



Kundeninformation **Vertragsunterlagen**

Private Unfallversicherung (PUV)

Tarif T 17 (Stand April 2018)

optimum





**Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,**

Ihr Interesse an unseren degenia Produkten freut uns sehr.

Mit den Ihnen hier vorliegenden Kundeninformationen können Sie sich umfassend über die degenia Versicherungsdienst AG, die Private Unfallversicherung und deren Bestimmungen und Bedingungen informieren. Ferner erhalten Sie wichtige Hinweise zu gesetzlichen Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes.

Der vereinbarte Versicherungsschutz sowie die dazugehörigen Versicherungsbedingungen sind im Versicherungsschein beschrieben.

Bei allen Fragen zum Produkt steht Ihnen auch Ihr Vermittler gerne zur Verfügung.

Ihre
degenia Versicherungsdienst AG

Inhaltsverzeichnis

Seite

Produktinformationsblatt zur degenia Unfallversicherung	03-04
Allgemeine Kundeninformationen	05-06
Mitteilung über die Vorvertragliche Anzeigepflicht	07
Bedingungen für die degenia Unfallversicherung	08-21
Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %	22
Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350 %	23
Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500 %	24
Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“	25
Merkblatt Datenverarbeitung	26-27
Datenschutzhinweis für Versicherungsunterlagen	28





Private Unfallversicherung

CHUBB®

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Chubb European Group Limited - Direktion für Deutschland.

Eingetragen HRB Frankfurt 58029, Hauptbevollmächtigter: Andreas Wania. Chubb European Group Limited unterliegt der Zulassung und Regulierung der Prudential Regulation Authority (UK Financial Services Register no 202803) sowie in Deutschland zusätzlich den Regularien der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zur Ausübung der Geschäftstätigkeit, welche sich von den Regularien des Vereinigten Königreichs (UK) unterscheiden können.

Produkt: Private Unfallversicherung Optimum Tarif T17

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten, sofern diese vereinbart sind:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen)
- ✓ Einmalige Leistung bei Unfalltod
- ✓ Zahlung eines Tagegelde
- ✓ Zahlung einer Unfallrente
- ✓ Bergungsleistungen

Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag



Was ist nicht versichert?

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



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Alkohol- oder Drogenkonsum
- ! Unfälle als Artist, Berufssportler, Berufstaucher, Pilot, etc. und aufgrund der Teilnahme an Motorrennen
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden
- ! Infektionen und Vergiftungen.

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





Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweiten Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Bei Vertragsabschluss:

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.

Während der Vertragslaufzeit:

- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Änderungen von Adresse und Bankverbindung rechtzeitig mitteilen.
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir den Vertrag anpassen können.

Im Schadensfall:

- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.
 - Todesfälle sind innerhalb von 7 Tagen zu melden.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, teilen wir Ihnen mit. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens drei Monate vorher geschehen). Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.





Allgemeine Kundeninformationen

Angaben der Gesellschaften

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der für Ihren Vertrag möglichen Gesellschaften. Die speziell für Ihren Vertrag bzw. für Ihr Angebot zutreffende Gesellschaft entnehmen Sie bitte Ihrem Antrag bzw. Angebot. Ziffer 1 – 3 gilt für die von Ihnen ausgewählte Gesellschaft. Ab Ziffer 4 – 14 gelten die Bestimmungen für Chubb.

I. Chubb European Group Limited

1. Identität des Versicherers

1.1 Hauptsitz der Gesellschaft

Chubb European Group Limited
20 Moorgate, London EC2R 6DA
Registered in England, Company No. 1112892

1.2 Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll/wurde

Chubb European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main.
Handelsregisternummer: HRB Frankfurt 58029

2. Ladungsfähige Anschrift/Name des Vertretungsberechtigten

Chubb European Group Limited
Direktion für Deutschland
Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main
Telefon: 069 75613 0
Telefax: 069 746193
www2.chubb.com/de-de/

Gesetzlicher Vertreter der Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland, ist der Hauptbevollmächtigte Andreas Wania, Frankfurt.

3. Hauptgeschäftstätigkeit

Betrieb sämtlicher Sparten der Sach- und Personenversicherung (nicht aber Lebens- und substitutive Krankenversicherungen), Geschäft der Rückversicherung und Vertrieb von Versicherung aller Art.

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

4. Versicherungsbedingungen/ Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

4.1 Versicherungsbedingungen

Für das Versicherungsverhältnis gelten die nachstehenden Versicherungs-Bedingungen für die degenia Unfallversicherung (UB), in die unsere Tarifbestimmungen eingeflossen sind.

4.2 Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Diese Versicherung versichert Sie gegen Unfälle (siehe Ziffer 1 UB) mit den in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten und in Ziffer 2 UB definierten Leistungen, die gemäß Ziffer 9 UB fällig werden. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen. Die versicherten Summen ergeben sich aus dem Antrag (sofern vorhanden) und dem Versicherungsschein.

5. Gesamtpreis/Kosten

Mit Ausnahme des im Versicherungsschein genannten Beitrags (einschließlich gesetzlicher Versicherungssteuer) sind von Ihnen keine weiteren Kosten für den Vertragsabschluss und den Versicherungsschutz zu tragen. Der Beitrag richtet sich nach der Höhe der versicherten Leistungen.

6. Zahlungsweise

Der Beitrag ist gemäß der im Versicherungsschein aufgeführten Zahlungsweise von Ihnen zu leisten. Der erste Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Weitere Details siehe Ziffer 11 UB.

7. Gültigkeitsdauer unseres Angebots

Diese Versicherungsbedingungen können von uns für neue, nicht jedoch für bestehende, Verträge jederzeit geändert werden. An unser Angebot (Quotierung) halten wir uns 30 Tage gebunden.

8. Zustandekommen Ihres Vertrages

Der Vertrag ist durch unsere Deckungsbestätigung oder durch die Annahme Ihres Antrags durch uns oder unseren Vertreter zustande gekommen. Beginn des Vertrages und Ihres Versicherungsschutzes ist der im Versicherungsschein genannte Tag, 00.00 Uhr.

Sie sind an Ihren Antrag 30 Tage gebunden.

9. Widerrufsrecht und Folgen

9.1 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312g Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche.

