

**Inhalte/ Bedingungen
ISDV-Business-Care**

Seite

1	Inhaltsverzeichnis
2-4	Versicherungsbedingungen und besondere Bedingungen zur ISDV-Business-Care
5-17	Allgemeine Haftpflichtbedingungen für die Haftpflichtversicherung AHB
18-31	Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen 2008
32-35	Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel
36-40	Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Reisen und Tarifbeschreibung AJR
41	Auslandsreisekrankenversicherung im Schadenfall
42-43	Bedingungen Teilausschnittsdeckung Rechtsschutz

Versicherungsbedingungen und besondere Bedingungen zur ISDV-Business-care

Die nachfolgenden Versicherungsbedingungen gelten sofern beantragt für den Versicherungsschutz **ISDV-Busniness-Care**, sowie für bestehende Versicherungen gemäß unseren Konzepten.

Besondere Bedingungen außerhalb der Versicherungsbedingungen zu den jeweiligen Versicherungssparten und allgemeine Bedingungen der ISDV-Business-care-Rahmenvereinbarung***Versicherungsschutz***

Der Versicherungsschutz wird gültig nach Eingang der Prämie, die Vertragslaufzeit beträgt ein Jahr. Der Versicherungsschutz verlängert sich um ein weiteres Jahr, wenn nicht drei Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Bei Gewerbeabmeldung ist der Vertrag unter Nachweis der Gewerbeabmeldung vorzeitig auflösbar. Die Jahresfolgeprämie vor Ablauf des Versicherungsjahres wird rechtzeitig per Rechnung versandt. Bei Nichtzahlung wird einmalig eine qualifizierte Mahnung an den ISDV-Business-care-Inhaber versandt – ist nach zweiwöchiger Frist kein Zahlungseingang festzustellen, wird der Vertrag nach § 38 VVG gekündigt.

Deckungsvoraussetzung zur Erstellung der ISDV-Business-Care und des Versicherungsschutzes ist der Zahlungseingang der fälligen Prämie. Der Versicherungsschutz kann nicht rückwirkend in Auftrag gegeben werden, sondern gilt ab Tag des Zahlungseinganges und Übermittlung aller erforderlichen Daten.

Der Versicherungsschein wird dem Antragsteller umgehend nach Eingang der vollständigen Prämie zugestellt. Die Ausstellung der ISDV-Business-Care erfolgt zeitnah und wird separater Post zugesandt.

Die ISDV-Business-Care ist nicht übertragbar, sondern gilt ausschließlich für das Mitglied im beantragten Umfang. Sie kann innerhalb des Versicherungsjahres nur außerordentlich gekündigt werden (z.B. bei Gewerbeabmeldung). Rückerstattungen erfolgen p.r.t - nach Rücksendung der Karte an die VDMV GmbH.

Der Versicherungsschutz beinhaltet gebündelte Versicherungen, die wie ein Vertrag behandelt werden. Das ISDV-Business-care-Konzept besteht mit der VDMV GmbH Hannover und der Versicherungswirtschaft in einem festgelegten Rahmen. Die einzelnen Bausteine sind, bis auf die Sparte KV, nicht abwählbar. Die ISDV-Business-care Versicherungsschutz gebenden Versicherungsunternehmen können wechseln, da die VDMV GmbH den ISDV-Business-care-Inhabern den jeweils besten Versicherungsschutz garantieren möchte. Die den Verträgen hinterlegten Versicherungsbedingungen und Informationen sind online abruf- und jederzeit einsehbar.

Die ISDV-Business-care wird für jede Versicherungsperiode neu ausgestellt.

Bitte beachten Sie, dass bei „Deckungsauftrag“ der feststehenden sogenannten „gewerblichen Betriebshaftpflichten nach dem ISDV-Business-care-Konzept oder Buchung eines ggf. Zusatzausteines zu bestehenden Verträgen per Internetauftrag, - download und/oder Faxauftrag keine vorausgehende individuelle persönliche Beratung und entsprechende Protokollierung nach § 42 VVG erfolgen kann. Wir reagieren mit dieser Lösung auf die branchenübliche Mobilität unserer Kunden. Das Widerrufsrecht bleibt davon unbeeinträchtigt. Wir weisen Sie hiermit dennoch darauf hin, dass der Abschluss ohne eingehende Beratung und deren Dokumentation Nachteile bei der Durchsetzung eines Schadenersatzanspruchs nach sich ziehen kann. Sollten Sie über die Online-Informationen hinaus Beratungsbedarf zu den Konzepten oder ggf. individuelle, hier nicht dokumentierte Risikoabsicherungen benötigen, wenden Sie sich bitte an unsere Kontaktanschrift. Wir beraten Sie gern umfassend vor Abschluss.

Auch wenn Sie unsicher sind, welcher Versicherungsschutz für Sie der Richtige ist, wenden Sie sich bitte an die Berater der VDMV GmbH unter info@vdmv.de oder den entsprechend hinterlegten Kontaktdataen im auf der Homepage www.vdmv.de.

Schäden sind unter zu Hilfenahme der hinterlegten Schadenformulare unverzüglich schriftlich an info@vdmv.de oder per Fax an 0511-33652999 zu senden

Informationen zu verschiedenen Versicherungsthemen, Ansprechpartner und FAQ finden Sie auch unter www.vdmv.de.

Änderungen in der Tätigkeit

Sollten sich Änderungen in der Tätigkeit oder Gefahrerhöhungen ergeben, sind diese umgehend schriftlich mitzuteilen, da ansonsten der Versicherungsschutz gefährdet ist. Wir weisen darauf hin, dass der Versicherungsschutz ausschließlich gemäß den Vorgaben des ISDV-Business-care-Konzeptes in Verbindung mit den jeweiligen Versicherungsbedingungen des Versicherungsunternehmens gilt.

Verlust der ISDV-Business-care:

Bei Verlust der Karte wird nach Zahlung einer einmaligen Bearbeitungsgebühr von € 10,00 eine neue Karte umgehend zugestellt.

Eine zusätzliche Ersatzkarte ist für eine Gebühr von € 5,00 einmalig bei Beantragung der Card mit zu bestellen.

Datenschutz

Gemäß dem **Grundsatz der Datenvermeidung und Datensparsamkeit** erheben wir **personenbezogene Daten** nur, wenn diese für den von Ihnen gewünschten Zweck entweder erforderlich sind, und/oder, wenn Sie uns diese freiwillig angeben. Folglich erheben wir bei:

-Versand jeder E-Mail an uns: zumindest Ihren Namen, Ihre Absender-Emailadresse und Ihre Nachricht sowie als freiwillige Angaben weitere Kontaktadressen (Anschrift, Telefonnummer), an die wir Ihnen antworten sollen oder unter der wir Sie erreichen können.

-der Beantragung von Verträgen, der Bestellung von Informationen und der Abwicklung von Versicherungsvertragsgeschäften, sowie deren Angebote von einem Mitglied die Mitgliedsnummer und den vollen Namen bzw. von einem Nicht-Mitglied nur den vollen Namen, die Anschrift sowie die gewünschten Informationen, Leistungen bzw. Produkte und weitere spezifizierte Daten, die für den anstehenden Vertragsabschluss und die künftige Leistungserbringung erforderlich (z.B. Tätigkeitsbeschreibung) und ggf. auch dienlich sind (wie z.B. Geburtsdatum, Familienstand, Kommunikationsverbindungen),

-bei Änderung Ihrer gespeicherten persönlichen Daten: Ihre Mitgliedsnummer, Ihren Vor- und Nachnamen, Ihre alte und neue Anschrift und ggf. Ihre neue Bankverbindung und das Geburtsdatum, ggf. Versicherungsscheinnummern

Die während einer Internetsitzung bei Mitgliedern und Interessenten erhobenen und verarbeiteten Daten werden ausschließlich für rechtlich zulässige Zwecke genutzt. Überwiegend erfolgt diese Nutzung zu Ihrer Betreuung im Rahmen bestehender Vertrags- und / oder vertragsähnlicher Vertrauensverhältnisse, zur Anbahnung, Abwicklung und Abrechnung neuer, bestehender oder beendeter Verträge und zur Erbringung vertraglicher Leistungen durch die VDMV GmbH oder dessen Vertragspartner/Versicherungsunternehmen.

Über die Homepage erhebt das Versorgungswerk nur dann Daten für eine personenbezogene Verarbeitung und Nutzung, wenn Sie sich freiwillig für die Eingabe entscheiden. Ihre Angaben wie z.B. Name, Alter, Geschlecht, Anschrift usw. benötigen wir zur Erstellung eines von Ihnen gewünschten Produktangebots. In diesem Fall werden die Angaben vom Versorgungswerk elektronisch verarbeitet. Angaben, die Sie in einem Produktantrag machen, führen zu einer Speicherung dieser Daten bei uns.

Wir verkaufen oder vermieten keinerlei personenbezogene Daten an Personen oder Unternehmen. Die unternehmensinterne Nutzung zu Werbezwecken (Firmenzeitung, Newsletter) kann erfolgen.

Vertragsabschluß/ Datenübermittlung:

Der Kunde willigt ein, dass Daten aus den Antragsunterlagen und/oder der Vertragsdurchführung (z.B. Beiträge, Versicherungsfälle, Kündigungen, Risiko-/Vertragsänderungen) an Versicherer im erforderlichen Umfang übermittelt werden dürfen. Die Einwilligung zur Datenübermittlung erstreckt sich auch an die Übermittlung von Daten an Rückversicherer. Gesundheitsdaten dürfen nur an Personenversicherer übermittelt werden, soweit dies zur Vertragsvermittlung erforderlich ist.

Schlussbestimmungen

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für die Änderung des Schriftformerfordernisses selbst.

Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Sind oder werden einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam, so wird dadurch die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die Vertragspartner werden in diesem Fall die ungültige Bestimmung durch eine andere ersetzen, die dem wirtschaftlichen Zweck der weggefallenen Regelung in zulässiger Weise am nächsten kommt.

Salvatorische Klausel

„Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.“

Widerrufsrecht

Verbraucher können Ihren Auftrag gemäß der jeweils aktuellen Rechtslage widerrufen. Hierzu genügt die Rücknahme der Auftragserklärung innerhalb von zwei (Haftpflicht-, Unfall- Versicherung) bzw. vier Wochen (Lebensversicherung) ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. per Brief, Fax oder nachvollziehbarer E-Mail). Die Zustimmung zur Datenverarbeitung kann für die Zukunft jederzeit widerrufen werden. Hierzu senden Sie uns bitte eine kurze Email, mit der Angabe Ihrer Anschrift, Geburtsdatum und Ihrer E-Mail-Adresse. Wir werden dann umgehend Ihre Daten komplett löschen, so wir nicht als Makler verpflichtet sind, Mandanten- und Vertragsvorgänge langfristig zu speichern.

Basis – und Pflichtinformationen:

Die ISDV-Business-care ist ein spezielles Versicherungskonzept der VDMV Versorgungswerk der Deutschen Medien- und Veranstaltungswirtschaft GmbH, HVS AG, der AXA Hannover Versicherung AG und KS Auxilia Hannover.

Außerhalb der besonderen Bedingungen der VDMV GmbH, gelten die besonderen Bedingungen des Versicherers in Verbindung mit den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Gerichtsstand ist Hannover

VDMV Versorgungswerk der Deutschen Medien- und Veranstaltungswirtschaft GmbH

Geschäftsführer: Frank Preuss
Kronenstr.14, 30161 Hannover
Tel: 0511-33652990
Fax: 0511-33652999
info@vdmv.de
www.vdmv.de

HRB Abt. B Nr. 58840

Der Makler ist im Vermittlerregister eingetragen IHK Hannover (VDMV: D-ABMN-XOH9R-69)

2. Der Kunde kann die Eintragung auf der Internetseite www.vermittlerregister.de überprüfen .

3. Der Makler hält keine unmittelbare oder mittelbare Beteiligung von mehr als 10 % der Stimmrechte oder des Kapitals an einem Versicherungsunternehmen.

4. Ein Versicherungsunternehmen hält keine mittelbare oder unmittelbare Beteiligung von mehr als 10 % der Stimmrechte oder des Kapitals am Versicherungsmakler.

