens zum Ablauf der mit dem Antrag vereinbarten Laufzeit.

17.4 Der Prämiensatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, mittels anerkannter mathematisch statistischer Verfahren getrennt ermittelt.

17.5 Wir sind berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.

17.5.1 Prämiensenkungen gelten automatisch, auch ohne dass wir Sie informiert haben, als vereinbart.

17.5.2 Prämienerhöhungen werden Ihnen unter Gegenüberstellung der alten und neuen Prämienhöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Prämienerhöhung, kündigen.

17.6 Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Tarifierpassung unberührt.

18 Bedingungsgarantie

Weichen zum Schadenzeitpunkt diese Versicherungsbedingungen von denen des Gesamtverbandes der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Versicherungsbedingungen zu Ihrem Nachteil ab, werden wir auf Ihren Wunsch nach diesen Bedingungen regulieren.

19 Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die dieser Unfallversicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zu ihrem Vorteil und ohne Mehrprämie geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für bestehende Verträge.

20 Maklerklausel

Der betreuende Versicherungsmakler ist berechtigt, vertraglich obliegende Anzeigen und Willenserklärungen und Zahlungen von Ihnen für uns in Empfang zu nehmen. Diese Verpflichtungen gelten als erfüllt, wenn sie bei der Maklerfirma eingegangen sind. Der Versicherungsmakler ist zur unverzüglichen Weitergabe verpflichtet.

21 Sonderbedingungen der VEMA

- 21.1 Diese Versicherungsbedingungen sind Sonderbedingungen der VEMA Versicherungs-Makler-Genossenschaft e.G. und setzen voraus, dass der Vertrag durch einen Versicherungsmakler betreut wird, welcher Partnerbetrieb der VEMA ist.
- 21.2 Bei Vermittlerwechsel ist die Fortführung des Vertrages zu den gewährten Konditionen ab der nächsten Hauptfälligkeit nicht möglich. Der Versicherer wird dem Versicherungsnehmer hierauf in Textform hinweisen und ein Fortführungsangebot nach dessen üblichen Bedingungen unterbreiten.
- 21.3 Vereinbaren der Versicherer und VEMA Änderungen zu den Sondervereinbarungen, welche eine Schlechterstellung für den Versicherungsnehmer bedeuten, ist dieser hierüber in Textform zu informieren. Dem Versicherungsnehmer steht in diesem Fall ein Kündigungsrecht innerhalb einer Frist von 2 Monaten zu.
- 21.4 Der Versicherer ist Verwender der Bedingungen im Sinne des AGB-Gesetzes.

22 Besserstellungsklausel

Ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen des Vorversicherers zu in diesem Vertrag versicherten Leistungsarten Verbesserungen im Leistungsumfang, gelten diese auf Antrag im Leistungsfall. Voraussetzung ist, dass die Leistungsart auch im Vorvertrag vereinbart war. Diese Besitzstandsgarantie bezieht sich nicht auf die Progressionsstaffel und/oder Gliedertaxe. Im Leistungsfall ist eine Kopie der Police und der entsprechenden Vertragsbedingungen vorzulegen.

23 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Die nachfolgend aufgeführten besonderen Bedingungen gelten jeweils nur nach ausdrücklicher Vereinbarung und sind zum Teil zuschlagpflichtig

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel 225%

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

1. Der über 25% und unter 51% liegende Teil des Invaliditätsgrades wird zweifach entschädigt.
2. Der über 50% liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.

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

Inv.grad %	Leistung %	Inv.grad %	Leistung %	Inv.grad %	Leistung %
1-25	1-25	51	78	76	153
26	27	52	81	77	156
27	29	53	84	78	159
28	31	54	87	79	162
29	33	55	90	80	165
30	35	56	93	81	168
31	37	57	96	82	171
32	39	58	99	83	174
33	41	59	102	84	177
34	43	60	105	85	180
35	45	61	108	86	183
36	47	62	111	87	186
37	49	63	114	88	189
38	51	64	117	89	192
39	53	65	120	90	195
40	55	66	123	91	198
41	57	67	126	92	201
42	59	68	129	93	204
43	61	69	132	94	207
44	63	70	135	95	210
45	65	71	138	96	213
46	67	72	141	97	216
47	69	73	144	98	219
48	71	74	147	99	222
49	73	75	150	100	225
50	75				

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel 350%

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

1. Der über 25% und unter 51% liegende Teil des Invaliditätsgrades wird dreifach entschädigt.
2. Der über 50% liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.