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

degenia Versicherungsdienst AG
Brückes 63-63a
55545 Bad Kreuznach
E-Mail: info@degenia.de
Fax: 0671 - 84003 - 29

9.2 Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet wird: Jahresbeitrag geteilt durch 360 mal Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.





Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind.

9.3 Besondere Hinweise

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

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

- Ende der Widerrufsbelehrung

9.4 Anhang zum Widerrufsrecht § 312g Abs. 1 Satz 1 BGB: Pflichten im elektronischen Geschäftsverkehr

Bedient sich ein Unternehmer zum Zwecke des Abschlusses eines Vertrags über die Lieferung von Waren oder über die Erbringung von Dienstleistungen eines Tele- oder Mediendienstes (Vertrag im elektronischen Geschäftsverkehr), hat er dem Kunden

1. angemessene, wirksame und zugängliche technische Mittel zur Verfügung zu stellen, mit deren Hilfe der Kunde Eingabefehler vor Abgabe seiner Bestellung erkennen und berichtigen kann,
2. die in Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche bestimmten Informationen rechtzeitig vor Abgabe von dessen Bestellung klar und verständlich mitzuteilen,
3. den Zugang von dessen Bestellung unverzüglich auf elektronischem Wege zu bestätigen und
4. die Möglichkeit zu verschaffen, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Geschäftsbedingungen bei Vertragsschluss abzurufen und in wiedergabefähiger Form zu speichern.
5. Bestellung und Empfangsbestätigung im Sinne von Satz 1 Nr. 3 gelten als zugegangen, wenn die Parteien, für die sie bestimmt sind, sie unter gewöhnlichen Umständen abrufen können.

10. Laufzeit und Kündigungsbedingungen

Die Laufzeit des Vertrages ist ein Jahr.

Der Vertrag verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, sofern Sie oder wir ihn nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Verlängerungszeitpunkt kündigen. Die Kündigung muss Ihnen bzw. uns bis zu diesem Zeitpunkt zugegangen sein.

11. Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag und dessen Anbahnung gilt deutsches Recht.

12. Zuständiges Gericht

12.1 Der Gerichtsstand für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist Frankfurt am Main. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

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

12.3 Liegt Ihr Wohnsitz in einem Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand wiederum Frankfurt am Main.

13. Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch. Jegliche Kommunikation erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

14. Beschwerdemöglichkeiten / Aufsichtsbehörde

14.1 Ombudsmann

Unser Risikoträger ist Mitglied im Verein Versicherungs-Ombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Der Versicherungs-Ombudsmann kann Beschwerden bis zu einem Streitwert von z.Zt. 100.000 EUR behandeln.

Wir verpflichten uns, bei Entscheidungen bis zu einer Höhe von 10.000 EUR auf die Anrufung eines Gerichts zu verzichten und den Schlichterspruch des Ombudsmannes anzuerkennen.

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt für Sie hiervon unberührt.

Der Versicherungs-Ombudsmann ist zu erreichen unter beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Postfach 080632, 10006 Berlin.

14.2 Zuständige Aufsichtsbehörde

Die Chubb European Group Limited unterliegt der Zulassung und Regulierung der Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate, London EC2R 6DA, UK.

Die Direktion für Deutschland unterliegt zusätzlich den Regularien der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Eine Beschwerde bezüglich Chubb kann gerichtet werden an:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

www.bafin.de
Tel: 0228 41080

Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt für Sie hiervon unberührt.





Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die von uns gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der degenia Versicherungsdienst AG, Brückes 63 – 63 a, 55545 Bad Kreuznach in Textform nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen.

Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

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

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

Stellvertretung durch eine andere Person

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





Unfall-Versicherungsbedingungen degenia optimum T17

UB – Fassung 10/2017 –

Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (UB)

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfall-Rente
 - 2.3 Übergangsleistung
 - 2.4 Tagegeld
 - 2.5 Krankenhaus-Tagegeld
 - 2.6 Genesungsgeld
 - 2.7 Todesfalleistung
 - 2.8 Kosmetische Operationen und Zahnersatz
 - 2.9 Rehabilitations-Beihilfe
 - 2.10 Bergungskosten
 - 2.11 Krankentransport - Kosten
 - 2.12 Kosten für Dekompressionskammer
 - 2.13 Sofortleistung bei Schwerverletzungen
 - 2.14 Koma-Leistung
 - 2.15 Kururlaubs-Tagegeld
 - 2.16 Krankenhaus-Selbstbehalt
 - 2.17 Wohnungs- & KFZ-Umbaukosten
 - 2.18 Transplantations- & Hilfsmittel-Kosten
 - 2.19 Umschulungsmaßnahmen
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?
Wie ist die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit geregelt?
Was gilt für die Familien-Unfallversicherung?

Der Leistungsfall

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

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

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

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
Der Versicherungsschutz
 - umfasst Unfälle in der ganzen Welt
 - gilt rund um die Uhr
 - besteht für alle beruflichen und außerberuflichen Unfälle.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch, wenn
 - 1.4.1 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 die versicherte Person eine durch Eigenbewegung verursachte Schädigung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule erleidet. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben und des Meniskus.
 - 1.4.3 die versicherte Person tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen oder Ertrinkungs- oder Erstickungstod unter Wasser erleidet, auch wenn kein Unfallereignis festgestellt werden kann.

1.4.4 die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt. Dies gilt dennoch als unfreiwillig erlitten und ist mitversichert.

Mitversichert sind auch Gesundheitsschäden durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.4.5 die versicherte Person dadurch unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet, dass sie folgenden Einwirkungen unvorhergesehen ausgesetzt ist, ohne sich ihnen entziehen zu können:

- Dünsten, Staubwolken, ausströmenden Gasen und Dämpfen, Säuren, sonstigen schädlichen Mitteln/Stoffen oder dem Fehlen von Sauerstoff,
- Hitze oder Kälte, Erfrieren, Ertrinken, Erstickern

Die Plötzlichkeit ist auch dann gegeben, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden unfreiwillig ausgesetzt war und erst dadurch die Gesundheitsschädigung entstanden ist.

Ein Unfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrfach über eine längere Zeit oder dauerhaft ausgesetzt war und dadurch eine Gesundheitsschädigung (z. B. eine Berufs- oder Gewerbekrankheit) eingetreten ist.