5. Beschwerdestellen - außergerichtliche Streitbeilegung

Versicherungsbudsmann e.V.,

Prof. Wolfgang Römer
Postfach 08 06 22
10006 Berlin

(weitere Informationen unter: www.versicherungsbudsmann.de)

Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung

Arno Surminski

Leipziger Str. 104
10117 Berlin

(weitere Informationen unter : www.pkv-ombudsmann.de)

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BAFin)

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

(weitere Informationen unter: www.bafin.de [Stichwort: Ombudsleute])

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)

(A 01.08 – Stand 01/08)

	Seite
Umfang des Versicherungsschutzes	
1. Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall	8
2. Vermögensschäden, Abhandenkommen von Sachen	8
3. Versichertes Risiko	8
4. Vorsorgeversicherung	8
5. Leistungen der Versicherung	9
6. Begrenzung der Leistungen	9
7. Ausschlüsse	9
Beginn des Versicherungsschutzes / Beitragszahlung	
8. Beginn des Versicherungsschutzes	12
9. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / erster oder einmaliger Beitrag	12
10. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag	12
11. Rechteintheit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung	12
12. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung	12
13. Beitragsregulierung	13
14. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	13
15. Beitragsangleichung	13
Dauer und Ende des Vertrages / Kündigung	
16. Dauer und Ende des Vertrages	13
17. Wegfall des versicherten Risikos	13
18. Kündigung nach Beitragsangleichung	14
19. Kündigung nach Versicherungsfall	14
20. Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen	14
21. Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften	14
22. Mehrfachversicherung	14
Obliegenheiten des Versicherungsnehmers	
23. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers	15
24. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles	16
25. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles	16
26. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten	16
Weitere Bestimmungen	
27. Mitversicherte Personen	16
28. Abtretungsverbot	16
29. Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung	16
30. Verjährung	17
31. Zuständiges Gericht	17
32. Anzuwendendes Recht	17

Umfang des Versicherungsschutzes

1. Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall

- 1.1 Versicherungsschutz besteht im Rahmen des versicherten Risikos für den Fall, dass der Versicherungsnehmer wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses (Versicherungsfall), das einen Personen-, Sach- oder sich daraus ergebenden Vermögensschaden zur Folge hatte, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen private rechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird. Schadenereignis ist das Ereignis, als dessen Folge die Schädigung des Dritten unmittelbar entstanden ist. Auf den Zeitpunkt der Schadenverursachung, die zum Schadenereignis geführt hat, kommt es nicht an.
- 1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche, auch wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt,
- (1) auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadensersatz statt der Leistung;
 - (2) wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nacherfüllung durchführen zu können;
 - (3) wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;
 - (4) auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäß Vertragserfüllung;
 - (5) auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;
 - (6) wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.

1. Vermögensschäden, Abhandenkommen von Sachen

- Dieser Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung erweitert werden auf die gesetzliche Haftpflicht privatrechtlichen Inhalts des Versicherungsnehmers wegen
- 2.1 Vermögensschäden, die weder durch Personen- noch durch Sachschäden entstanden sind;
- 2.2 Schäden durch Abhandenkommen von Sachen; hierauf finden dann die Bestimmungen über Sachschäden Anwendung.

2. Versichertes Risiko

- 3.1 Der Versicherungsschutz umfasst die gesetzliche Haftpflicht
- (1) aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken des Versicherungsnehmers,
 - (2) aus Erhöhungen oder Erweiterungen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken. Dies gilt nicht für Risiken aus dem Halten oder Gebrauch von versicherungspflichtigen Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugen sowie für sonstige Risiken, die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen,
 - (3) aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluss der Versicherung neu entstehen (Vorsorgeversicherung) und die in Ziffer 4 näher geregelt sind.
- 3.2 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Erhöhungen des versicherten Risikos durch Änderung bestehender oder Erlass neuer Rechtsvorschriften. Der Versicherer kann den Vertrag jedoch unter den Voraussetzungen von Ziffer 21 kündigen.

1. Vorsorgeversicherung

- 4.1 Risiken, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages neu entstehen, sind im Rahmen des bestehenden Vertrages sofort versichert.
- (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung des Versicherers jedes neue Risiko innerhalb eines Monats anzugeben. Die Aufforderung kann auch mit der Beitragsrechnung erfolgen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung. Tritt der Versicherungsfall ein, bevor das neue Risiko angezeigt wurde, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und zu einem Zeitpunkt hinzugekommen ist, zu dem die Anzeigefrist noch nicht verstrichen war.
 - (2) Der Versicherer ist berechtigt, für das neue Risiko einen angemessenen Beitrag zu verlangen. Kommt eine Einigung über die Höhe dieses Beitrages innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige nicht zustande, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.
- 4.2 Der Versicherungsschutz für neue Risiken ist von ihrer Entstehung bis zur Einigung im Sinne von Ziffer 4.1 (2) auf den Betrag von 2.000.000 EUR für Personenschäden und 1.000.000 EUR für Sachschäden und – soweit vereinbart – 100.000 EUR für Vermögensschäden begrenzt, sofern nicht im Versicherungsschein geringere Deckungssummen festgesetzt sind.
- 4.3 Die Regelung der Vorsorgeversicherung gilt nicht für Risiken
- (1) aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs, soweit diese Fahrzeuge der Zulassungs-, Führerschein- oder Versicherungspflicht unterliegen;
 - (2) aus dem Eigentum, Betrieb oder Führen von Bahnen;
 - (3) die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen;
 - (4) die kürzer als ein Jahr bestehen werden und deshalb im Rahmen von kurzfristigen Versicherungsverträgen zu versichern sind.

5. Leistungen der Versicherung

- 5.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche und die Freistellung des Versicherungsnehmers von berechtigten Schadensersatzverpflichtungen.
- Berechtigt sind Schadensersatzverpflichtungen dann, wenn der Versicherungsnehmer aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleiches zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die vom Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.
- Ist die Schadensersatzverpflichtung des Versicherungsnehmers mit bindender Wirkung für den Versicherer festgestellt, hat der Versicherer den Versicherungsnehmer binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen.
- 5.2 Der Versicherer ist bevollmächtigt, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben.
- Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.
- 5.3 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadensereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
- 5.4 Erlangt der Versicherungsnehmer oder ein Mitversicherter das Recht, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist der Versicherer zur Ausübung dieses Rechts bevollmächtigt.

6. Begrenzung der Leistungen

- 6.1 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Deckungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entstädigungspliftige Personen erstreckt.
- 6.2 Sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, sind die Entschädigungsleistungen des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres auf das Einfache der vereinbarten Deckungssummen begrenzt.
- 6.3 Mehrere während der Wirksamkeit der Versicherung eintretende Versicherungsfälle gelten als ein Versicherungsfall, der im Zeitpunkt des ersten dieser Versicherungsfälle eingetreten ist, wenn diese
- auf derselben Ursache,
 - auf gleichen Ursachen mit innerem, insbesondere sachlichem und zeitlichem, Zusammenhang oder
 - auf der Lieferung von Waren mit gleichen Mängeln beruhen.
- 6.4 Falls besonders vereinbart, beteiligt sich der Versicherungsnehmer bei jedem Versicherungsfall mit einem im Versicherungsschein festgelegten Betrag an der Schadensersatzleistung (Selbstbehalt). Soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, ist der Versicherer auch in diesen Fällen zur Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche verpflichtet.
- 6.5 Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die Deckungssummen angerechnet.
- 6.6 Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Deckungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Deckungssumme zur Gesamthöhe dieser Ansprüche.
- 6.7 Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Deckungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Deckungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Deckungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet.
- Für die Berechnung des Rentenwertes gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.
- Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Deckungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restdeckungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Deckungssumme abgesetzt.
- 6.8 Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Verhalten des Versicherungsnehmers scheitert, hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Entschädigungsleistung, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

7. Ausschlüsse

- 7.1 Falls im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, sind von der Versicherung ausgeschlossen:
- Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.

- 7.2 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden dadurch verursacht haben, dass sie in Kenntnis von deren Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit
- Erzeugnisse in den Verkehr gebracht oder
 - Arbeiten oder sonstige Leistungen erbracht haben.
- 7.3 Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.
- 7.4 Haftpflichtansprüche
- (1) des Versicherungsnehmers selbst oder der in Ziffer 7.5 benannten Personen gegen die Mitversicherten,
 - (2) zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Versicherungsvertrages,
 - (3) zwischen mehreren Mitversicherten desselben Versicherungsvertrages,
- 7.5 Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer
- (1) aus Schadenfällen seiner Angehörigen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören;
- Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).
- (2) von seinen gesetzlichen Vertretern oder Betreuern, wenn der Versicherungsnehmer eine geschäftsunfähige, beschränkt geschäftsfähige oder betreute Person ist;
 - (3) von seinen gesetzlichen Vertretern, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts oder ein nicht rechtsfähiger Verein ist;
 - (4) von seinen unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist;
 - (5) von seinen Partnern, wenn der Versicherungsnehmer eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist;
 - (6) von seinen Liquidatoren, Zwangs- und Insolvenzverwaltern;
- zu Ziffer 7.4 und Ziffer 7.5:
- Die Ausschlüsse unter Ziffer 7.4 und Ziffer 7.5 (2) bis (6) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 7.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.
- 7.7 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn
- (1) die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
 - (2) die Schäden dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dgl.) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;
 - (3) die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers entstanden sind und sich diese Sachen oder - sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt - deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte.
- zu Ziffer 7.6 und Ziffer 7.7:
- Sind die Voraussetzungen der Ausschlüsse in Ziffer 7.6 und Ziffer 7.7 in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.
- 7.8 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an vom Versicherungsnehmer hergestellten oder gelieferten Sachen, Arbeiten oder sonstigen Leistungen infolge einer in der Herstellung, Lieferung oder Leistung liegenden Ursache und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden. Dies gilt auch dann, wenn die Schadenursache in einem mangelhaften Einzelteil der Sache oder in einer mangelhaften Teilleistung liegt und zur Beschädigung oder Vernichtung der gesamten Sache oder Leistung führt.
- Dieser Ausschluss findet auch dann Anwendung, wenn Dritte im Auftrag oder für Rechnung des Versicherungsnehmers die Herstellung oder Lieferung der Sachen oder die Arbeiten oder sonstigen Leistungen übernommen haben.

- 7.9 Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII sind jedoch mitversichert.
- 7.10 a) Ansprüche, die gegen den Versicherungsnehmer wegen Umweltschäden gemäß Umweltschadensgesetz oder anderer auf der EU-Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierenden nationalen Umsetzungsgesetzen geltend gemacht werden. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer von einem Dritten aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts auf Erstattung der durch solche Umweltschäden entstandenen Kosten in Anspruch genommen wird.
- Der Versicherungsschutz bleibt aber für solche Ansprüche erhalten, die auch ohne Bestehen des Umweltschadensgesetzes oder anderer auf der EU-Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierender nationaler Umsetzungsgesetze bereits aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts gegen den Versicherungsnehmer geltend gemacht werden könnten.
- Dieser Ausschluss gilt nicht im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken.
- 7.10 b) Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung.
- Dieser Ausschluss gilt nicht
- (1) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken
 - oder
 - (2) für Schäden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftpflicht).
- Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Schäden durch Umwelteinwirkung, die aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von
- Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen);
 - Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG-Anlagen);
 - Anlagen, die nach dem Umweltschutz dienenden Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht unterliegen;
 - Abwasseranlagen oder
- Teilen resultieren, die ursächlich für solche Anlagen bestimmt sind.
- 7.11 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind.
- 7.12 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z.B. Strahlen von radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen).
- 7.13 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die zurückzuführen sind auf
- (1) gentechnische Arbeiten,
 - (2) gentechnisch veränderte Organismen (GVO),
 - (3) Erzeugnisse, die
 - Bestandteile aus GVO enthalten,
 - aus oder mit Hilfe von GVO hergestellt wurden.
- 7.14 Haftpflichtansprüche aus Sachschäden, welche entstehen durch
- (1) Abwässer, soweit es sich nicht um häusliche Abwässer handelt,
 - (2) Senkungen von Grundstücken oder Erdrutschungen,
 - (3) Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer.
- 7.15 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, soweit es sich handelt um Schäden aus
- (1) Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten,
 - (2) Nichterfassen oder fehlerhaftem Speichern von Daten,
 - (2) Störung des Zugangs zum elektronischen Datenaustausch,
 - (4) Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen.
- 7.16 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Persönlichkeits- oder Namensrechtsverletzungen.
- 7.17 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Anfeindung, Schikane, Belästigung, Ungleichbehandlung oder sonstigen Diskriminierungen.
- 7.18 Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers resultieren. Das Gleiche gilt für Sachschäden, die durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind. In bei den Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.