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

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

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel 500 %

Die Unfallversicherung wurde mit progressiver Invaliditätsstaffel vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) ermittelt.

Ziffer 2.1 AUB wird wie folgt ergänzt:

1. Der über 25% und unter 51% liegende Teil des Invaliditätsgrades wird fünffach entschädigt.
2. Der über 50 % liegende Teil des Invaliditätsgrades wird siebenfach entschädigt.

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

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

Unfall-Heilkosten

- 1 Für die Behebung von unfallbedingten Verletzungen und deren Folgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenden notwendigen Kosten des Heilverfahrens bis zum Betrag von 10.000 EUR für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse der versicherten Person begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandzeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie u. a. für Röntgen-, Magnetresonanztomographie- oder Kernspinaufnahmen. Die medizinische Notwendigkeit wird durch ein ärztliches Attest nachgewiesen oder für die Kosten des unfallbedingten Heilverfahrens wird ein Beleg (Rechnungen und Rezepte) eingereicht. Ein Erstattungsbeleg des Krankenversicherers über seine Leistungshöhe oder Ablehnung ist beizufügen.
- 2 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.
- 3 Sofern die unfallbedingte Verletzung eine kosmetische Operation nach Abschluss der Heilbehandlungen oder dem Ersatz von Zähnen nötig macht, so sind diese Kosten unter Ziffer 2.10 dieser Bedingungen versichert.
- 4 Bei gleichzeitigem Bestehen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung und einer Unfallheilkostenversicherung wird Heilkostenersatz im Rahmen der Unfallversicherung in folgenden Fällen gewährt:
 - der Krankenversicherer hat seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt, und diese Leistung ist zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausreichend,
 - der Krankenversicherer ist leistungsfrei (z. B. aufgrund einer Selbstbeteiligungsvereinbarung) oder bestreitet seine Leistungspflicht,
 - für den Fall, dass für die versicherte Person gleichzeitig eine private Krankenversicherung mit einer Selbstbeteiligungsvereinbarung besteht, ist ein Nachweis des privaten Krankenversicherers über die erstattungsfähigen Anteile und eines bestehenden Selbstbehaltes beizufügen.
- 5 Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung beziehungsweise eines Zuwachs von Leistung und Prämie nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Prämie um 5%

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

- 1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um 5% 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 EUR,
 - für die monatliche Rente auf volle 50 EUR,
 - für Tagegeld, Krankenhaustagegeld, Genesungsgeld auf volle 0,50 EUR.Die in dieser Aufzählung nicht genannten Leistungsarten nehmen an einer Anpassung von Summen und Prämie nicht teil.
- 3 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
- 4 Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Da diese aufgerundet werden (siehe Ziffer 2), kann der Prozentsatz der Prämienhöhung über dem liegen, der sich aus Ziffer 1 ergibt.
- 5 Sie erhalten eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung schriftlich widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
- 6 Sie und wir können diese Zusatzvereinbarung auch für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss schriftlich spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.
- 7 Die Erhöhung der Versicherungssummen und der Prämie entfällt mit dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Motorsportrisiken als Hobby- bzw. Amateurfahrer/in

Die Versicherung umfasst im Rahmen der Ihrem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) auch Unfälle, von denen die versicherte Person bei der Beteiligung an den folgenden offiziellen Motorsportveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten (Training) betroffen ist:

- Automobilrallye
- Automobilslalom
- Bahnsport (Langbahn, Grasbahn, Speedway und Eisspeedway)
- Enduro
- Gleichmäßigkeitsprüfung
- Historischer Motorsport
- Kart (über das Fahren mit Leihkarts auf öffentlichen Kartbahnen hinaus)
- Monkey Cross
- Motocross
- Motoquad
- Motorrad Biathlon
- Pocket Bike
- Quad Racing
- Supercross
- Supermoto
- Traktorpulling
- Trial

Diese Erweiterung des Versicherungsschutzes gilt nur, wenn die versicherte Person an diesen Veranstaltungen lediglich als Hobby- bzw. Amateurfahrer/in teilnimmt. In Abänderung von Ziffer 2 AUB wird für diese Risikoerweiterung eine Invaliditätsleistung erst fällig, wenn ein unfallbedingter Grad der Invalidität mehr als 10% beträgt (Integralfranchise).