1.4.6 die versicherte Person infolge von unfreiwillig mangelnder Zuführung von Flüssigkeit oder Nahrungsmitteln verhungert oder verdurstet.





- Diese Erweiterung gilt jedoch nicht, wenn das Verhungern oder Verdurstern auf einem Krankheitszustand beruht oder vom Körper die Aufnahme von Nahrungsflüssigkeiten oder Nahrungsmitteln verweigert wird.
- 1.5 Versicherungsschutz besteht auch für Infektionen:**
- 1.5.1 Mitversichert sind alle entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.
- 1.5.2 Der Versicherungsschutz erstreckt sich darüber hinaus auf folgende Infektionen, sowie Tierbisse oder Insektenstiche:
- Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Drei-Tage-Fieber, Echinokokkose, Fleckfieber, FSME / Zeckenzephalitis, Gelbfieber, Keuchhusten, Kinderlähmung, Lepra, Malaria, Masern, Meningitis, Mumps, Pest, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tetanus, Tollwut, Tularämie, Typhus und Paratyphus, Wundstarrkrampf.
- 1.5.3 Einer Infektion gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen Infektionen, bei denen ein Impfschaden eintritt. Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung.
- Ein Anspruch auf die Invaliditätsleistung entsteht erst dann, wenn sich nach den Bestimmungen der Ziffer 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.3 und – sofern andere Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt haben – unter entsprechender Berücksichtigung der Ziffer 3 ein Invaliditätsgrad von mehr als 20 % ergibt.
- Ergibt sich bei einer durch Schutzimpfungen hervorgerufenen Infektion ein Invaliditätsanspruch in Höhe von mehr als 20 %, so besteht ein Anspruch in Höhe der sich ergebenden Gesamtinvalidität.
- 1.6 Sonnenbrände und Sonnenstiche sind als Folge eines Unfalles mitversichert.
- 1.7 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.
- 2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?**
- Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein oder seinen Nachträgen.
- 2.1 Invaliditätsleistung**
- 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität ist
- innerhalb 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt in Textform festgestellt und von Ihnen bei uns unter Vorlage eines Attestes geltend gemacht worden.
- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 2.1.2 Art und Höhe der Leistung:**
- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
- | | |
|--|-------|
| Arm | 100 % |
| Hand | 80 % |
| Daumen | 40 % |
| Zeigefinger | 25 % |
| anderer Finger | 15 % |
| Bein | 100 % |
| Fuß | 70 % |
| große Zehe | 20 % |
| andere Zehe | 10 % |
| Auge | 70 % |
| sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war | |
| Gehör auf einem Ohr | 50 % |
| sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war | |
| Geruchssinn | 20 % |
| Geschmackssinn | 20 % |
| Stimme | 100 % |
| Niere | 25 % |
| sofern jedoch die andere Niere vor dem Unfall bereits verloren war | |
| beide Nieren | 100 % |
| Milz | 10 % |
| Gallenblase | 10 % |
| Magen | 20 % |
| Darm | 20 % |
| Lungenflügel | 30 % |
- Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 2.1.2.2.2 Unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder niedrigeren Invaliditätsgrades liegt folgender Invaliditätsgrad vor:
- Bei vollständigem Verlust der Gebärfähigkeit bei Frauen vor den Wechseljahren (vor der Prämenopause) 50 %
Bei vollständigem Verlust der Stillfähigkeit bei Frauen vor den Wechseljahren (vor der Prämenopause) 25 %
Bei vollständigem Verlust der Zeugungsfähigkeit bei Männern 50 %
- Für den Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt die folgende Ziffer 2.1.2.2.3.
- 2.1.2.2.3 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 2.1.2.2.4 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.3 zu bemessen.
- 2.1.2.2.5 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall, und war ein Anspruch





- auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- 2.2 Unfall-Rente**
- 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 gegeben.
- Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.5 und Ziffer 3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.
- 2.2.2 Höhe der Leistung:**
Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.
- 2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung**
- 2.2.3.1** Die Unfallrente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
 - monatlich im Voraus.
- 2.2.3.2** Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die versicherte Person stirbt oder
 - wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 UB vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.
- 2.3 Übergangsleistung**
- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.3.1.1** Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen wie folgt beeinträchtigt:
- 2.3.1.1.1** nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um 100 % oder
- 2.3.1.1.2** nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 50 %.
- 2.3.1.2** Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der genannten Zeit ununterbrochen bestanden. Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.
- 2.3.2 Art und Höhe der Leistung:**
Die Übergangsleistung wird wie folgt gezahlt:
- 2.3.2.1** in Höhe von 50 % der vereinbarten Versicherungssumme für Übergangsleistung bei einer Beeinträchtigung gemäß Ziffer 2.3.1.1.1;
- 2.3.2.2** in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme abzüglich eventueller Leistungen aus Ziffer 2.3.2.1 bei einer Beeinträchtigung gemäß Ziffer 2.3.1.1.2.
- 2.4 Tagegeld**
- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.4.1.1** Die versicherte Person geht einer regelmäßigen Berufstätigkeit oder entgeltlichen Beschäftigung nach.
- 2.4.1.2** Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
 - in ärztlicher Behandlung.
- 2.4.2 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 innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, längstens jedoch für 365 Tage gezahlt.
- Ist die Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt, wird weiter Tagegeld gezahlt, wenn
- der behandelnde Arzt die Beeinträchtigung bescheinigt und
 - eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1 (noch) nicht ärztlich festgestellt wurde bzw. noch keine Unfallrente gezahlt wird.
- 2.5 Krankenhaus-Tagegeld**
- 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.5.1.1** Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder wird wegen eines Unfalles in einem Krankenhaus unter Vollnarkose ambulant operiert.
- 2.5.1.2** Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Anschlussheilbehandlung (AHB) und Berufsgenossenschaftlich - Stationäre Weiterbehandlung (BGSW), gelten als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:**
- 2.5.2.1** Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme innerhalb von 5 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1.500 Tage.
- 2.5.2.2** Wir zahlen das Krankenhaus-Tagegeld in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.5.2.3** Bei einer ambulanten Operation wird das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld für 5 Tage gezahlt.
- 2.5.2.4** Eignet sich der Unfall im Ausland, verdoppelt sich das Krankenhaustagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für 21 Tage. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.
- 2.6 Genesungsgeld**
- 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach Ziffer 2.5.
- 2.6.2 Höhe und Dauer der Leistung**
Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens jedoch für 300 Tage.
- 2.7 Todesfalleistung**
- 2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 15 Monaten gestorben.
- Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.
- 2.7.2 Verschollenheit**
Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person gemäß Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde.





Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

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

2.7.3 Höhe der Leistung:

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.9.1.3 Nicht versichert sind

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

Zusatzleistungen

Für alle Zusatzleistungen gilt:

Bestehen für die versicherte Person bei der degenia Versicherungsdienst AG mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.8 Kosmetische Operationen und Zahnersatz

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

2.9.2 Höhe der Leistung:

Die Rehabilitations-Beihilfe wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe einmal je Unfall gezahlt.

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

2.10 Bergungskosten

2.10.1 Art der Leistungen:

2.10.1.1 Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

2.8.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.8.1.3 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer)

- ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
- bestreitet seine Leistungspflicht oder
- hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.10.2 Höhe der Leistung:

2.10.2.1 Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung:

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

2.10.2.2 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, zahlen wir nur die darüber hinausgehenden Kosten.

- Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust natürlicher Zähne entstanden sind. Kein Leistungsanspruch besteht für beschädigten oder verloren gegangenen Zahnersatz (Zahnbrücken, -kronen, -implantate, Gebisse und Prothesen).

2.11 Krankentransport-Kosten

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.11.1.1 Der versicherten Person sind infolge des Unfalles notwendige Kosten für ihren Transport entstanden.

2.9 Rehabilitations-Beihilfe

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.9.1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

2.11.1.2 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer)

- ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
- bestreitet seine Leistungspflicht oder
- hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

2.11.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir ersetzen Kosten bis zur im Versicherungsschein genannten Höhe für

2.11.2.1 den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik;

2.11.2.2 medizinisch sinnvolle Verlegungstransporte von Krankenhaus zu Krankenhaus, z.B. zum Krankenhaus in der Nähe des Heimatortes;

2.11.2.3 medizinisch sinnvolle Rücktransporte aus dem Ausland zu dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus mit einem medizinisch geeigneten Transportmittel (Ambulanzfahrzeug oder Luftfahrzeug); die Entscheidung, ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird, übernimmt der vom Assistentur beauftragte Arzt in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt;

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch die BfA, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.

2.11.2.4 den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;





- 2.11.2.5 den Mehraufwand bei der Heimfahrt oder für zusätzliche Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person bei einem Unfall im Ausland;
- 2.11.2.6 die Standard-Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz oder wahlweise die Bestattung im Ausland bis zur selben Höhe bei einem bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland.
- 2.12 Kosten für Dekompressionskammer**
- 2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.12.1.1 Die versicherte Person hat einen Tauchunfall erlitten und muss infolge dessen medizinisch behandelt werden.
- 2.12.1.2 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer)
- ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
 - bestreitet seine Leistungspflicht oder
 - hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.
- 2.12.2 Art und Höhe der Leistung:**
- Wir ersetzen Kosten bis zur im Versicherungsschein genannten Höhe für einen notwendigen Aufenthalt in einer Dekompressionskammer.
- 2.13. Sofortleistung bei Schwerverletzungen**
- 2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- Die versicherte Person hat durch einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten und diese innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall bei uns unter Vorlage eines ärztlichen Attests geltend gemacht:
- 2.13.1.1 Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- 2.13.1.2 Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand.
- 2.13.1.3 Schwere Mehrfachverletzungen / Polytrauma:
- a) Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (zur Klarstellung: Ein gleichzeitiger Bruch von Elle (Ulna) und Speiche (Radius) bzw. Schienbein (Tibia) und Wadenbein (Fibula) an ein und derselben Extremität rufen keine Leistungspflicht im Sinne der Sofortleistung hervor),
- b) Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen,
- c) Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
- Fraktur eines langen Röhrenknochens (siehe Klarstellung unter a))
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur eines oder mehrerer Wirbelknochen
 - Gewebeerstörende Schäden eines inneren Organs
- 2.13.1.4 Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- 2.13.1.5 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als fünf Prozent.
- 2.13.2 Kein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, verstirbt.
- 2.13.3 Art und Höhe der Leistung**
- 2.13.3.1 Die Sofortleistung bei Schwerverletzungen wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.13.3.2 Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalls nur einmal erbracht, unabhängig davon, wie viele der genannten Verletzungen die versicherte Person erleidet.
- 2.14 Koma-Leistung**
- 2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- Die versicherte Person ist wegen der durch einen Unfall entstandenen Gesundheitsschädigungen innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet in ein Koma gefallen oder wurde für mindestens 5 Tage in ein künstliches Koma versetzt.
- 2.14.2 Höhe und Dauer der Leistung:**
- Die Koma-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme pro Tag gezahlt, maximal für 200 Tage.
- 2.15 Kururlaubs-Tagegeld**
- 2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.15.1.1 Die versicherte Person hat
- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
- einen Kururlaub im In- oder Ausland durchgeführt.
- 2.15.1.2 Als Kururlaub gilt ein Urlaub
- in einem offiziell anerkannten Kurort
 - bei dem die versicherte Person werktäglich mindestens zwei Anwendungen durchführen lässt, die der Minderung der Unfallfolgen dienen
 - bei dem die versicherte Person in einem Hotel am Kurort übernachtet
 - für den die Krankenversicherung der versicherten Person keine oder nur teilweise Leistungen übernimmt.
- Keine Leistung wird gezahlt für die Tage, für die bereits ein anderes Tagegeld irgendeiner Art (z.B. Krankenhaus-Tagegeld, Tagegeld, Genesungsgeld) aus diesem oder einem andern Vertrag von uns gezahlt wird.
- 2.15.2 Höhe der Leistung:**
- Das Kururlaubs-Tagegeld wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe für maximal 30 Tage je Unfall gezahlt.
- 2.16 Krankenhaus-Selbstbehalt**
- 2.16.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.16.1.1 Der versicherten Person werden von ihrem gesetzlichen Krankversicherer Kosten (Selbstbehalt) für eine wegen des Unfalles medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt.
- 2.16.1.2 Ein weiterer Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.
- 2.16.2 Höhe der Leistung:**
- Der Krankenhaus-Selbstbehalt wird in Höhe des Betrages erstattet, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.
- Selbstbehalte einer privaten Krankenversicherung werden nicht erstattet.
- Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung für Krankenhaus-Selbstbehalt nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 2.17 Wohnungs- & KFZ-Umbaukosten**
- 2.17.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.17.1.1 Die versicherte Person ist durch einen Unfall voraussichtlich auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).
- Ein Umbau von Wohnung oder Kraftwagen kann die Folgen der Invalidität mindern oder erträglicher machen.