Beginn des Versicherungsschutzes / Beitragszahlung

8. Beginn des Versicherungsschutzes	Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziffer 9.1 zahlt. Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.
9. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / erster oder einmaliger Beitrag	<p>9.1 Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.</p> <p>9.2 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.</p> <p>9.3 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.</p>
10. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag	<p>10.1 Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.</p> <p>10.2 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziffern 10.3 und 10.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.</p> <p>10.3 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen wurde.</p> <p>10.4 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen hat. Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.</p>
11. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung	<p>Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitszeit eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.</p> <p>Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.</p> <p>Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.</p>
12. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung	<p>Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.</p>

13. Beitragsregulierung	<p>13.1 Der Versicherungsnehmer hat nach Aufforderung mitzuteilen, ob und welche Änderungen des versicherten Risikos gegenüber den früheren Angaben eingetreten sind. Diese Aufforderung kann auch durch einen Hinweis auf der Beitragsrechnung erfolgen. Die Angaben sind innerhalb eines Monats nach Zugang der Aufforderung zu machen und auf Wunsch des Versicherers nachzuweisen. Bei unrichtigen Angaben zum Nachteil des Versicherers kann dieser vom Versicherungsnehmer eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschiedes verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass ihn an der Unrichtigkeit der Angaben kein Verschulden trifft.</p> <p>13.2 Aufgrund der Änderungsmitteilung des Versicherungsnehmers oder sonstiger Feststellungen wird der Beitrag ab dem Zeitpunkt der Veränderung berichtigt (Beitragsregulierung), beim Wegfall versicherter Risiken jedoch erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung beim Versicherer. Der vertraglich vereinbarte Mindestbeitrag darf dadurch nicht unterschritten werden. Alle entsprechend Ziffer 15.1 nach dem Versicherungsschluss eingetretenen Erhöhungen und Ermäßigungen des Mindestbeitrags werden berücksichtigt.</p> <p>13.3 Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Mitteilung, kann der Versicherer für den Zeitraum, für den die Angaben zu machen waren, eine Nachzahlung in Höhe des für diesen Zeitraum bereits in Rechnung gestellten Beitrages verlangen. Werden die Angaben nachträglich gemacht, findet eine Beitragsregulierung statt. Ein vom Versicherungsnehmer zuviel gezahlter Beitrag wird nur zurückerstattet, wenn die Angaben innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung des erhöhten Beitrages erfolgten.</p> <p>13.4 Die vorstehenden Bestimmungen finden auch Anwendung auf Versicherungen mit Beitragsvorauszahlung für mehrere Jahre.</p>
14. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	<p>Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.</p>
15. Beitragsangleichung	<p>15.1 Die Versicherungsbeiträge unterliegen der Beitragsangleichung. Soweit die Beiträge nach Lohn-, Bau- oder Umsatzsumme berechnet werden, findet keine Beitragsangleichung statt. Mindestbeiträge unterliegen unabhängig von der Art der Beitragsberechnung der Beitragsangleichung.</p> <p>15.2 Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen aller zum Betrieb der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zugelassenen Versicherer gegenüber dem vorvergangenen Jahr erhöht oder vermindert hat. Den ermittelten Prozentsatz runden er auf die nächst niedrigere, durch fünf teilbare ganze Zahl ab. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.</p> <p>Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.</p> <p>15.3 Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 15.2 ergebenden Prozentsatz zu verändern (Beitragsangleichung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird dem Versicherungsnehmer mit der nächsten Beitragsrechnung bekannt gegeben.</p> <p>Hat sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen des Versicherers in jedem der letzten fünf Kalenderjahre um einen geringeren Prozentsatz als denjenigen erhöht, den der Treuhänder jeweils für diese Jahre nach Ziffer 15.2 ermittelt hat, so darf der Versicherer den Folgejahresbeitrag nur um den Prozentsatz erhöhen, um den sich der Durchschnitt seiner Schadenzahlungen nach seinen unternehmenseigenen Zahlen im letzten Kalenderjahr erhöht hat; diese Erhöhung darf diejenige nicht überschreiten, die sich nach dem vorstehenden Absatz ergeben würde.</p> <p>15.4 Liegt die Veränderung nach Ziffer 15.2 oder 15.3 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.</p>
Dauer und Ende des Vertrages / Kündigung	<p>16. Dauer und Ende des Vertrages</p>
	<p>16.1 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.</p> <p>16.2 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.</p> <p>16.3 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.</p> <p>16.4 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.</p>
17. Wegfall des versicherten Risikos	<p>Wenn versicherte Risiken vollständig und dauerhaft wegfallen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken. Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.</p>

<p>18. Kündigung nach Beitragsangleichung</p>	<p>Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsangleichung gemäß Ziffer 15.3, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.</p>
	<p>Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.</p>
	<p>Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.</p>
<p>19. Kündigung nach Versicherungsfall</p>	<p>19.1 Das Versicherungsverhältnis kann gekündigt werden, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – vom Versicherer eine Schadensersatzzahlung geleistet wurde oder – dem Versicherungsnehmer eine Klage über einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch gerichtlich zugestellt wird. <p>Die Kündigung muss dem Vertragspartner in Schriftform spätestens einen Monat nach der Schadensersatzzahlung oder der Zustellung der Klage zugegangen sein.</p> <p>19.2 Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.</p> <p>Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.</p>
<p>20. Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen</p>	<p>20.1 Wird ein Unternehmen, für das eine Haftpflichtversicherung besteht, an einen Dritten veräußert, tritt dieser an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums sich aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten ein.</p> <p>Dies gilt auch, wenn ein Unternehmen aufgrund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.</p> <p>20.2 Das Versicherungsverhältnis kann in diesem Falle</p> <ul style="list-style-type: none"> – durch den Versicherer dem Dritten gegenüber mit einer Frist von einem Monat, – durch den Dritten dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode <p>in Schriftform gekündigt werden.</p> <p>20.3 Das Kündigungsrecht erlischt, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Dritten Kenntnis erlangt; – der Dritte es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt. <p>20.4 Erfolgt der Übergang auf den Dritten während einer laufenden Versicherungsperiode und wird das Versicherungsverhältnis nicht gekündigt, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Dritte für den Versicherungsbeitrag dieser Periode als Gesamtschuldner.</p> <p>20.5 Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Dritten unverzüglich anzuzeigen.</p> <p>Bei einer schulhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer den mit dem Veräußerer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.</p> <p>Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.</p> <p>Der Versicherungsschutz fällt trotz Verletzung der Anzeigepflicht nicht weg, wenn dem Versicherer die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.</p>
<p>21. Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften</p>	<p>Bei Erhöhungen des versicherten Risikos durch Änderung bestehender oder Erlass neuer Rechtsvorschriften ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung Kenntnis erlangt hat.</p>
<p>22. Mehrfachversicherung</p>	<p>22.1 Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn das Risiko in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.</p> <p>22.2 Wenn die Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.</p> <p>22.3 Das Recht auf Aufhebung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht innerhalb eines Monats geltend macht, nachdem er von der Mehrfachversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Erklärung, mit der sie verlangt wird, dem Versicherer zugeht.</p>

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

23. **Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers**
- 23.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
- Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände anzugeben, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt.
- Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 23.2 Rücktritt
- (1) Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat.
- Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.
- (2) Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.
- Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- (3) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
- Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, 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 der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.
- Dem Versicherer steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 23.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht
- Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.
- Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- Erhöht sich durch die Vertragsanspassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Schriftform kündigen.
- Der Versicherer muss die ihm nach Ziffern 23.2 und 23.3 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.
- Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern 23.2 und 23.3 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.
- Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern 23.2 und 23.3 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- 23.4 Anfechtung
- Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

24. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles	<p>Besonders gefahrdrohende Umstände hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers innerhalb angemessener Frist zu beseitigen. Dies gilt nicht, soweit die Beseitigung unter Abwägung der beiderseitigen Interessen unzumutbar ist. Ein Umstand, der zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefahrdrohend.</p>
25. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles	<p>25.1 Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben wurden.</p> <p>25.2 Der Versicherungsnehmer muss nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens sorgen. Weisungen des Versicherers sind dabei zu befolgen, soweit es für den Versicherungsnehmer zumutbar ist. Er hat dem Versicherer ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten und ihn bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen. Alle Umstände, die nach Ansicht des Versicherers für die Bearbeitung des Schadens wichtig sind, müssen mitgeteilt sowie alle dafür angeforderten Schriftstücke übersandt werden.</p> <p>25.3 Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Haftpflichtanspruch erhoben, ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder ihm gerichtlich der Streit verkündet, hat er dies ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.</p> <p>25.4 Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadensersatz muss der Versicherungsnehmer fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung des Versicherers bedarf es nicht.</p> <p>25.5 Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, hat er die Führung des Verfahrens dem Versicherer zu überlassen. Der Versicherer beauftragt im Namen des Versicherungsnehmers einen Rechtsanwalt. Der Versicherungsnehmer muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.</p>
26. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten	<p>26.1 Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte.</p> <p>26.2 Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.</p> <p>Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.</p> <p>Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.</p> <p>Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.</p> <p>Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm nach Ziffer 26.1 zustehendes Kündigungsrecht ausübt.</p>
Weitere Bestimmungen	
27. Mitversicherte Personen	<p>27.1 Erstreckt sich die Versicherung auch auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als den Versicherungsnehmer selbst, sind alle für ihn geltenden Bestimmungen auf die Mitversicherten entsprechend anzuwenden. Die Bestimmungen über die Vorsorgeversicherung (Ziffer 4.) gelten nicht, wenn das neue Risiko nur in der Person eines Mitversicherten entsteht.</p> <p>27.2 Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben den Mitversicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.</p>
29. Abtretungsverbot	<p>Der Freistellungsanspruch darf vor seiner endgültigen Feststellung ohne Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden. Eine Abtretung an den geschädigten Dritten ist zulässig.</p>
31. Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung	<p>29.1 Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.</p> <p>29.2 Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.</p>

	29.3	Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 29.2 entsprechende Anwendung.
30. Verjährung	30.1	Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
	30.2	Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.
31. Zuständiges Gericht	31.1	Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
	31.2	Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist.
	31.3	Sind der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
32. Anzuwendendes Recht		Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wurde durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

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

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

Schweigepflicht- entbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie beispielsweise bei einem Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Beispiele für die Daten- verarbeitung und -nutzung

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie z.B. Versicherungsnummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichern wir entsprechend der Vertragsart Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse unserer Versicherungsnehmer achten wir wie alle Versicherer stets auf einen Ausgleich der von uns übernommenen Risiken. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im **Einzelfall** auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen ebenfalls entsprechende Daten übergeben werden.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im **Schadenfall** dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und für die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte).

Um Versicherungsmisbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (§ 78 VVG Haftung bei Mehrfachversicherung, § 86 VVG Übergang von Ersatzansprüchen sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie z.B. Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmisbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme bzw. werden zentrale Datensammlungen geführt.

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

Beispiel: Kfz-Versicherer:

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer/Krankenversicherer:

Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- auf Grund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.

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

Zweck: Risikoprüfung.

Unfallversicherer:

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch. **Sachversicherer:**

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn auf Grund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadensummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer:

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadensfällen, insbesondere in der Reisegepäck-Versicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

5. Betreuung durch Versicherungsvermittler

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

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler von uns die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Das sind beispielsweise Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versichererfälle und Höhe von Versicherungsleistungen (sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere Finanzdienstleistungen wie z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages). In der Personenversicherung können ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung unserer Kunden. Wir informieren unsere Vermittler über Änderungen von kundenrelevanten Daten. Jeder Vermittler ist vertraglich und gesetzlich dazu verpflichtet, die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und seine besondere Schweigepflicht (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Wir teilen Ihnen den Vermittler, der für Ihre Betreuung zuständig ist, mit. Wenn seine Tätigkeit für uns endet, regeln wir Ihre Betreuung neu und informieren Sie darüber.

6.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

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

Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2008)

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

Versicherungsumfang

- 1 **Was ist versichert?**
- 2 **Welche Leistungsarten können vereinbart werden?**
- 2.1 **Invaliditätsleistung**
 - 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.1.2 Art und Höhe der Leistung
- 2.2 **Tagegeld**
 - 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung
- 2.3 **Krankenhaus-Tagegeld**
 - 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung
- 2.4 **Genesungsgeld**
 - 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung
- 2.5 **Todesfallleistung**
 - 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung
 - 2.5.2 Höhe der Leistung
- 2.6 **Bergungskosten**
- 2.7 **Kosmetische Operationen**
- 3 **Generelohne Mehrbeitrag versicherte Leistungen**
- 3.1 **Versorgung des Partners**
- 3.2 **Beitragsfreie Mitversicherung von Neugeborenen**
- 3.3 **Rooming-In**
- 3.4 **Kinderunfallversicherung und beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers**
- 3.5 **Doppelte Todesfallleistung bei Vollwaisen**
- 4 **In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- 5 **Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person?**
- 6 **Nicht versicherbare Personen**
- 7 **Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?**
- 8 **Was gilt bei militärischen Einsätzen und bei Wehr-/ Zivildienst?**

Der Leistungsfall

- 9 **Was müssen Sie nach einem Unfall beachten (Obliegenheiten)?**
- 10 **Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten und das Nichteinhalten bestimmter Fristen?**
- 11 **Wann sind die Leistungen fällig?**

Die Versicherungsdauer

- 12 **Wann beginnt und endet der Vertrag?**

Der Versicherungsbeitrag

- 13 **Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?
 - 13.1 Beitrag und Versicherungsteuer
 - 13.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
 - 13.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
 - 13.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung
 - 13.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
 - 13.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 - 13.7 Beitrag bei Ruhen des Versicherungsschutzes gem. Ziffer 8.2 GUB 2008

Weitere Bestimmungen

- 14 **Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 15 **Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 16 **Wann verjährten die Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 17 **Welches Recht findet Anwendung und wo sind die Gerichtsstände?**
- 18 **Was müssen Sie uns sonst noch mitteilen, was müssen Sie dabei beachten?**

Versicherungsumfang

1

1.1 Was ist versichert?

1.2

Wo gilt der Versicherungsschutz?

1.3

Was ist ein Unfall?

1.4

Welche Erweiterungen gelten darüber hinaus?

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

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

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.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig und fallen somit unter den Versicherungsschutz.

Auch Erfrierungen, Sonnenbrände und Sonnenstiche, die als Folge eines Unfalls im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2008 auftreten, sind vom Versicherungsschutz erfasst.

1.4.1 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

1.4.2 Bei Gesundheitsschädigungen durch die Einwirkung ausströmender Gase oder Dämpfe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn besondere Umstände den Versicherten dazu zwangen, sich diesen Einwirkungen mehrere Stunden lang auszusetzen. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben jedoch ausgeschlossen.

1.4.3 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfelverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss. Als Unfälle gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

1.4.4 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzungen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Die äußere Hautschicht wird z.B. durch einen Zeckenbiss durchtrennt. Die durch Zeckenbiss verursachten Infektionen wie Borreliose oder FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis) fallen somit ausdrücklich unter den Versicherungsschutz.

Es fallen auch folgende Infektionskrankheiten unter den Versicherungsschutz, bei denen die Krankheitserreger ebenfalls durch eine Durchtrennung der äußeren Hautschicht in den Körper gelangen:

Malaria, die durch einen Mückenstich übertragen wird.