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Flugsportunfällen

Abweichend zu Ziffer 5.1.2 dieser Versicherungsbedingungen sind Unfälle, die die versicherte Person bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten: Hängegleiter, Gleitsegler, Ultraleichtflieger) bzw. als Fallschirmspringer erleidet, mitversichert.

Diese Erweiterung des Versicherungsschutzes gilt nur, für das hobbymäßige Fliegen bzw. Fallschirmspringen und wenn im Versicherungsschein (oder Nachtrag) eine entsprechende Vereinbarung getroffen wurde.

Besondere Bedingungen für den RehaSchutz

Nach einer schweren Unfallverletzung (gemäß Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen) ist es oft schwer sich wieder in den Alltag zu integrieren. Sei es zur Genesung die richtigen Ärzte oder Therapien zu finden oder sich auf ein neues Leben mit einer dauerhaften Behinderung einzustellen. Die richtigen Ansprechpartner im Gesundheitsbereich zu finden ist eine zusätzliche Belastung. Hierbei wird der versicherten Person ein fachlich kompetenter Reha-Manager helfen, welcher mit Rat und Tat zu allen gesundheitlichen und therapeutischen Möglichkeiten zur Seite steht. Detaillierte Leistungen hierzu finden Sie unter Ziffer 2 dieser Besonderen Bedingungen.

- 1 Die versicherte Person hat einen Unfall gemäß der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen erlitten, der zu einer der nachfolgenden schweren Verletzung geführt hat:
 - Schädelhirntrauma mindestens II. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
 - vollständiger Verlust der Stimme
 - vollständiger Gehörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)
 - vollständige Erblindung oder Verlust eines Auges
 - komplette Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Rückenmarksverletzung mit inkompletter Querschnittlähmung
 - Fraktur von mindestens zwei Wirbelkörpern
 - Beckenringfrakturen Typ 2 und 3 mit Instabilität, z. B. dislozierte (disloziert = verschoben oder verlagert) doppelte vordere oder hintere Beckenringfraktur mit und ohne Symphysensprengung oder einseitige vordere Beckenringfraktur mit Symphysensprengung oder ISF Sprengung etc.
 - Oberschenkelhals- und Oberschenkelchaftfraktur
 - Wadenbein- oder Schienbeinfraktur
 - Amputationen ab Fußgelenk
 - vordere oder hintere Kreuzbandruptur
 - Achillessehnenruptur
 - Sprunggelenksfrakturen Weber B (Fraktur auf Höhe der Syndesmose, Syndesmose intakt oder rupturiert) und C (Fraktur oberhalb der Syndesmose, Syndesmose auf jeden Fall verletzt)
 - Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)
 - Amputation ab Handgelenk
 - Oberarmkopffraktur, Oberarmschaftfraktur
 - Schultergelenksprengung Tossy III (Komplettruptur der gesamten schulterstabilisierenden Bandstrukturen)
 - Verbrennungen ab II. Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche
 - Verbrennungen ab III. Grades von mindestens 10% der Körperoberfläche
 - Verlust einer Niere

2 Umfang der Leistungen

Wir übernehmen die Kosten für den Reha-Manager, die aufgrund des Versicherungsfalles erforderlich sind und nicht oder nur teilweise von anderen Leistungsträgern übernommen werden, bis zu einem Gesamtbetrag von 50.000 EUR und einer Dauer von bis zu 3 Jahren ab dem Unfalltag. Der RehaSchutz beinhaltet folgende Leistungen:

2.1 Medizinische Reha-Beratung

Nach dem Versicherungsfalle nimmt der Reha-Manager Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person zu klären. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung besteht. Dabei kommt der Maßstab von § 34, VII. Buch Sozialgesetzbuch zur Anwendung. Unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten wird die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten. Die Verlegung in eine geeignete Fachklinik, die anschließende Aufnahme in eine geeignete Reha-Einrichtung oder ambulante Alternativen werden vorgeschlagen. Hierzu werden alle organisatorischen Maßnahmen wie Terminvereinbarung und Transport übernommen.