2.17.1.2 Der Anspruch auf entstandene Umbaukosten wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall bei uns geltend gemacht.

2.17.1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.17.2 Art und Höhe der Leistung:

2.17.2.1 Wir ersetzen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme nachgewiesene Kosten für

- den Umbau der Wohnung und/ oder des Hauses in dem die versicherte Person wohnt (z.B. Türenverbreiterung, Rampenbau, Aufzug, sanitäre Einrichtungen und Küchen),
- den Umbau oder die Neuanschaffung an die Wohnung gebundener Maschinen und Geräte (z.B. Telefonanlage, Fax, PC, Notrufsystem),
- den Umbau eines von der versicherten Person genutzten Kraftwagens,
- die Neuanschaffung eines Kraftfahrzeuges bis zur Differenz des Kaufpreises mit notwendiger behindertengerechter Sonderausstattung zum Kaufpreis eines vergleichbaren Kraftwagens ohne eine solche Sonderausstattung,
- einen Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.

2.18 Transplantations- & Hilfsmittel-Kosten

2.18.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.18.1.1 Die versicherte Person erleidet unfallbedingt eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1 UB.

Der Umgang und das Leben mit der Behinderung können erleichtert werden. Die Erleichterung wird durch ein ärztliches Attest und durch einen Kostenvoranschlag für die Erleichterung nachgewiesen.

Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend der Ziffer 3 UB.

2.18.1.2 Der Anspruch auf entstandene Kosten wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall bei uns geltend gemacht.

2.18.1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.18.2 Art und Höhe der Leistung

2.18.2.1 Wir ersetzen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssummen nachgewiesene Kosten für

- künstliche Organe sowie Organtransplantationen
- medizinisch sinnvolle Hilfsmittel und Hilfsgeräte wie Hörgeräte, Sehhilfen, Sprechgeräte
- Anschaffung und Ausbildung eines erforderlichen Blindenhundes
- Behindertengerechte Fortbildung wie Gebärdensprache oder Blindenschrift, sofern medizinisch notwendig.

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann die Leistung Transplantations- & Hilfsmittel-Kosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Bitte beachten Sie, dass für Hörgeräte, Sehhilfen und Sprechgeräte gesonderte Versicherungssummen gelten. Diese entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

2.19 Umschulungsmaßnahmen

2.19.1 Voraussetzungen für die Leistung

Hat die versicherte Person infolge einer unfallbedingten Invalidität eine vom gesetzlichen Versicherer geförderte oder gezahlte staatlich anerkannte Umschulung durchgeführt, werden die hierfür anfallenden und nachgewiesenen Kosten, soweit sie nicht vom gesetzlichen Versicherer oder dem Staat übernommen werden erstattet.

2.19.2 Art und Höhe der Leistung

Die Kosten für Umschulungsmaßnahmen werden in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Auch Aufwendungen für zusätzliche Unterbringung und Verpflegung gelten als Kosten.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

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

entsprechend des Anteils der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versichert werden können:

- a) Akrobaten, Arbeiter auf einer Bohrinnsel (Erdöl- und Erdgasgewinner und -techniker), Artisten, Bergleute über und unter Tage, Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler (z.B. Boxer, 1., 2., und 3. Liga Fußball, 1. und 2. Liga Handball, Eishockey DEL und Bundesliga, Rennfahrer, Rennreiter), Berufstaucher, Binnenschiffer, Blitzableiterbauer, Dachdecker, Fährleute, Fahrradkurier, Fassadenreiniger, Feuerwehrleute, Feuerwerker, Figuranten, Fischer, Fischverarbeiter, Fleischer, Fleischwarenhersteller, Gerüstbauer, Grenzschutzbedienstete, Hafenmeister und -schiffer, Höhlenforscher, Holzfäller, Kutscher, Leibwächter, Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer, sonstige Besatzungsmitglieder eines Luftfahrzeuges sowie bei der Benutzung von Raumfahrzeugen), Metzger, Personenschutzfachkräfte, Polizisten, Schiffs(wand)reiniger, Schiffsköche, Schlachter, Sicherheitsbedienstete, Skilehrer und -trainer, Soldaten, Spreng- und Räumpersonal für explosives Material sowie in Munitionsschutztruppen, Stuntmann, Tierbändiger, Wachbedienstete und ähnliche.
- b) Personen, die keinen festen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und sich hier nur vorübergehend oder illegal aufhalten.
- c) Personen ab dem 68. Lebensjahr.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1

Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch,

- wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren
- für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen; beim Lenken eines Motorfahrzeuges jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,5 Promille lag
- für Unfälle, die sich infolge Bewusstseinsstörungen aufgrund ärztlich verordneter Medikamente ereignen, sofern die Bewusstseinsstörung nicht durch Medikamente der folgenden Gruppen hervorgerufen wurde: Psychopharmaka, Opioide, Muskelrelaxanzien oder Lokalanästhetika (abschließende Aufzählung)