Fleckfieber, das durch den Biss bzw. Stich von Läusen übertragen wird.

Gelbfieber, das durch einen Mückenstich übertragen wird.

Schlafkrankheit, die durch den Stich der Tsetsefliege übertragen wird.

Tetanus, der durch das Eindringen von Fremdkörpern unter die Haut entsteht.

Tularämie (Hasenpest), die durch den Biss von Zecken, den Biss von Flöhen, den Biss oder das Kratzen von Hunden und Katzen übertragen wird.

Die vorgenannte Aufzählung von Infektionskrankheiten, die dadurch entstehen, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, in den Körper gelangt sind, ist nur beispielhaft und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Einer Infektion gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen Infektionen. Die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf durch Schutzimpfungen hervorgerufene Infektionen beschränkt sich auf die Leistungsarten Invalidität und Tod gemäß den Bestimmungen der Ziffern 2.1 und 2.5 GUB 2008.

1.4.5 Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- oder Laser- oder Maserstrahlen, aber auch Gesundheitsschädigungen durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen fallen unter den Versicherungsschutz, soweit sich diese Gesundheitsschädigungen als Unfälle im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2008 darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben in diesem Zusammenhang Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten darstellen und Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten sind.

Ferner bleiben vom Versicherungsschutz Gesundheitsschädigungen durch andere Strahlenarten und durch Kernenergie ausgeschlossen (Siehe Ziffer 4.2.5 GUB 2008).

1.4.6 Mitversichert sind die Folgen von Lebensmittelvergiftungen.

Auch mitversichert sind Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahren infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Auf die Ziffer 4.2.4 weisen wir hin.

1.5

Wichtiger Hinweis

Auf die Regelungen über die Ausschüsse vom Versicherungsschutz (Ziffer 4), Einschränkung der Leistungen bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person an den Unfallfolgen (Ziffer 5) sowie nicht versicherbare Personen (Ziffer 6) weisen wir Sie hin.

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag. Zusätzliche Leistungen, die Sie unter Ziffer 3 finden, sind generell mitversichert.

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

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

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

- a) bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	70%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	70%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	70%
einer Hand	70%
eines Daumens	25%
eines Zeigefingers	16%
eines anderen Fingers	10%
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70%
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	65%
eines Beines bis unterhalb des Knie	55%
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	50%
eines Fußes	50%
einer großen Zehe	8%
einer anderen Zehe	3%

- b) bei gänzlichem Verlust

der Sehkraft eines Auges	55%
des Gehörs auf einem Ohr	35%
des Geruchs	10%
des Geschmacks	5%

- c) bei vollständigem Verlust der Stimme 40%

Nicht versichert ist der Verlust von Stimme oder Sprache, dessen Ursache eine unfallbedingte psychische Traumatisierung im Sinne einer psychogenen Reaktion darstellt (siehe auch Ziffer 4.2.1). Unter den Versicherungsschutz fällt der Stimmverlust also nur, wenn eine unfallbedingte organische Verletzung die Ursache ist.

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

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

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

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

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Tagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

Sofern die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf soweit als möglich nachgeht, wird dies nicht zu ihren Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund maßgebend.

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

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

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

2.3 Krankenhaus-Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Eine vollstationäre Heilbehandlung liegt bei einem mindestens 24-stündigen Krankenhausaufenthalt vor.

Kuren sowie Aufenthalte in privaten Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Erfolgt die Heilbehandlung jedoch in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaus-Tagegeld-Anspruch zumindest dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnsitzes der versicherten Person ist.

Krankenhaus-Tagegeld wird auch für eine unfallbedingte ambulant durchgeführte Operation gezahlt, soweit für diese Operation üblicherweise ein Krankenaufenthalt notwendig wäre. Den Nachweis darüber haben Sie als der Versicherungsnehmer zu führen. Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld wird in diesen Fällen für **drei** Tage gezahlt. **Ein Anspruch auf ein versichertes Genesungsgeld im Sinne der Ziffer 2.4.1 GUB 2008 entsteht hierdurch nicht.**

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Über das zweite Unfalljahr hinaus wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt, wenn der Aufenthalt zur Entfernung des eingebrachten Osteosynthesematerials dient.

Bei unfallbedingtem Aufenthalt in Sanatorien wird längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50% des versicherten Krankenhaus-Tagegeldes übernommen. Diese Regelung hat jedoch nur dann Gültigkeit, wenn sich der Sanatoriumsaufenthalt unmittelbar an einen unfallbedingten Krankenaufenthalt anschließt.

2.4 Genesungsgeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.3.

Ein Anspruch auf Genesungsgeld entsteht allerdings nur dann, wenn diese Leistung ausdrücklich vereinbart ist.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Genesungsgeld wird in Höhe der für das Krankenhaus-Tagegeld vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.5 Todesfallleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben oder nach dem Verschollenheitsgesetz (VerschG) für Tod erklärt worden. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 9.5 weisen wir hin.

2.5.2 Höhe der Leistung

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.6 Bergungskosten in der Unfallversicherung

1. Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe von 10.000 EUR - soweit keine abweichende Summe vereinbart ist - die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
 - b) Transport der verletzten versicherten Person in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten versicherten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.

2. Hat die versicherte Person für Kosten nach 1. a) einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Besteht ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
4. Bestehen für die versicherte Person bei dem gleichen Versicherungsunternehmen mehrere Unfallversicherungen, können die beitragsfrei mitversicherten Bergungskosten in Höhe von 10.000 EUR nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
5. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen in der Unfall-Versicherung

1. Soweit keine abweichende Summe vereinbart ist, gilt im Rahmen der nachstehenden Bedingungen eine Summe von 10.000 EUR versichert.
2. Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztliche verordnete Hilfsmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
3. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfallen das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person, durchgeführt werden.
4. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden insoweit übernommen, soweit es sich um den unfallbedingten Verlust oder den Teilverlust von natürlichen Schneide- oder Eckzähnen handelt. Nicht übernommen werden insoweit die Kosten für die Beschädigung oder die Zerstörung von Zahnersatz (Brücken, Kronen, Gebissen und Implantaten).
5. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
6. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Besteht ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
7. Bestehen für die versicherte Person bei dem gleichen Versicherungsunternehmen mehrere Unfallversicherungen, können die beitragsfrei mitversicherten Kosten für kosmetische Operationen in Höhe von 10.000 EUR nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
8. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einem für andere Leistungsarten vereinbarten Zuwachs von Leistung und Beitrag nicht teil.

3

Welche Leistungen sind generell ohne Mehrbeitrag versichert?

3.1 Versorgung des Partners

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe-/Lebenspartner während der Versicherungsdauer und war der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt ungekündigt, so wird diese Versicherung ab dem Todestag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zur nächsten Stammfälligkeit beitragsfrei weitergeführt. (Gilt nicht in der Gruppen-Unfallversicherung)

3.2 Beitragsfreie Mitversicherung von Neugeborenen

Während der Laufzeit des Vertrages geborene Kinder des Versicherungsnehmers gelten beitragsfrei bis zur nächsten Stammfälligkeit mitversichert. Die Versicherungssumme beträgt 30.000 EUR für den Invaliditätsfall. (Gilt nicht in der Gruppen-Unfallversicherung)

3.3 Rooming-in

Befindet sich das versicherte Kind nach einem Unfall im Sinne der Ziffer 1.3 GUB 2008, der sich vor der Vollendung des 12. Lebensjahrs ereignet hat, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:

1. bis 10. Übernachtung: 30,00 EUR
 - ab der 11. Übernachtung: 15,00 EUR
- (Gilt nicht in der Gruppen-Unfallversicherung).

3.4 Kinderunfallversicherung und beitragsfreie Weiterführung bei Tod des Versicherungsnehmers

- 3.4.1 Die Versicherung wird zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Damit endet die Anwendung des Tarifs für Kinder und es ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
- 3.4.2 Tritt nach Ablauf eines Monats ab Beginn des Versicherungsjahres, für das gemäß Nr. 1 der erhöhte Beitrag zu entrichten ist, ein Versicherungsfall ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erzielt worden ist, so bemessen sich die Leistungen des Versicherers nach den im Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.

3.4.3 In Ergänzung der Ziffern 12.2 bis 12.3 gilt folgendes:

- a) Stirbt der Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer, so wird die Versicherung im bisherigen Umfang ohne Rücksicht auf die vereinbarte Vertragsdauer bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- b) Beim Ableben des Versicherungsnehmers in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen tritt Absatz a) außer Kraft.

3.5

Todesfallleistung für Vollwaisen

Ziffer 2.5 wird wie folgt erweitert:

Besteht für beide Elternteile Unfallversicherungsschutz im Rahmen einer Unfallversicherung auf Grundlage der GUB 2008, und werden beide versicherten Elternteile durch ein und dasselbe Unfallereignis getötet, so wird an die erb- oder bezugsberechtigten minderjährigen Kinder das Doppelte der je Elternteil vereinbarten Todesfallversicherungssumme ausgezahlt, höchstens jedoch 50.000 EUR je Elternteil.

4

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- 4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Durch Trunkenheit verursachte Unfälle sind mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.

- 4.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Unfälle bei Raufhändeln, inneren Unruhen und Schlägereien gelten dann als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Raufhändel, innere Unruhen und Schlägereien verwickelt war.

- 4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichem Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- 4.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

Der Versicherungsschutz wird in diesem Fall nach den im Rahmen des Vertrages vereinbarten Leistungsarten und Versicherungssummen gewährt, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen:

1.000.000 EUR für den Todesfall

2.000.000 EUR für den Invaliditätsfall

250 EUR für Tagegeld

250 EUR für Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld

10.000 EUR für Bergungskosten

10.000 EUR für kosmetische Operationen

Bestehen für die versicherte Person bei dem gleichen Versicherungsunternehmen weitere Unfallversicherungen, so gelten diese Höchstbeträge auch als Höchstversicherungssummen für alle Versicherungen insgesamt.

Benutzen mehrere durch diesen Versicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Summe von

10.000.000 EUR für den Todesfall

20.000.000 EUR für den Invaliditätsfall

2.500 EUR für Tagegeld

2.500 EUR für Krankenhaus-Tagegeld/Genesungsgeld

100.000 EUR für Bergungskosten

100.000 EUR für kosmetische Operationen

so müssen Sie uns mindestens drei Arbeitstage vor Antritt der Flugreise verständigen. Haben wir keine Deckungszusage für Versicherungssummen erteilt, die die vorgenannten Beträge überschreiten, so gelten diese Beträge als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle Versicherten, die sich in demselben Flugzeug befinden, und die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

- 4.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf ein Erzielen einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Fern-, Zuverlässigkeit-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten) gelten nicht als Rennveranstaltung im Sinne dieser Bestimmung.
- 4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 4.2.1 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 4.2.2 Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff im Sinne dieser Bestimmung.
- 4.2.3 Infektionen, die nicht nach Ziffer 1.4 versichert sind.
- 4.2.4 Vergiftungen, die nicht nach Ziffer 1.4 versichert sind.
- 4.2.5 Unfälle durch Strahlen, die nicht nach Ziffer 1.4 versichert sind. Ferner sind Unfälle ausgeschlossen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 4.2.6 Schädigungen 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.
- 4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Bauch- oder Unterleibsbruch durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame, von außen kommende, direkte Einwirkung auf den Bauch- und Unterleibsbereich verursacht wurde und diese Gewalteinwirkung durch medizinische Befunde belegt ist.

5

Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen der versicherten Person?

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

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

Die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung haben wir nachzuweisen.

6

Nicht versicherbare Personen

6.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung.

Die versicherte Person ist schwerpflegebedürftig, sobald sie in die Pflegestufe II der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird, sie ist schwerstpflegebedürftig, sobald sie in die Pflegestufe III der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird.

6.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von 6.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

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

7

Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

7.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Im Rahmen unseres Berufsgruppenverzeichnisses unterscheiden wir 3 Gefahrengruppen. Die einzelne Gefahrengruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrags.

Bitte entnehmen Sie die einzelnen Gefahrengruppen nachfolgend:

Gefahrengruppe A

Alle weiblichen Personen unabhängig ihrer Berufstätigkeit.

Männliche Personen ohne körperliche und ohne handwerkliche Berufstätigkeit. Dazu zählen auch

- Apotheker, Architekten, Ärzte (Tierärzte Gefahrengruppe B)
- Bauunternehmer (nicht körperlich mitarbeitend), Bühnenkünstler (Tänzer Gefahrengruppe B)
- Chemiker
- Filmkünstler (Tänzer Gefahrengruppe B), Friseure, Fußpfleger
- Handwerksmeister (nur Aufsicht führend), Hotelbesitzer
- Ingenieure (nur Aufsicht führend)
- Kosmetiker
- Lehrer (Tanz-, Turn-, Sportlehrer Gefahrengruppe B)
- Masseure

- Optiker
- Pensensbesitzer, Pflegepersonal (nicht in Nervenheilanstalten)
- Rechtsanwälte, Richter, Notare
- Schneider
- Uhrmacher
- Zahnärzte

Gefahrengruppe B

Männliche Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit, auch wenn diese nur gelegentlich ausgeübt wird. Dazu zählen auch

- Bedienungspersonal, Berufskraftfahrer, Berufssoldaten
- Gastwirte
- Handwerker (mitarbeitend), Handwerksmeister (mitarbeitend)
- Justizvollzugsdienst
- Küchenpersonal
- Landwirte, Lenker von Lastkraftwagen
- Pflegepersonal in Nervenheilanstalten, Polizeidienst
- Schausteller, Sportlehrer
- Tänzer, Tanzlehrer, Turnlehrer, Tierärzte
- Zeitsoldaten, Zolldienst

Gefahrengruppe Kinder

- Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Bei den unter der Gefahrengruppe A und B aufgezählten Berufen handelt es sich jeweils nur um eine beispielhafte Aufzählung, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich anzeigen.