2.2 Pflegeberatung

Bereits im Rahmen der Reha-Maßnahmen werden mit der versicherten Person, deren Ärzten, Therapeuten und Angehörigen die optimalen Pflege- und Betreuungskonzepte zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abgestimmt. Auch in der häuslichen Umgebung unterstützt der Reha-Manager die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen, des erforderlichen Pflegeumfanges und notwendiger und zweckmäßiger Pflegehilfsmittel.

2.3 Mobilitätssicherung

Der Reha-Manager berät über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität über geeignete Hilfsmittel, wie z. B.: Rollstuhl oder Rollator.

- 2.4 Reha-Management speziell für Kinder Insbesondere sind hier die Vermittlung und Organisation von kindgerechten Therapieangeboten selbstverständlich. Im Einzelfall werden die Kontakte zu den pädiatrischen Zentren genutzt. Der Reha-Manager kümmert sich auch um die Vermittlung von Spezialkliniken und ambulanten Therapien bis hin zur Terminvereinbarung für stationäre Aufenthalte und steht bei Anschlusstherapien unterstützend zur Seite. Die schulischen und sozialen Belange des

Kindes und der Familie werden in die Planung miteinbezogen. Im ambulanten Bereich wird der Reha-Manager bei der Auswahl geeigneter Therapien und Therapeuten (z. B. Logopädie, Hippotherapie, Delphintherapie) unterstützen und beraten.

2.4.1 Pflegeberatung

Ziel ist die optimale Pflege und Betreuung des Kindes. Durch medizinische Beratung des Reha-Managers erhält das Kind bzw. die Eltern oder Erziehungsberechtigten Empfehlungen zum Pflegeumfang, für die Bereiche Grundpflege, Behandlungspflege, aktivierende Pflege und Betreuungspflege. Bei Bedarf wird eine Neuorganisation der Pflegesituation empfohlen. Hierzu gehört:

- die Beschaffung angestellter Pflege- bzw. Pflegefachkräfte
- die Vermittlung von Pflegeinstitutionen mit entsprechenden Kostenvergleichen
- die Vermittlung von Pflegehilfsmittelversorgung
- Hinweise zu Sonderpflegeeinrichtungen für Schwerstverletzte
- die Unterstützung gegenüber der Pflegekasse und dem MdK (medizinischer Dienst der Krankenversicherer)

Insbesondere bei beatmungspflichtigen Kindern und Jugendlichen bietet der Reha-Manager individuelle Unterstützung bis hin zur Unterbringung in speziellen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche an.

3 Allgemeine Hinweise

- 3.1** Bestehen bei den Basler Versicherungen mehrere Verträge zum RehaSchutz oder gleichartiger Versicherungsschutz, können aus all diesen Verträgen zusammen maximal 150.000 EUR für den Versicherungsfall verlangt werden.
- 3.2** Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.
- 3.3** Die in diesen Besonderen Bedingungen genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und der Verordnung nachgewiesen werden.
- 3.4** Der RehaSchutz nimmt an einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung bzw. einem Zuwachs von Leistungen (Dynamik) nicht teil.
- 3.5** Die Leistungen werden nur in der Bundesrepublik Deutschland erbracht.

Hinweise zum Datenschutz

Das Verarbeiten Ihrer personenbezogenen Daten ist wichtige Voraussetzung für das Anbieten optimalen Versicherungsschutzes durch uns. Der Schutz Ihrer Privatsphäre ist uns dabei wichtig.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Basler Sachversicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Basler Sachversicherungs-AG
Basler Str. 4
61345 Bad Homburg

Telefon: 0 61 72 / 125-220
E-Mail: info@basler.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der oben genannten Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datschutz@basler.de.

Allgemeines zur Datenverarbeitung

Wir verarbeiten u.a. folgende für den Vertragsabschluss sowie die Vertrags- und Schadenabwicklung relevante personenbezogene Daten:

- Angaben zu Ihrer Person (z.B. Namen, Geburtsdatum)
- Kontaktdaten (z.B. Adresse, Telefonnummer, Mailadresse)
- Angaben zur Bankverbindung zur Abwicklung der späteren Zahlungen
- Versicherungsproduktspezifische Angaben zur Berechnung der Versicherungsprämie
- Angaben zur Vorversicherung und Vorschäden

In erster Linie werden dabei die von Ihnen übermittelten Angaben und später gegebenenfalls ergänzenden Angaben aus der Schadenanzeige verarbeitet.