- für Unfälle die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall entstehen
 - wenn diese Störungen durch Übermüdung bzw. Einschlafen infolge Übermüdung fallen verursacht wurden.
- 5.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für versicherte Personen unter 18 Jahren, wenn diese ohne Zustimmung des Fahrzeuginhabers ohne Führerschein oder durch unbefugten Gebrauch ein Land- oder Wasserfahrzeug lenken oder führen, sofern keine weitere Straftat den Zugriff auf das Fahrzeug ermöglicht hat.
- Für Unfälle bei Raufhändel und Schlägereien, in die der Versicherte nicht als Urheber -somit als Straftäter- oder in Ausübung seines Berufes bzw. sonstiger berufsähnlicher Tätigkeit gerät, besteht Versicherungsschutz.
- 5.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.
- Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
- 5.1.4 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für Fahrtveranstaltung mit Motorfahrzeugen bei der Benutzung von Kartbahnen, Slalom- und Orientierungsfahrten, sofern die versicherte Person nicht regelmäßig Rennsport betreibt.
- 5.1.5 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 5.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
- 5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Einwirkung von Röntgen-, Laser-, Maser-, künstlich erzeugten ultravioletten UV und sonstigen Strahlen (außer Kernenergie).
- 5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- 5.2.4 Infektionen, soweit nicht unter Ziffer 1.5 mitversichert.
- 5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- 5.2.5.1 Versicherungsschutz besteht jedoch für Vergiftungen durch Nahrungsmittel oder wenn es sich um eine einmalige Einnahme von Stoffen handelt, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war und deren Gesundheitsschädigungen für die versicherte Person unentrichtbar eingetreten sind.
- 5.2.5.2 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Gesundheitsschädigungen, die durch jegliche Art von Suchtmitteln entstanden sind.
- Versicherungsschutz besteht jedoch bei Vergiftungen durch Alkohol für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- 5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, werden jedoch Leistungen erbracht, wenn und soweit diese Störungen unmittelbar auf eine durch den Unfall verursachte organische Verletzung oder einen organischen Schaden oder durch eine neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.
- 5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? Wie ist die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit geregelt? Was gilt für die Familien-Unfallversicherung?**
- 6.1 Umstellung des Kinder-Tarifs**
- 6.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene.
- Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend oder
 - Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.
- 6.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.
- 6.1.3 Leistungen, die im Rahmen dieser Bedingungen und der vereinbarten Besonderen Bedingungen speziell für Kinder vorgesehen sind, nehmen nicht an der Umstellung des Kinder-Tarifes teil. Diese Leistungen entfallen, da sie nicht im gültigen Tarif für Erwachsene angeboten werden. Ist mit diesen Leistungen eine Beitragspflicht verbunden, entfällt dieser Beitragsanteil.





6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1 Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen sind die nachfolgenden Ausführungen.

6.2.2 Es wird in 3 Gefahrengruppen unterschieden. Die einzelne Gefahrengruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrags. Bitte fragen Sie bei uns an, wenn Sie nicht sicher sind, zu welcher Gefahrengruppe Sie gehören.

6.2.2.1 Gefahrengruppe A

Alle Personen, bei denen nicht eine der Gefahrenmerkmale der Gefahrengruppen B oder K vorliegt. Hierzu gehören z. B. Personen die kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege oder im Labor tätig sind, ausschließlich leitend oder aufsichtsführend tätig sind oder Personen die keine berufliche Tätigkeit ausüben, z. B. Rentner, Pensionäre, Hausfrauen/-männer, Schuler, Studenten.

6.2.2.2 Gefahrengruppe B

Personen

- mit körperlicher (auch sportlicher) Berufsarbeit z. B. Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde be- oder verarbeiten, Maschinen reparieren, warten oder einrichten und pflegen, sofern dies nicht nur elektronisch geschieht, Tiere behandeln oder pflegen (auch Tierärzte), aber auch Angehörige der Forst-, Steuer- und Zollverwaltung, Berufskraftfahrer, Landwirte, Tänzer, Turn-, Sport- und Tanzlehrer.
- mit handwerklicher Berufsarbeit d.h. Berufe gemäß Handwerksordnung, wie z.B. Zimmerer, Schornsteinfeger oder Raumausstatter, Keramiker, Textilreiniger. Ausnahme: Fotografen, Friseure, Optiker, Schneider, Uhrmacher sind in Gefahrengruppe A einzustufen.
- tätig mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiblen Stoffen.

6.2.2.3 Gefahrengruppe K

Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

6.2.3 Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.4 Errechnen sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf von drei Monaten ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

6.2.5 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

6.2.6 Bitte beachten Sie, dass besonders risikoreiche Tätigkeiten generell nicht versichert sind (siehe Ziffer 4.). Versicherungsschutz besteht in diesen Fällen nur außerhalb der genannten Tätigkeiten.

6.3 Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit

Dieser Versicherungsschutz ist ausdrücklich vertraglich zu vereinbaren und erfordert auch die Vereinbarung eines besonderen Beitrags.

6.3.1 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

6.3.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Sie befinden sich in einem Arbeitsverhältnis und verlieren durch Kündigung Ihres Arbeitgebers Ihren Arbeitsplatz und melden sich bei der zuständigen Agentur für Arbeit als arbeitslos.

Das Arbeitsverhältnis war sozialversicherungspflichtig, unbefristet und bei Abschluss des Versicherungsvertrages ungekündigt. Die wöchentliche Arbeitszeit betrug mindestens 30 Stunden. Das Arbeitsverhältnis unterlag dem deutschen Arbeitsrecht und wurde nicht zum Zweck der Ausbildung in einem Beruf oder zum Zwecke der Umschulung in einen anderen Beruf geschlossen.

Das Arbeitsverhältnis bestand entweder seit mindestens zwei Jahren ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber oder es bestand seit einem Jahr ununterbrochen beim gleichen Arbeitgeber und schloss unmittelbar an ein/e mindestens zweijährige/s ununterbrochene/s:

- Kindererziehungszeit oder
- Berufsausbildung oder
- Studium oder
- vorheriges Arbeitsverhältnis an.

Andere Arbeitsverhältnisse bleiben unversichert.

Die Dauer der Arbeitslosigkeit und deren Grund sind durch geeignete Unterlagen nachzuweisen. Geeignete Unterlagen erstellen Ämter, Behörden, Arbeitgeber und Ausbildungsträger wie Schulen und Universitäten.

6.3.1.2 Art und Dauer der Leistung:

Eine Leistung erfolgt frühestens nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitslosigkeit auf Ihren Antrag abweichend von Ziffer 10 und 11 beitragsfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Beitragsbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit dem 60. Tag der Arbeitslosigkeit.

Die Beitragsbefreiung endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung.

Bei erneuter Arbeitslosigkeit setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Beitragsbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde.