Die Ableistung von Pflichtwehrdienst, von Zivil- und Ersatzdienst sowie militärische Reserveübungen zählen nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung.

7.2 Errechnen sich durch die Berufsänderung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif höhere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die Erhöhung der Versicherungssummen ist auf die Höchstversicherungssummen des Tarifs begrenzt. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag weiter. Den gesenkten Beitrag berechnen wir ab dem Zeitpunkt, zu dem uns Ihre Erklärung zugeht.

Ein solcher Fall liegt immer dann vor, wenn die versicherte Person von einer Berufstätigkeit, die der Gefahrengruppe B zuzurechnen ist, in eine Berufstätigkeit wechselt, die der Gefahrengruppe A zuzurechnen ist.

7.3 Errechnen sich durch die Berufsänderung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem Beitrag weiter. Den erhöhten Beitrag berechnen wir nach Ablauf von 2 Monaten, gerechnet ab dem Zeitpunkt, ab dem die neue Berufstätigkeit aufgenommen wurde.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleibt der Versicherungsschutz gleichfalls voll bestehen. Die Beitragsberechnung erfolgt nachträglich.

Ein solcher Fall liegt immer dann vor, wenn die versicherte Person von einer Berufstätigkeit, die der Gefahrengruppe A zuzurechnen ist, in eine Berufstätigkeit wechselt, die der Gefahrengruppe B zuzurechnen ist.

Weiter liegt ein solcher Fall vor, wenn ein versichertes Kind, welches das 15. Lebensjahr bereits vollendet hat, eine Ausbildung in einem Beruf beginnt, welcher der Gefahrengruppe B zuzuordnen ist.

7.4 Ergeben sich im Rahmen der versicherten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, für die gemäß Ziffer 7.3 entweder niedrigere Versicherungssummen oder aber höhere Beiträge zu berechnen wären, so unterbleibt eine solche Berechnung, wenn die Sondergefahr nur kurzfristiger Natur - also kein Dauerzustand - ist.

Die Berechnung gemäß Ziffer 7.3 unterbleibt auch dann, wenn die Sondergefahr zwar in regelmäßigen Abständen ausgeübt wird, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet.

Eine in regelmäßigen Abständen ausgeübte Sondergefahr ist uns mitzuteilen.

7.5 Bieten wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz, so können wir den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

Unser Kündigungsrecht erlischt,

- wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausüben, zu dem wir von der Änderung Kenntnis erlangt haben, oder
- wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen

hat.

Haben Sie die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Anzeige hätte zugehen müssen.

Bei grobfahrlässiger Verletzung Ihrer Pflicht zur unverzüglichen Anzeige sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schweren Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige nicht grobfahrlässig verletzt haben, bleibt unsere Verpflichtung zur Leistung bestehen.

Unsere Verpflichtung zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung unsererseits abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang der von uns zu erbringenden Leistung gehabt hat.

Für die folgenden Berufe bieten wir nach unseren Tarifen keinen Versicherungsschutz:

Akrobaten, Feuerwerker, Sprengmeister, Berufs- oder Vertragssportler, Kunstreiter, Tierbändiger, Berufstaucher, Rennreiter.

8

Was gilt bei militärischen Einsätzen und bei Wehr-/Zivildienst?

8.1 Leistet die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation, besteht der Versicherungsschutz weiter.

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

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

8.3 Leistet die versicherte Person Pflichtwehrdienst oder Zivildienst oder nimmt sie an militärischen Reservübungen teil, ist eine Mitteilung nach Ziffer 7 nicht erforderlich.

Der Leistungsfall

9

Was müssen Sie nach einem Unfall beachten? (Obliegenheiten)

Beachten Sie bitte nach einem Unfall zunächst die Voraussetzungen der vereinbarten Leistungsarten gem. Ziffer 2. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Mitwirkung und die der versicherten Personen, um unsere Leistung erbringen zu können (Obliegenheiten).

9.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

9.2 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.

9.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufwandes tragen wir. Wird bei Selbständigen der Verdienstaufwand nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1/5% der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 200 EUR beträgt.

9.4 Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

9.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Die Meldefrist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, dessen Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tode des Versicherten und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

9.6 Für die Erfüllung von Obliegenheiten ist neben dem Versicherungsnehmer nach Maßgabe des § 79 VWG auch der Versicherte verantwortlich. Insbesondere für solche Obliegenheiten, die nur in seiner Person entstehen können (auch im Hinblick auf Ziffer 14 GUB 2008).

10

Welche Folgen haben die Nichtbeachtung von Obliegenheiten und das Nichteinhalten bestimmter Fristen?

Wird eine nach Eintritt des Unfalls zu erfüllende Obliegenheit (Ziffer 9) vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bei grobfahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schweren Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grobfahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

Werden die zur Begründung von Invaliditätsansprüchen nach Ziffer 2.1.1.1

- Eintritt einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, und

- schriftliche Feststellung der Invalidität durch einen Arzt innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall oder zur Neubemessung des Grades der Invalidität nach Ziffer 11.5:
- Feststellung des neuen Grades der Invalidität innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Unfalles
- Anspruchstellung spätestens vor Ablauf der Frist

vorgesehenen Fristen nicht eingehalten, so entfällt Ihr Leistungsanspruch, ohne dass es auf Ihr Verschulden gemäß Abs. 1 ankommt.

Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn Sie bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und Sie nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben bzw. die versicherte Person dieses unternommen hat.

11

Wann sind die Leistungen fällig?

- 11.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats- beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.
- Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
- Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.
- 11.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 11.3 Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - wenn Sie es verlangen - angemessene Vorschüsse.
- Die Vorschüsse werden auf die endgültig fällig werdende Leistung angerechnet.
- 11.4 Bei schwerwiegenden Unfallverletzungen zahlen wir Ihnen vor Abschluss des Heilverfahrens einen sofortigen Vorschuss von mindestens 20% der Summe, die sich aus der zu erwartenden unfallbedingten dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) errechnet. Besteht für die versicherte Person allerdings aufgrund des Unfalls akute Lebensgefahr, so ist der sofortige Vorschuss auf die vereinbarte Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt.
- Eine schwerwiegende Unfallverletzung liegt immer in den Fällen vor, in denen der zu erwartende Grad der Invalidität mindestens 40% beträgt.
- Dass eine unfallbedingte Invalidität verbleibt, muss von Ihnen durch Vorlage eines fachärztlichen Attestes nachgewiesen werden.
- Der von uns an Sie gezahlte sofortige Vorschuss bei schwerwiegenden Unfallverletzungen wird auf die Zahlung der endgültigen Invaliditätsleistung angerechnet.
- 11.5 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich neu bemessen zu lassen. Ihnen steht das Recht längstens 3 Jahre nach Eintritt des Unfalls zu, uns nur 2 Jahre. Bei Kindern bis zur Vollen dung des 14. Lebensjahres beträgt die Frist für Sie und uns 5 Jahre. Dieses Recht muss
- von uns mit Abgabe einer Erklärung über unsere Leistungspflicht entsprechend Ziffer 11.1,
 - von Ihnen vor Ablauf dieser Frist
- ausgeübt werden.
- Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir sie bereits erbracht haben, so ist der Mehrbeitrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

12

Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

- 12.1 **Beginn des Versicherungsschutzes**
- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziffer 13.2 zahlen.
- 12.2 **Dauer und Ende des Vertrages**
- Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahrs eine Kündigung zugegangen ist.
- Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahrs zugegangen sein.
- 12.3 **Kündigung nach Versicherungsfall**
- Den Vertrag können Sie oder wir durch schriftliche Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein.

gen sein.

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

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

Wird der Vertrag gekündigt, haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Der Versicherungsbeitrag

13

Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

13.1 **Beitrag und Versicherungsteuer**

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

13.2 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag**

13.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird - wenn nichts anderes vereinbart ist - unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.

13.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

13.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

13.3 **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**

13.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde.

13.3.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrages sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen bezeichnen und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 13.3.3 und 13.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

13.3.3 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 13.3.2 Abs. 2 darauf hingewiesen wurden.

13.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 13.3.2 Abs. 2 darauf hingewiesen haben.

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

13.4 **Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung**

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

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

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

13.5 **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

- Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 13.6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
 Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 13.7 Beitrag bei Ruhen des Versicherungsschutzes gem. Ziffer 8.2**
 Im Krieg oder im kriegsmäßigen Einsatz wird die Pflicht, Beiträge zu zahlen, unterbrochen. Für diesen Zeitraum gezahlte Beiträge werden auf die spätere Versicherungszeit angerechnet oder - falls das Versicherungsverhältnis vorzeitig beendet wird - erstattet.
- Weitere Bestimmungen**
- 14 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 14.1 Fremdversicherung**
- 14.1.1** 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.
- 14.1.2** Die Fremdversicherung kann von Ihnen für Rechnung der versicherten Person abgeschlossen sein (Fremdversicherung für fremde Rechnung). Haben Sie eine Fremdversicherung für fremde Rechnung geschlossen, so steht nach einem Unfallereignis die Leistung nicht Ihnen sondern der versicherten Person zu. Sie können bestimmen, ob Sie die Leistung selbst an die versicherte Person leiten wollen oder ob wir dieses für Sie übernehmen.
- 14.1.3** Die Fremdversicherung kann von Ihnen auch für eigene Rechnung abgeschlossen werden (Fremdversicherung für eigene Rechnung). Haben Sie eine Fremdversicherung für eigene Rechnung abgeschlossen, so steht nach einem Unfallereignis die Leistung Ihnen zu. Die Fremdversicherung für eigene Rechnung ist nur dann wirksam, wenn die versicherte Person ihre schriftliche Einwilligung gegeben hat.
- Wir sind bei der Fremdversicherung für eigene Rechnung von der Leistung frei, wenn Sie den Unfall der versicherten Person durch eine widerrechtliche Handlung herbeigeführt haben.
- 14.2** Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 14.3** Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.
- 14.4 Bezuglich der Erfüllung von Obliegenheiten weisen wir auf Ziffer 9.6 hin.**
- 15 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 15.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände**
 Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuseigen, 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 Satz 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. Ein Umstand, nach dem wir ausdrücklich und schriftlich gefragt haben, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.
- Die versicherte Person ist neben Ihnen für wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
- Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter oder einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 15.2 Rücktritt**
- 15.2.1** 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, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.
- Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.
- 15.2.2 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.

15.2.3 **Folgen des Rücktritts**

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

15.3 **Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung**

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 schriftlich 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 abgeben. 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.

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 abgeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

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

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

15.4 **Anfechtung**

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

16

Wann verjährnen die Ansprüche aus dem Vertrag?

16.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjährnen in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Ihnen / wir den unseren Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangen oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müssten (§§ 195, 199 Bürgerliches Gesetzbuch [BGB]). Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjährnen die Ansprüche in jedem Fall in zehn Jahren von ihrer Entstehung an.

16.2 Haben Sie einen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

17

Welches Recht findet Anwendung? Wo sind die Gerichtsstände?

17.1 Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

17.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

17.3 Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben oder, in Ermangelung eines solchen, bei dem Gericht des Ortes, an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, können wir unsere Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen

18

Was müssen Sie uns sonst noch mitteilen, was müssen Sie dabei beachten?

Gericht geltend machen.

- 18.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen Sie in Textform abgeben. Sie sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 18.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
- 18.3 Haben Sie die Versicherung für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung des Gewerbebetriebes die Bestimmungen von Ziffer 18.2 entsprechende Anwendung.
- 18.4 Wird der Versicherungsvertrag durch einen Makler betreut, ist dieser bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers entgegenzunehmen. Er ist durch den Maklervertrag verpflichtet, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten.

Besondere und Zusatzbedingungen

Nr. 50

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1

Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- (1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- (2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.
- (3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- (4) Aufgrund der festgestellten Kopfzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersten Falle von dem Versicherer zurückzuerstattet, im letzten Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
- (5) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstattet. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

§ 2

Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung als versichert.
- (1) Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind, wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.
 - (2) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.
 - (3) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

§ 3

Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 12 GUB 2008)

- (1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- (2) Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:
 - a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet,
 - b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfall-Versicherung vorgesehen ist,
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist (Ziffer 12 GUB 2008) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

Nr. 51 (U 2080)

Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit planmäßiger Erhöhung (5 oder 10 %) von Leistung und Beitrag

1. Die Versicherungssummen werden jährlich um jeweils . . . Prozent erhöht. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 1.000 EUR, für Tagegeld und Krankenhaustag auf 1,00 EUR aufgerundet.

Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditätsrente, Bergungskosten, kosmetische Operationen sowie die Versicherungssummen im Rahmen des Top-Bausteins bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahrs widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nummer 3. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
5. Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Nr. 55 (U 2081)

Besondere Bedingungen für die Unfall-Versicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (mindestens 5 %, höchstens 8 %)

1. Die Versicherungssummen werden jeweils um den Prozentsatz erhöht, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird, mindestens jedoch um 5 %, höchstens aber um 8 %. Dabei werden die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 1.000 EUR, für Tagegeld und Krankenhaustagegeld auf 1,00 EUR aufgerundet. Die Versicherungssummen für die Leistungsarten Invaliditätsrente, Bergungskosten, kosmetische Operationen sowie die Versicherungssummen im Rahmen des Top-Bausteins bleiben von der Erhöhung ausgeschlossen. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
2. Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zu dem Beginn des Versicherungsjahres, der dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrages zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten folgt oder mit ihm übereinstimmt.
3. Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
4. Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß Nummer 3. Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten. Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
5. Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.

Nr. 62 (U 2074)

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %)

Ziffer 2.1 der Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2008) wird wie folgt erweitert:
 Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.3 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Verlauf der Progressionsstaffel

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

Nr. 69 (U 2076)

Besondere Bedingungen für das Tagegeld Spezial

Ziffer 2 der Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2008) wird wie folgt erweitert:

1. Führt ein Unfall zu einer Leistungsunfähigkeit, so wird ab dem 15. Tag für die Dauer der durch ein ärztliches Attest nachgewiesenen Leistungsunfähigkeit Tagegeld gezahlt, unabhängig von sonstigen eventuellen anderen Leistungsansprüchen und deren Voraussetzungen. Die Entscheidung über eine Leistungsunfähigkeit richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
2. Das Tagegeld wird längstens für 6 Monate, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

Nr. 72 (U 2084)

Besondere Bedingungen für die Invaliditätsleistung mit verbesserten Gliedertaxe für Ärzte der Humanmedizin (UIVGT)

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 der Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2008) gelten als feste Invaliditätsgrade - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität- bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes oder einer Hand	100 %
eines Daumens oder Zeigefingers	60 %
eines anderen Fingers	20 %
eines Beines oder Fußes	70 %
einer großen Zehe	8 %
einer anderen Zehe	3 %
eines Auges	80 %
des Gehörs auf beiden Ohren	70 %

Nr. 80**Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person**

1. Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers unmittelbar beim Versicherer geltend machen. Der Versicherer leistet direkt an die versicherte Person.
2. Der Versicherungsnehmer informiert jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

Nr. 82 (U 2075)**Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 600 %)**

Ziffer 2.1 der Unfallversicherungsbedingungen (GUB 2008) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2.2.1 und 2.1.2.2.3 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent, nicht aber 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme,
- d) für den 75 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die elffache Invaliditätssumme.

| Verlauf der Progressionsstaffel

	in %		in %		von auf		in %		von auf		in %		von auf		in %		von auf		in %	
26	29	36	69	46	109	56	173	66	253	76	336	86	446	96	556					
27	33	37	73	47	113	57	181	67	261	77	347	87	457	97	567					
28	37	38	77	48	117	58	189	68	269	78	358	88	468	98	578					
29	41	39	81	49	121	59	197	69	277	79	369	89	479	99	589					
30	45	40	85	50	125	60	205	70	285	80	380	90	490	100	600					
31	49	41	89	51	133	61	213	71	293	81	391	91	501							
32	53	42	93	52	141	62	221	72	301	82	402	92	512							
33	57	43	97	53	149	63	229	73	309	83	413	93	523							
34	61	44	101	54	157	64	237	74	317	84	424	94	534							
35	65	45	105	55	165	65	245	75	325	85	435	95	545							

Nr. 88
Besondere Bedingungen für die lebenslange Invaliditätsrente

Nimmt die bereits vor diesem Zeitpunkt im Vertrag vereinbarte Invaliditätsversicherungssumme gemäß Ziffer 2.1 GUB 2008 an einer Zuwachsplanvereinbarung im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Nr. 51)“ oder im Sinne der „Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Nr. 55)“ teil, so gilt diese Zuwachsplanvereinbarung auch für die Erhöhungssumme

1. Führt ein bedingungsgemäßer Unfall nach den Ziffern 2.1.1, 2.1.2.1 und 2.1.2.2 GUB 2008 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die vereinbarte lebenslange Rente. Der sich durch eine vertraglich vereinbarte Progressionsstaffel ergebende Invaliditätsgrad muss insoweit unberücksichtigt bleiben. Die garantierte Höhe der monatlich zu zahlenden Rente geht aus dem Antrag und dem Versicherungsschein hervor. Sie erhöht sich ab dem Versicherungsbeginn jährlich um 1% bis zum Eintritt des Versicherungsfalles. Sie wird rückwirkend ab Beginn des Monats, der dem Unfallereignis folgt, gezahlt. Die Zahlung erfolgt bis zum Ende des Monats
 - in dem eine Neufestsetzung des Invaliditätsgrades nach Ziffer 11.5 ergibt, dass der Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist. Eine Rückforderung der bereits erbrachten Rentenleistungen erfolgt nicht;
 - in dem der Versicherte stirbt.
2. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis ein, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung. Bereits erbrachte Rentenleistungen können zurückgefordert werden. Beim Tod aus unfallfremder Ursache zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zum Ablauf einer fünfjährigen Rentengarantiezeit an die Erben oder an die ihm als Bezugsberechtigte benannte Person. Die Rentengarantiezeit beginnt mit dem Entstehen der Rentenleistungspflicht des Versicherers.
3. Rentenleistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringt der Versicherer gegen Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt des Versicherten. Der Versicherer kann einmal im Jahr einen amtlichen Nachweis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt. Die mit dem Nachweis verbundenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.
4. Diese Leistungsart bleibt von der Zuwachsplanvereinbarung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) ausgeschlossen.
5. Sind die Voraussetzungen von Ziffer 1 Satz 1 für die Zahlung der lebenslangen Invaliditätsrente erfüllt, so wird diese Leistungsart aus dem Vertrag genommen. Der Anteil des für diese Leistungsart gezahlten Beitrages, der auf den Zeitraum entfällt, welcher auf die Herausnahme folgt, wird erstattet

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB-R)

für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen

Teil I : Allgemeine Bedingungen

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Bei einem im Ausland unvorhersehbar eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht.

(5) Versicherungsfähig sind, soweit der Tarif keine abweichende Regelung enthält, Personen die nur vorübergehend ins Ausland reisen. Die Versicherungsfähigkeit von Ausländern, die in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, richtet sich nach besonderen Bedingungen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluß des Versicherungsvertrages, nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland. Der Beitragszahlung steht die Erteilung einer vollziehbaren Einzugsermächtigung gleich.

(2) Auslandreisen, bei denen die Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland bereits vor dem Tag des Versicherungsbeginns erfolgte, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

(3) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

§ 3 Abschluß und Dauer des Versicherungsvertrages

(1) Der Versicherungsvertrag kommt durch Annahme eines Versicherungsantrages durch den Versicherer zustande. Der Versicherungsantrag ist auf dem hierfür bestimmten Vordruck zu stellen. Die Annahme des Versicherungsantrages erfolgt durch Aushändigung des Versicherungsscheines.

Wird die Versicherung auf dem von dem Versicherer hierfür vorgesehenen Einzahlungsvordruck beantragt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs des ordnungsgemäß ausgefüllten Antrags beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Einzahlung des Beitrags (Datumstempel der Post, des Geldinstituts bzw. der Buchungsstelle ist maßgebend) als zustande gekommen. Der von einer dieser Zahlstellen dem Auftraggeber ausgehändigte Zahlungsbeleg gilt als Versicherungsschein.

(2) Hat der Versicherungsnehmer im Versicherungsantrag den Beitrag nach dem Tarif unzutreffend angegeben, so gilt bei Beitragszahlung im Lastschrifteinzugsverfahren (§ 8 Abs. (2)) der Versicherungsantrag als mit tariflichem Beitrag gestellt.

(3) Die Dauer des Versicherungsvertrages ergibt sich aus dem Tarif. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis. Stirbt der Versicherungsnehmer, bleibt das Versicherungsverhältnis bezüglich der mitversicherten Person(en) unberührt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Arznei-, Verband- und Heilmittel sind nur erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet wurden.

(3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(4) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif. Ist Ersatz von Rücktransport- oder Überführungskosten vorgesehen, gilt folgendes:

- a) Der Rücktransport eines Erkrankten muß medizinisch notwendig, ärztlich angeordnet und grundsätzlich an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz oder das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus erfolgen, sofern im Tarif nichts anderes vereinbart ist.
- b) Überführungskosten sind die beim Tode einer versicherten Person während der Reise entstandenen unmittelbaren Kosten einer Überführung an den bei Beginn des Versicherungsvertrages vorhandenen Wohnsitz. Anstelle von Überführungskosten können Bestattungskosten im Ausland bis zu der im Tarif für Überführungskosten genannten Höhe übernommen werden. Überführungs- und Bestattungskosten sind nicht erstattungsfähig, wenn die Behandlungskosten für die/den zum Tode führende(n) Erkrankung/Unfall nicht erstattungsfähig gewesen sind oder gewesen wären.

(5) Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die entweder im Aufenthaltsland oder in der Bundesrepublik Deutschland von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben, oder, die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Krankheiten und Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie für Behandlungen, bei denen bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfolgen, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht werden, sofern vor dem Zeitpunkt der Einreise für das betreffende Land eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes gegeben war.

Dies gilt auch, wenn sich die versicherte Person zum Zeitpunkt der Reisewarnung des Auswärtigen Amtes oder bei Ausbruch des Krieges bereits in dem betreffenden Land aufhält und dieses nicht unverzüglich nach Veröffentlichung der Reisewarnung bzw. Ausbruch des Krieges verlässt;

- c) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- d) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie;
- e) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;
- f) für Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie;
- g) für Hilfsmittel;
- h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthalts

tes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

- j) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet.
- k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- l) Für Behandlungen wegen Sterilität und künstliche Befruchtung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessenen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz deren Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen; einzureichende Nachweise

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Wurden die Originalbelege einem anderen Versicherer (z.B. dem in § 5 Abs. 3 genannten) zur Erstattung vorgelegt, so genügen Rechnungszweitschriften, wenn darauf der andere Versicherer seine Erstattungsleistung vermerkt hat.

(2) Alle Belege müssen den Namen des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung mit den Behandlungsdaten enthalten; aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistungen oder deren Ablehnung durch den in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.

(3) Zum Nachweis eines medizinisch notwendigen Rücktransports ist eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit einzureichen.

(4) Bei der Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

(5) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistung benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

(6) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(7) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen in das Ausland oder für besondere Überweisungsformen, die auf Veranlassung des Versicherten gewählt wurden, können von den Leistungen abgezogen werden.

(8) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

(9) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG; s. Anhang).

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Ende der Reise.

(2) Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungs-

pflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitpunkt hinaus, bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Widerspricht die versicherte Person nach der Wiederherstellung der Transportfähigkeit einem medizinisch vertretbaren und zumutbaren Rücktransport in das Heimatland, endet die Leistungspflicht des Versicherers an dem Tag des Widerspruchs durch die versicherte Person.

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Einmalbetrag. Er ergibt sich aus dem Tarif und ist spätestens bei Abschluß des Versicherungsvertrages zu zahlen.

(2) Der Tarif kann Beitragszahlung im Lastschrifteinzugsverfahren vorschreiben. Als Beitragszahlung gilt dann die rechtsgültige Erteilung der Abbuchungsmächtigung, wenn danach der Versicherer den Beitrag abbuchen konnte.

§ 8a Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherer - z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung - ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif, bei dem das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten.

Die Beiträge werden, soweit nach dem Ergebnis der Überprüfung erforderlich, auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen angepaßt. Die Beitragsanpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, wirksam.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Beitragserhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 8b Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können, sofern das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers vertraglich oder gesetzlich ausgeschlossen ist, mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres (s. Tarif), auf der Grundlage der hierfür geltenden gesetzlichen Bestimmungen geändert werden, wenn die Änderung zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheinen

- a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
- b) im Falle der gerichtlich festgestellten Unwirksamkeit von Bedingungen, wenn deren Ersetzung zur Fortsetzung des Vertrages notwendig ist,
- c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
- d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie die §§ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14 Abs. 2 AVB-R betrifft.

(2) Änderungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

(3) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis im Falle einer Bedingungsanpassung innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam werden soll. Der Versicherungsnehmer kann, auch wenn die Monatsfrist zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufen ist, das Versicherungsverhältnis bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung kündigen.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat sämtliche Belege spätestens bis zum Ablauf des dritten Monats nach Beendigung der Reise einzureichen, - jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 5) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zu Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 - 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG; siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 14 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt

halt zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Gültig ab 10.09

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG):

§ 14

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs des Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat.

Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung befreit wird, ist unwirksam.

§ 28

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllende vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 82

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

(2) Der Versicherungsnehmer hat Weisungen des Versicherers, soweit für ihn zumutbar, zu befolgen sowie Weisungen einzuholen, wenn die Umstände dies gestatten. Erteilen mehrere an dem Versicherungsvertrag beteiligte Versicherer unterschiedliche Weisungen, hat der Versicherungsnehmer nach pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.