Um Ihnen einen bestmöglichen Service anzubieten und um Sie optimal beraten zu können, erhalten wir auch von Dritten personenbezogene Daten, die für den Vertragsabschluss erforderlich sind (z.B. Amtsstellen, Vor- und Rückversicherer). Nähere Informationen finden Sie unten in diesen Hinweisen.

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter: www.basler.de/hinweise/datschutz.html abrufen.

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der Basler Sachversicherungs-AG bestehenden Verträge mit dem Verantwortlichen oder einer Gesellschaft, die an einer gemeinsamen Datenerarbeitung teilnimmt (hierzu finden Sie unten im Punkt „Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe“ weitere Informationen), nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung und zur Erfüllung unserer versicherungsvertraglichen Pflichten, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung/-ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Unfallversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Diese können Sie an gesonderter Stelle, auf die wir Sie hinweisen werden, abgeben. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Basler Sachversicherungs-AG und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können,
- zur Verifizierung Ihrer bei uns angegebenen Adresse vor der Zustellung von Schriftstücken.

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

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum und IBAN, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, IBAN, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

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

Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Vor Vertragsschluss oder im Falle der Schadenbearbeitung überprüfen wir den angegebenen Sachverhalt. Sollte es dabei zu erhöhten Risiken und Auffälligkeiten kommen, die z. B. auf einen Versicherungsbetrug hindeuten könnten, erfolgt eine Meldung an das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS), das von der informa HIS GmbH betrieben wird.

Eine Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa.irfp.de oder www.gdv.de/his.

Einwilligungsklausel zur Bonitätsprüfung

Informationen zu dem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten beziehen wir von der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Dieser Hinweis erfolgt entsprechend den Vorschriften der §§ 28b Nr. 4 und 33 Abs. 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG).

Die Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Außerdem besteht ein Auskunftsrecht bei dem Versicherer zu den über Sie gespeicherten Daten, deren Herkunft, Empfänger und Zweck der Speicherung.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den eingesetzten Rückversicherern können Sie unserer Internetseite unter www.basler.de/hinweise/datenschutz entnehmen. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Mitversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir im Einzelfall gemeinsam mit anderen Versicherern (Mitversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Mitversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der / die Mitversicherer unserer Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den / die Mitversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu eingesetzten Mitversicherern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermitteln unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen. Sie erhalten hierzu gesondert weitere Informationen, falls wir Ihre Daten an einen Sie betreuenden Vermittler übermitteln.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie unserer Internetseite unter www.basler.de/hinweise/datenschutz.html entnehmen.

Weitere Empfänger

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf

Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen. Wir werden sämtliche Ihrer Rechte entsprechend den Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze beachten.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Datenschutzbeauftragte

Gustav-Stresemann-Ring 1
65189 Wiesbaden

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadenfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis der von Ihnen gemachten Angaben entscheiden wir in bestimmten Fällen vollautomatisiert bei der Antrags- sowie der Vertragsbearbeitung.

Die Entscheidung erfolgt dabei insbesondere auf der Grundlage Ihrer Angaben zu persönlichen Risikomerkmale.

Die vollautomatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken und den daraus abgeleiteten Regeln und Bearbeitungsrichtlinien.

Weiterer Personenkreis

Haben Sie uns neben Ihren eigenen personenbezogenen Daten auch Daten weiterer Personen genannt (z. B. mitversicherte Personen/Lebenspartner, abweichende Kontoinhaber etc.) geben Sie die vorliegenden Informationen zur Verwendung der Daten bitte auch an diese weiter.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb der Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Informationen dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie hier: <https://www.basler.de/hinweise/datenschutz.html>.

Information gem. Art 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)

Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungsbau oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i.V.m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechnete Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z. B. Rechnungsbau, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseinträgen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z. B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i.S.d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist. Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschfristen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e.V. zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht. Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde – Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, gegenüber der ICD widersprochen werden. Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu

vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Vorschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft) Wenn Sie –auf freiwilliger Basis– eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen. Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/ Haus), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD. Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z. B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring. Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z. B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.