Nach der Beendigung der Beitragsbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch beitragspflichtig weitergeführt. Beiträge, die schon für die Zeit der Beitragsbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet, die nach der Beitragsbefreiung zu zahlen sind.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

Das Ende der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich mitzuteilen.

6.3.2 Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Von den Ziffern 1.3 und 5.2 wird abgewichen.

6.3.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Sie werden unfallbedingt oder krankheitsbedingt für mehr als 6 Wochen zu 100 % arbeitsunfähig und weisen die Dauer der Arbeitsunfähigkeit, den Grad und deren Grund durch ein ärztliches Attest nach.





6.3.2.2 Art und Höhe der Leistung:

Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten tritt die Arbeitsunfähigkeit erstmals ein.

Die Wartezeit beginnt mit dem Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsvertrag wird bei Arbeitsunfähigkeit auf Ihren Antrag abweichend von Ziffer 10 und Ziffer 11 beitragsfrei bis zu 12 Monate weitergeführt.

Versicherungsschutz besteht in Höhe der zu Beginn der Beitragsbefreiung geltenden Versicherungssummen.

Die Beitragsbefreiung beginnt mit Ablauf von 6 Wochen, vom ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit an gerechnet. Die Beitragsbefreiung endet mit dem Tag der Beendigung der Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber 12 Monate nach dem ersten Tag der Beitragsbefreiung.

Bei erneuter Arbeitsunfähigkeit aus dem gleichen Grund setzt die Beitragsbefreiung wieder ein, soweit nicht bereits eine Dauer der Beitragsbefreiung von insgesamt 12 Monaten innerhalb der letzten 2 Jahre erreicht wurde. Nach der Beendigung der Beitragsbefreiung wird der Versicherungsvertrag unverändert, jedoch beitragspflichtig weitergeführt. Beiträge, die schon für die Zeit der Beitragsbefreiung gezahlt sind, werden mit den Folgebeiträgen verrechnet, die nach der Beitragsbefreiung zu zahlen sind.

Der Versicherungsvertrag verlängert sich um die Dauer der Beitragsbefreiung.

Das Ende der Arbeitsunfähigkeit ist uns unverzüglich mitzuteilen.

6.4 Was gilt für die Familien-Unfallversicherung

Als Familien-Unfallversicherung gilt eine Versicherung, bei der Sie als Versicherungsnehmer gleichzeitig versicherte Person und Elternteil oder Partner einer mitversicherten Person sind. Sofern nichts anderes vereinbart ist, gilt:

6.4.1 Vorsorgeversicherung für Neugeborene und Adoptivkinder des Versicherungsnehmers

Ihre und Ihres mitversicherten Partners während der Vertragsdauer geborene Kinder oder adoptierte Kinder des Versicherungsnehmers vor Vollendung deren 18. Lebensjahres, sind ab der Vollendung der Geburt oder ab dem Tag der Adoption bis zur nächsten Hauptfälligkeit, maximal für ein Jahr beitragsfrei versichert.

Die Versicherungssumme ist begrenzt auf 100.000 EUR für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 und 10.000 EUR für Tod gemäß Ziffer 2.7.

Dem Versicherungsschutz liegen die Vereinbarungen dieses Vertrages zu Grunde.

Wird das Kind innerhalb des ersten Lebensjahres bei uns versichert, gelten die beitragsfreien Versicherungssummen zusätzlich während der genannten Zeit von maximal einem Jahr. Bestehen bei uns noch weitere Verträge, über die Neugeborene versichert sind, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht.

6.4.2 Beitragsbefreiung bei Tod

6.4.2.1 Stirbt der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer und

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

gilt folgendes:

Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen beitragsfrei weitergeführt und zwar

- für das versichert Kind bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem es das 18. Lebensjahr erreicht hat, sowie
- für den mitversicherten Partner bis zum Ablauf des Versicherungsjahres in dem das (letzte) versicherte Kind das 18. Lebensjahr erreicht hat. Sind keine Kinder mitversichert, beträgt die Beitragsbefreiung für Partner ein Versicherungsjahr.

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

6.4.3 Rooming-in

6.4.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die unfallbedingten Verletzungen des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung von mindestens 7 Tagen.

Ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem Kind im Krankenhaus oder in einem speziell dafür vorgesehenen Haus in der Nähe des Krankenhauses (Rooming-in).

6.4.3.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir zahlen eine einmalige Leistung bei einem vollstationären Aufenthalt von mindestens

- 7 Tagen in Höhe von EUR 500,-
- 10 Tagen in Höhe von EUR 1.000,-
- 14 Tagen in Höhe von EUR 2.000,-
- 30 Tagen in Höhe von EUR 5.000,-.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder oder Erziehungsberechtigte betroffen sind.

6.4.4 Haushaltshilfe oder Tagesmutter

6.4.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die unfallbedingten Verletzungen eines Erziehungs-berechtigten des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung und daher ist die Versorgung des versicherten Kindes durch eine Haushaltshilfe oder die Unterbringung des versicherten Kindes bei einer Tagesmutter notwendig.

6.4.4.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir zahlen eine einmalige Leistung bei einer Anwesenheit der Haushaltshilfe bzw. Dauer des Aufenthalts bei der Tagesmutter von mindestens

- 7 Tagen in Höhe von EUR 500,-
- 10 Tagen in Höhe von EUR 1.000,-
- 14 Tagen in Höhe von EUR 2.000,-
- 30 Tagen in Höhe von EUR 5.000,-.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder oder Erziehungsberechtigte betroffen sind.

6.4.5 Nachhilfe

6.4.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die unfallbedingten Verletzungen des versicherten Kindes erfordern eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung und halten das Kind deshalb vom Schulunterricht ab.





6.4.5.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir zahlen eine einmalige Leistung bei einer Abwesenheit von allgemeinen oder berufsbildenden Schulen von mindestens

- 7 Tagen in Höhe von EUR 500,-
- 10 Tagen in Höhe von EUR 1.000,-
- 14 Tagen in Höhe von EUR 2.000,-
- 30 Tagen in Höhe von EUR 5.000,-.

soweit bei einem anerkannten Nachhilfelehrer oder Institut Nachhilfeunterricht genommen wird.