(3) Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Absätzen 1 und 2 ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(4) Abweichend von Absatz 3 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

§ 86

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

ARJ - Auslandsreise-Versicherung Jahrespolice**Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I (AVB-R) und Teil II (Tarifbeschreibung) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung bei Reisen****Teil II : Tarifbeschreibung Krankheitskostentarif für Behandlung bei Reisen**

Tarif/Klasse	ARJ 20090121								
A. Selbstbehalt	Die Leistungen des Versicherers für eine versicherte Person vermindern sich pro Versicherungsfall insgesamt um einen Selbstbehalt von 25,00 EUR.								
B. Leistung des Versicherers	<p>I. Ersatz der im Ausland entstandenen Aufwendungen zu 100% ohne Höchstsatz für</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ärztliche Behandlung einschließlich Arzt-Wegegebühren und Taxikosten zum Arzt, wenn am Aufenthaltsort kein Arzt praktiziert; 2. Arznei- und Verbandmittel; 3. Folgende Heil-/Hilfsmittel: ärztlich verordnete Bäder, Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, Heil-/Krankengymnastik, Bestrahlungen und andere Anwendungen elektrischen Stroms. Die medizinisch notwendigen Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausfertigung. 4. Röntgen-, Strahlenbehandlung und -Diagnostik; 5. Krankenhausbehandlung; 6. Transportkosten zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus; 7. schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, nicht aber Zahnersatz jeglicher Art einschließlich Inlays/Onlays oder kieferorthopädischer Leistungen. <p>II. Ersatz der Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person zu 100 % sofern</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dieser medizinisch sinnvoll sowie vertretbar ist und 2. vom Versicherer bzw. dessen Assistance organisiert wird oder vorab eine Zusage des Versicherers erfolgte. <p>Medizinisch sinnvoll ist ein Rücktransport insbesondere, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Krankenhausbehandlung im Ausland nach der Prognose des behandelnden Arztes am Aufenthaltsort die Dauer von 14 Tagen übersteigen wird oder • Die Kosten der Behandlung im Ausland voraussichtlich die Kosten für den Rücktransport übersteigen. <p>Die Entscheidung darüber, ob der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers bzw. dessen Assistance, der sich hierzu mit dem behandelnden Arzt am Aufenthaltsort berät.</p> <p>Liegen lediglich die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen vor, so werden die Mehrkosten eines</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rücktransportes innerhalb Europas nur bis zur Höhe von 5.000,00 EURO erstattet. • Rücktransporte darüber hinausgehend nur bis zur Höhe von 10.000,00 EURO erstattet. <p>III. Darüber hinaus erstatten wir für:</p> <p>Überführung aus Europa bis 5.000,- Euro aus dem übrigen Ausland bis 10.000,- Euro</p> <p>Alle Überführungen müssen mit dem Versicherer abgestimmt werden.</p> <p>IV. Krankenhaustagegeld wird anstelle des Kostenersatzes bei stationärer Krankenhausbehandlung im Ausland geleistet, wenn insoweit keine Kosten geltend gemacht werden, in Höhe von täglich 30,00 Euro</p>								
C. Beiträge und Gebühren	<p>1. Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.</p> <p>2. Bei Eintritt in die nächst höhere Altersgruppe erhöht sich mit der nächsten Beitragsfälligkeit automatisch der Tarifbeitrag.</p> <table> <thead> <tr> <th>Altersgruppe</th> <th>Jährlicher Betrag pro Person</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0 - 60 Jahre</td> <td>8,00 Euro</td> </tr> <tr> <td>61 - 70 Jahre</td> <td>30,00 Euro</td> </tr> <tr> <td>71 Jahre und darüber</td> <td>49,92 Euro</td> </tr> </tbody> </table>	Altersgruppe	Jährlicher Betrag pro Person	0 - 60 Jahre	8,00 Euro	61 - 70 Jahre	30,00 Euro	71 Jahre und darüber	49,92 Euro
Altersgruppe	Jährlicher Betrag pro Person								
0 - 60 Jahre	8,00 Euro								
61 - 70 Jahre	30,00 Euro								
71 Jahre und darüber	49,92 Euro								
D. Sonstige Bestimmungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ein Höchstaufnahmealter ist nicht vorgesehen. 2. Der Versicherungsschutz gilt jeweils für die ersten 42 Tage aller innerhalb eines Versicherungsjahres begonnenen Auslandsreisen. Endet das Versicherungsjahr während der ersten 42 Tage einer solchen Reise, gilt der Versicherungsschutz nur fort, wenn der Vertrag nicht gekündigt ist. Die Nachleistung bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit gemäß § 7 Abs. 2 AVB-R gilt auch bei Ende des Versicherungsschutzes. 3. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem Tage des Versicherungsbegins und endet am 31.12. desselben Jahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein. 4. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen. 5. Versicherungsfähig sind deutsche und ausländische Staatsbürger mit Hauptwohnsitz in Deutschland für vorübergehende Auslandsaufenthalte. 6. Analog §1 Abs. (4) AVB-R besteht kein Versicherungsschutz in dem Staatsgebiet, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat oder ständiger Berufsausübung nachgeht. 								

Gültig in Verbindung mit AVB-R Teil I Allgemeine Bedingungen

gültig ab 10.09

Information zur Krankenversicherung für dienstliche Auslandsreisen für ISDV-Business-Care-Inhaber

Wer ist versichert und für welchen Zeitraum?

Für die Dauer des dienstlichen Auslandsaufenthaltes werden die Crewcard-Inhaber über eine Auslandsreise-Krankenversicherung nach den abgesichert.

Was ist versichert?

Versichert ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung bei unvorhersehbaren Krankheitsfällen oder Unfallfolgen.

Sind Vorerkrankungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Keine Leistungspflicht besteht für Krankheiten und für Unfallfolgen,

a) zu deren Behandlung die Auslandsreise erfolgt ist, sowie b) für Behandlungen, bei denen bei Reisebeginn feststand, dass diese bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten.

Ist das Kriegsrisiko eingeschlossen?

Ja, wenn das Kriegsereignis nicht vorhersehbar ist bzw. nicht aktiv an inneren Unruhen teilgenommen wird. Die Leistungen Bei allen unvorhersehbaren Krankheitsfällen übernehmen wir die Kosten für folgende Leistungen:

- ambulante Heilbehandlung als Privatpatient
- ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel
- schmerzstillende Zahnbehandlung, dafür notwendige einfache Zahnfüllungen.
- Krankenhausbehandlung als Privatpatient, einschließlich

Operationen oder • 25 EUR Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenersatz bei stationärer Behandlung.

- medizinisch notwendiger Rücktransport /Überführung

Es werden ebenfalls Kosten für folgende Leistungen übernommen:

Ärztliche Hilfe bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt.

Telefonnummern, die Sie kennen sollten:

Bitte halten Sie immer Ihre **Vertragsnummer 2009-0-0121** bereit, damit wir Ihnen schnell helfen können.

24-Stunden-Notruf-Hotline : Ihre 24-Sunden-Notrufnummer

Sie benötigen Hilfe bei einem Krankenhausaufenthalt?

Ein Rücktransport nach Deutschland muss organisiert werden?

24h-Notruf-Nummer: 0049-221-14836515

Wird ein Rücktransport notwendig, wenden Sie sich bitte unbedingt an die 24-Stunden-Notrufnummer.

Leistungserstattung:

Bitte schicken Sie alle Unterlagen wie zum Beispiel Rechnungen und Arztberichte im Original und mit Angabe Ihrer Versicherungsnummer an:

VDMV GmbH Hannover, Kronenstr. 14, 30161 Hannover, per Mail an info@vdmv.de oder per Fax an: 0511-33652999

Wenn Sie zunächst Ihre gesetzliche Kasse in Anspruch nehmen, benötigen wir Rechnungskopien mit dem Erstattungsvermerk.

1. Inhalt der Versicherung

§ 1 Aufgaben der Rechtsschutzversicherung

Die AUXILIA erbringt die für die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherungsnehmers oder des Versicherten erforderlichen Leistungen im vereinbarten Umfang (Rechtsschutz).

§ 2 Leistungsarten

Der Umfang des Versicherungsschutzes kann in den Formen des § 21 bis § 29 vereinbart werden. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz

a) Schadenersatz-Rechtsschutz

für die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen, soweit diese nicht auch auf einer Vertragsverletzung oder einer Verletzung eines dinglichen Rechtes an Grundstücken, Gebäuden oder Gebäudeteilen beruhen oder soweit der Versicherungsschutz nicht in der Leistungsart n) oder q) cc) enthalten ist;

b) Arbeits-Rechtsschutz

für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus Arbeitsverhältnissen sowie aus öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnissen hinsichtlich dienst- und versorgungsrechtlicher Ansprüche;

c) Gebäude-, Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz

für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus Miet- und Pachtverhältnissen, sonstigen Nutzungsverhältnissen und dinglichen Rechten, die Grundstücke, Gebäude oder Gebäudeteile zum Gegenstand haben;

d) Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht

für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus privatrechtlichen Schuldverhältnissen und dinglichen Rechten, soweit der Versicherungsschutz nicht in den Leistungsarten a), b), c), n) oder q) aa) enthalten ist;

e) Steuer-Rechtsschutz

für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in steuer- und abgaberechtlichen Angelegenheiten

- aa) vor deutschen Finanz- und Verwaltungsgerichten;
- bb) im privaten Bereich für das vorgesetzte Einspruchs- bzw. Widerspruchsverfahren vor deutschen Behörden;

f) Sozial-Rechtsschutz

für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen

- aa) vor deutschen Sozialgerichten;

- bb) im privaten Bereich für das vorgesetzte Widerspruchsverfahren vor deutschen Behörden;

g) Verwaltungs-Rechtsschutz

für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in

- aa) verkehrsrechtlichen Angelegenheiten vor Verwaltungsbehörden und vor Verwaltungsgerichten,

- bb) nicht verkehrsrechtlichen Angelegenheiten vor deutschen Verwaltungsbehörden und vor deutschen Verwaltungsgerichten;

h) Disziplinar- und Standes-Rechtsschutz

für die Verteidigung in Disziplinar- und Standesrechtsverfahren;

i) Straf-Rechtsschutz

für die Verteidigung wegen des Vorwurfs

- aa) eines verkehrsrechtlichen Vergehens. Wird durch ein Urteil rechtskräftig festgestellt, dass der Versicherungsnehmer das Vergehen vorsätzlich begangen hat, ist er verpflichtet, der AUXILIA die Kosten zu erstatten, die diese für die Verteidigung wegen des Vorwurfs eines vorsätzlichen Verhaltens getragen hat. Dies gilt nicht bei Abschluss des Verfahrens durch einen rechtskräftigen Strafbefehl.

- bb) eines sonstigen Vergehens, dessen vorsätzliche wie auch fahrlässige Begehung strafbar ist, solange dem Versicherungsnehmer ein fahrlässiges Verhalten vorgeworfen wird. Wird dem Versicherungsnehmer dagegen vorgeworfen, ein solches Vergehen vorsätzlich begangen zu haben, besteht rückwirkend Versicherungsschutz, wenn nicht rechtskräftig festgestellt wird, dass er vorsätzlich gehandelt hat.

Es besteht also bei dem Vorwurf eines Verbrechens kein Versicherungsschutz, ebenso wenig bei dem Vorwurf eines Vergehens, das nur vorsätzlich begangen werden kann (z.B. Beleidigung, Diebstahl, Betrug).

Dabei kommt es weder auf die Berechtigung des Vorwurfs noch den Ausgang des Strafverfahrens an;

j) Rechtsschutz für das Opfer von Gewaltstraftaten

- aa) für den Anschluss des Versicherten an eine vor einem deutschen Strafgericht erhobene öffentliche Klage als Nebenkläger, wenn die versicherte Person durch eine rechtswidrige und vorsätzlich begangene Tat nach den in § 395 Abs. 1

Nr. 1 (Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung),

Nr. 2 (Straftaten gegen das Leben)

Nr. 3 (Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit) sowie

Nr. 4 (Straftaten gegen die persönliche Freiheit)

der Strafprozeßordnung näher aufgeführten Strafbestimmungen verletzt oder betroffen ist;

- bb) für die Tätigkeit eines Rechtsanwaltes nach deutschem Strafprozeßrecht als Verletzen- oder Zeugenbeistand für die versicherte Person, wenn diese durch eine der unter aa) fallenden Taten verletzt ist;
- cc) für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen des Versicherten in nicht vermögensrechtlichen Angelegenheiten im Rahmen des so genannten Täter-Opfer-Ausgleiches vor einem deutschen Strafgericht im Zusammenhang mit einer unter aa) fallenden Tat;
- dd) für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen des Versicherten vor deutschen Gerichten und für das vorgesetzte Widerspruchsverfahren wegen Ansprüchen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) und dem Sozialgesetzbuch (SGB), soweit er durch eine unter aa) fallende Tat verletzt oder betroffen ist, dadurch dauerhafte Körperschäden erlitten hat und sofern nicht ohnehin bereits Kostenschutz gemäß § 2 f) besteht.

Ist eine versicherte Person durch eine der o.g. Straftaten getötet worden, besteht Rechtsschutz für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen des Ehegatten, der Eltern, Kinder und Geschwister des Opfers als Nebenkläger.

k) Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz für die Verteidigung wegen des Vorwurfs einer Ordnungswidrigkeit;

l) Rechtsschutz im Familien-, Lebenspartnerschafts- und Erbrecht

- aa) für Rat oder Auskunft eines in Deutschland zugelassenen Rechtsanwaltes in familien-, lebenspartnerschafts- und erbrechtlichen Angelegenheiten, wenn diese nicht mit einer anderen gebührenpflichtigen Tätigkeit des Rechtsanwaltes zusammenhängen. Anstelle der Kosten für Rat oder Auskunft erstattet die AUXILIA die Kosten einer außergerichtlichen Konfliktlösung durch Mediation gem. § 5 a);

- bb) für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen über Rat oder Auskunft nach aa) hinaus, wenn die Tätigkeit des Rechtsanwaltes nicht in ursächlichem Zusammenhang mit einer Trennung, Scheidung, Aufhebung einer Lebenspartnerschaft, rechtlichen Betreuung gem. §§ 1896 ff. BGB oder damit verbundene Regelungen steht und soweit ein deutsches Gericht gesetzlich zuständig wäre. Die Kosten gemäß § 5 Abs. 1 und 2 werden bis zu einem Höchstbetrag von 1.500,- € erstattet.

m) Rechtsschutz in Betreuungsverfahren

für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Betreuungsanordnung gegen den Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person. Die Kosten gemäß § 5 Abs. 1 und 2 werden bis zu einem Höchstbetrag von 1.500,- € erstattet.

n) Altersvorsorge- und Sparer-Rechtsschutz

für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus

- Geldanlagen auf Giro-, Spar-, Festgeld- und / oder Tagesgeldkonten
- Renten- und kapitalbildenden Lebensversicherungen mit Garantiezins, soweit sie nicht unter § 3 Abs. 2 e) bb) fallen
- Kapitalanlagen im Rahmen vermögenswirksamer Leistungen nach dem Vermögensbildungsgesetz
- Kapitalanlagen im Rahmen der betrieblichen Altersvorsorge, begrenzt auf die aus der Entgeltumwandlung finanzierten Beiträge. Soweit diese über den gesetzlichen Anspruch gegen den Arbeitgeber hinausgehen, gilt für den überschüssigen Teil der Ausschuss gemäß § 3 Abs. 2 e).
- Kapitalanlagen, für die der Versicherungsnehmer gemäß §§ 10 a, 79 ff. EStG („Riester-Rente“) oder gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 2 b) EStG („Rürup-Rente“) eine steuerliche Förderung erhält, soweit die Höchstgrenze der steuerlichen Förderungsfähigkeit nicht überschritten wird. Wird diese Grenze überschritten, gilt für den überschüssigen Teil der Ausschuss gemäß § 3 Abs. 2 e).
- Verträgen über Kauf oder Verkauf eines vom Versicherungsnehmer oder einer mitversicherten Person selbst zu Wohnzwecken genutzten Gebäudes oder Gebäudeteiles. Falls jedoch die Voraussetzungen des Ausschlusses § 3 Abs. 1 d) vorliegen, gilt dieser.

Insoweit gilt der Ausschuss gemäß § 3 Abs. 2 e) nicht, wenn vorstehend nichts anderes geregelt ist.

o) Rechtsschutz für Vorsorgeverfügung

bei Vorliegen eines Beratungsbedarfs zur Erstellung oder Änderung einer Vorsorgeverfügung (Patienten- und Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht) im privaten Bereich vermittelt die AUXILIA auf Wunsch eine telefonische Rechtsberatung durch unabhängige Rechtsanwälte. Diese umfasst auch die Unterstützung bei der Registrierung der Vorsorgedokumente beim Zentralen Vorsorgeregister der Bundesnotarkammer. Die diesbezüglichen Registrierungsgebühren werden erstattet. Eine eventuell vereinbarte Selbstbeteiligung fällt nicht an.

p) entfällt

q) Internet-Rechtsschutz im Zusammenhang mit der privaten Internetnutzung

- aa) für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus Verträgen, die im privaten Bereich

- aaa) über das Internet oder

- c) Kein Versicherungsschutz besteht, sofern die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen dieser Personen im Zusammenhang mit einer gewerblichen, selbständigen oder sonstigen freiberuflichen Tätigkeit steht.
- (2) Der Versicherungsschutz gemäß Abs. 1 beschränkt sich auf PKWs, Kombis, Krafträder, Mofas, Mopeds, Wohnmobile ohne Vermietung sowie Anhänger. Er umfasst nicht Motorfahrzeuge zu Wasser und in der Luft.
- (3) Der Versicherungsschutz umfasst:
- Schadenersatz-Rechtsschutz (§ 2 a),
 - Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht (§ 2 d),
 - Steuer-Rechtsschutz vor Gerichten (§ 2 e aa)),
 - Sozial-Rechtsschutz vor Gerichten (§ 2 f aa)),
 - Verwaltungs-Rechtsschutz in Verkehrssachen (§ 2 g aa)),
 - Disziplinar- und Standes-Rechtsschutz (§ 2 h),
 - Straf-Rechtsschutz (§ 2 i),
 - Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz (§ 2 k).
- (4) Der Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht besteht auch in folgenden Fällen:
- a) In den Fällen der Abs. 1 und 2 im Zusammenhang mit dem Vertrag über den Erwerb eines neu hinzukommenden gleichartigen Motorfahrzeuges. Die gilt nicht, wenn das Motorfahrzeug zum gewerblichen Weiterverkauf oder nur zum vorübergehenden Eigengebrauch erworben wird.
 - b) Im Zusammenhang mit Versicherungsverträgen Dritter bezüglich der unter Abs. 1 versicherten Fahrzeuge mit Ausnahme gemieteter Selbstfahrer-Vermietfahrzeuge.
- (5) a) Bei der Teilnahme am öffentlichen und privaten Verkehr (z.B. als Fußgänger, Radfahrer, Fahrgäste von Bus und Bahn) besteht Versicherungsschutz gem. Abs. 3 für den Versicherungsnehmer und die mitversicherten Personen. Dies gilt nicht für den Rechtsschutz im Vertrags- und Sachenrecht, es sei denn, es werden in ursächlichem Zusammenhang mit einem Unfall bei der Teilnahme am öffentlichen und privaten Verkehr rechtliche Interessen aus schuldrechtlichen Verträgen mit anderen Versicherern wahrgenommen.
- Mitversichert sind:
- aa) der eheliche / eingetragene oder der im Versicherungsschein genannte sonstige Lebenspartner des Versicherungsnehmers,
 - bb) die minderjährigen Kinder,
 - cc) die unverheirateten, nicht in einer eingetragenen oder sonstigen Lebenspartnerschaft lebenden volljährigen Kinder, jedoch längstens bis zu dem Zeitpunkt, in dem sie erstmalig eine auf Dauer angelegte berufliche Tätigkeit ausüben und hierfür ein leistungsbezogenes Entgelt erhalten,
 - dd) die minderjährigen Enkelkinder und die unverheirateten, nicht in einer eingetragenen oder sonstigen Lebenspartnerschaft lebenden volljährigen Enkelkinder, jedoch längstens bis zu dem Zeitpunkt, in dem sie erstmalig eine auf Dauer angelegte berufliche Tätigkeit ausüben und hierfür ein leistungsbezogenes Entgelt erhalten,
 - ee) die im Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden, dort gemeldeten und im Ruhestand befindlichen Eltern und Großeltern des Versicherungsnehmers / Lebenspartners.
- Versicherungsschutz gem. Abs. 3 besteht für den Versicherungsnehmer und die mitversicherten Personen auch als Fahrer jedes Motorfahrzeugs zu Lande, das weder ihnen gehört, noch auf sie zugelassen oder auf ihren Namen mit einem Versicherungskennzeichen versehen ist.
- b) Kein Versicherungsschutz besteht für die mitversicherten Personen als Eigentümer, Halter, Erwerber, Mieter, Leasingnehmer oder Fahrer eines auf sie zugelassenen oder auf ihren Namen mit einem Versicherungskennzeichen versehenen Motorfahrzeugs oder Anhängers.
- c) Für die unter Abs. 5 a) genannten Personen kann abweichend von Abs. 5 b) vereinbart werden, dass für diese auch Versicherungsschutz als Eigentümer, Halter, Erwerber, Mieter oder Fahrer im Umfang des Abs. 2 besteht (Verkehrs-Rechtsschutz flex für die Familie) für
- aa) auf sie zugelassene oder auf ihren Namen mit einem Versicherungskennzeichen versehene Motorfahrzeuge zu Lande oder
 - bb) im Versicherungsschein benannte Motorfahrzeuge zu Lande, die sich im Besitz der unter Abs. 5 a) genannten Personen befinden, auch wenn diese nicht auf diese Personen zugelassen oder nicht auf deren Namen mit einem Versicherungskennzeichen versehen sind.
- Kein Versicherungsschutz besteht, sofern die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen dieser Personen im Zusammenhang mit einer gewerblichen, selbständigen oder sonstigen freiberuflichen Tätigkeit steht.
- (6) Der Fahrer muss bei Eintritt des Rechtsschutzfalles die vorgeschriebene Fahrerlaubnis haben, zum Führen des Fahrzeugs berechtigt sein und das Fahrzeug muss zugelassen oder mit einem Versicherungs-

kennzeichen versehen sein. Bei Verstoß gegen diese Obliegenheit besteht Rechtsschutz nur für diejenigen Personen, die von diesem Verstoß ohne Verschulden oder leicht fahrlässig keine Kenntnis hatten. Bei grob fahrlässiger Unkenntnis des Verstoßes gegen diese Obliegenheit ist die AUXILIA berechtigt, ihre Leistung in einem der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist die versicherte Person nach, dass ihre Unkenntnis nicht grob fahrlässig war, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn die versicherte Person oder der Fahrer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Rechtsschutzfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der der AUXILIA obliegenden Leistung ursächlich war.

- (7) Ist seit mindestens sechs Monaten kein Motorfahrzeug zu Lande mehr auf den Versicherungsnehmer zugelassen und nicht mehr auf seinen Namen mit einem Versicherungskennzeichen versehen und befindet sich gemäß Abs. 1 b) auch keines mehr im Besitz des Versicherungsnehmers, kann der Versicherungsnehmer die Aufhebung des Versicherungsvertrages mit sofortiger Wirkung verlangen.

§ 22 entfällt

§ 23 entfällt

§ 24 Rechtsschutz für Firmen, Selbständige und freiberuflich Tätige

- (1) Versicherungsschutz besteht für die im Versicherungsschein bezeichnete, gewerbliche, freiberufliche oder sonstige selbständige Tätigkeit des Versicherungsnehmers. Mitversichert sind die vom Versicherungsnehmer angestellten Personen in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit für den Versicherungsnehmer.
- (2) Der Versicherungsschutz umfasst:
- Schadenersatz-Rechtsschutz (§ 2 a),
 - Arbeits-Rechtsschutz (§ 2 b),
 - Steuer-Rechtsschutz vor Gerichten (§ 2 e aa)),
 - Sozial-Rechtsschutz vor Gerichten (§ 2 f aa)),
 - Verwaltungs-Rechtsschutz (§ 2 g bb),
 - Disziplinar- und Standes-Rechtsschutz (§ 2 h),
 - Straf-Rechtsschutz (§ 2 i),
 - Rechtsschutz für das Opfer von Gewaltstraftaten (§ 2 j),
 - Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz (§ 2 k),
 - Daten-Rechtsschutz für Selbständige, Firmen und Vereine (§ 2 r).
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Organe und Angestellten des Versicherungsnehmers, zu denen auch der Datenschutzbeauftragte zählt.
- (3) a) Der Versicherungsschutz umfasst nicht die Wahrnehmung rechtlicher Interessen als Eigentümer, Halter, Erwerber, Mieter, Leasingnehmer und Fahrer eines zulassungspflichtigen oder mit einem Versicherungskennzeichen zu versehenden Motorfahrzeugs zu Lande, zu Wasser oder in der Luft sowie Anhängers. (Hinweis: Versicherbar über § 21 oder § 28)
- b) Der Versicherungsschutz umfasst nicht die Wahrnehmung rechtlicher Interessen als Eigentümer, Vermieter, Verpächter, Mieter, Pächter oder Nutzungsberechtigter von Grundstücken, Gebäuden oder Gebäudeteilen. (Hinweis: Versicherbar über § 29)
- (4) Endet der Versicherungsvertrag durch Berufsaufgabe, Gewerbeabmeldung oder Tod des Versicherungsnehmers, wird ihm bzw. seinen Erben Versicherungsschutz auch für Rechtsschutzfälle gewährt, die innerhalb von drei Jahren nach der Beendigung des Versicherungsvertrages eintreten und im Zusammenhang mit der im Versicherungsschein genannten Eigenschaft des Versicherungsnehmers stehen.

§ 24 a Rechtsschutz für Vereine

- (1) Versicherungsschutz besteht für Vereine sowie für deren gesetzliche Vertreter, Angestellte und Mitglieder, soweit diese im Rahmen der Aufgaben tätig sind, die ihnen gemäß der Satzung obliegen.
- (2) Der Versicherungsschutz umfasst:
- Schadenersatz-Rechtsschutz (§ 2 a),
 - Arbeits-Rechtsschutz als Arbeitgeber (§ 2 b),
 - Steuer-Rechtsschutz vor Gerichten (§ 2 e aa)),
 - Sozial-Rechtsschutz vor Gerichten (§ 2 f aa)),
 - Verwaltungs-Rechtsschutz (§ 2 g bb),
 - Disziplinar- und Standes-Rechtsschutz (§ 2 h),
 - Straf-Rechtsschutz (§ 2 i),
 - Ordnungswidrigkeiten-Rechtsschutz (§ 2 k),
 - Rechtsschutz für das Opfer von Gewaltstraftaten (§ 2 j),
 - Daten-Rechtsschutz für Selbständige, Firmen und Vereine (§ 2 r).
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Organe und Angestellten des Versicherungsnehmers, zu denen auch der Datenschutzbeauftragte zählt.