Bestehen bei uns noch weitere Verträge für das versicherte Kind, wird die Leistung nur aus einem Versicherungsvertrag erbracht. Die Kostenpauschale wird nur einmal gezahlt, wenn durch denselben Unfall mehrere versicherte Kinder betroffen sind.

6.4.6 Erhöhte Invaliditätsleistung bei Benutzung eines Fahrradhelmes

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

Die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme für Invalidität wird um 25 % erhöht. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 ermittelt.

Voraussetzung für die Leistung:

- das versicherte Kind hat das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet;
- der Unfall ist bei der Benutzung eines Fahrrades eingetreten und das versicherte Kind hat zum Zeitpunkt des Unfalles einen handelsüblichen Fahrradhelm getragen.

6.4.7 Vollwaisen-Todesfalleleistungen

Besteht im Rahmen des Vertrages Versicherungsschutz für Eltern und für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird eine zusätzliche Todesfalleleistung gezahlt.

6.4.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- Beide versicherten Elternteile werden durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt;
- Die versicherten Kinder haben das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.

6.4.7.2 Höhe der Leistung:

Wir zahlen zusätzlich 100 % der versicherten Todesleistung beider Eltern, höchstens 50.000 EUR.

6.5 Wie reduzieren sich die Versicherungssummen bei Erreichen des 68. Lebensjahres?

Für alle Versicherungsleistungen gilt Folgendes:

6.5.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz mit den vereinbarten Versicherungssummen.

Danach haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die vereinbarten Versicherungssummen auf 50 Prozent oder
- Sie legen uns ein ärztliches Attest über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor und wir berechnen die neuen Versicherungssummen und einen entsprechend höheren Beitrag.

6.5.2 Kommt eine Vereinbarung über neue Versicherungssummen und Beiträge nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres zustande, setzt sich der Vertrag automatisch mit um 50 Prozent reduzierten Versicherungssummen fort.

Eine Dokumentierung dieser Änderung erfolgt nicht. Im Leistungsfall wird das Alter der versicherten Person festgestellt und die Zahlung der Leistung erfolgt entsprechend.

Der Leistungsfall

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

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

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich

- einen Arzt hinzuziehen,
- seine Anordnungen befolgen und
- uns unterrichten.

Wir werden uns bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen nicht auf Obliegenheitsverletzung berufen, wenn Sie den Arzt erst dann hinzugezogen haben, als der wirkliche Umfang erkennbar wurde.

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.

Ist bei Selbstständigen, Geschäftsführern oder freiberuflich Tätigen der Lohnausfall nicht konkret nachzuweisen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1 % der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 500 EUR beträgt.

7.4 Ärzte, welche die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind zu ermächtigen, alle für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Wir werden Sie über die Erhebung personengebundener Gesundheitsdaten unterrichten, falls uns schon vor dem Leistungsfall Ihre Einwilligung vorliegt. Sie können einer Erhebung widersprechen; dies kann jedoch zu einem Verlust Ihrer Leistungsansprüche führen.

Sie können jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies unverzüglich, spätestens jedoch sieben Tage nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

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

7.6 Bei den einzelnen Leistungsarten sind zum Teil noch weitere Fristen zu beachten, bei denen es sich allerdings nicht um Obliegenheiten, sondern um Anspruchsvoraussetzungen handelt.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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





- Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.
- 8.2 Eine Obliegenheitsverletzung liegt insbesondere nicht vor, wenn
- die versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird
 - die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf nachgeht
 - zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und eine unverzügliche Schadenmeldung deshalb unterblieb
 - die Erfüllung einer Obliegenheit versehentlich unterblieb aber nach ihrem Erkennen unverzüglich erfüllt wurde.
9. **Wann sind die Leistungen fällig?**
- 9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, beim Invaliditätsanspruch und der Unfallrente 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
 - bei der Unfallrente zusätzlich die ärztliche Bescheinigung über eine voraussichtliche dauerhafte Invalidität von mindestens 50 Prozent.
- Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernehmen wir, sofern wir das Gutachten in Auftrag gegeben haben. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
- 9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 9.3 **Vorschüsse auf eine Invaliditätsleistung**
Für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 gilt:
- Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir auf Ihren Wunsch angemessene Vorschüsse.
- Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
- 9.4 **Neubemessung der Invalidität**
- 9.4.1 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
- 9.4.2 Das in Ziffer 9.4.1 genannte Recht gilt bis zu drei Jahre, für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres jedoch bis zu fünf Jahre nach dem Unfall.
- 9.4.3 Das in Ziffer 9.4.1 genannte Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
 - von Ihnen vor Ablauf der Frist nach 9.4.2
- ausgeübt werden.
- 9.4.4 Um Ihr Recht auf Neubemessung der Invalidität gemäß Ziffer 9.4.1 fristgemäß gemäß Ziffer 9.4.2 und 9.4.3 durchführen zu können, müssen Sie uns die Möglichkeit geben, einen Arzt rechtzeitig vor Ablauf der Frist mit der Untersuchung der versicherten Person zu beauftragen. Ihre Erklärung, das Recht ausüben zu wollen, sollte uns daher möglichst drei Monate nach unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1, muss uns aber spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 9.4.2 vorliegen.
- 9.5 Ergibt die endgültige Bemessung des Invaliditätsgrades für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 eine höhere Leistung als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag jährlich mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB zu verzinsen.
- 9.6 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Bezug einer Unfallrente gemäß Ziffer 2.2 sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- Die Versicherungsdauer**
10. **Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen? Wann ruht der Versicherungsschutz bei Arbeitslosigkeit?**
- 10.1 **Beginn des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.3 zahlen.
- 10.2 **Dauer und Ende des Vertrages**
Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Versicherungsdauer eine Kündigung zugegangen ist.
- Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 10.3 **Kündigung nach Versicherungsfall**
Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder im Falle eines Rechtsstreits nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen 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 der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
- Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 10.4 **Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen**
Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den





Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

10.5 Versicherungsjahr

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

10.6 Kündigung bei Wohnsitzverlegung ins Ausland

Bei einer endgültigen Wohnsitzverlegung ins Ausland - ohne Beibehaltung eines Wohnsitzes im Inland - kann das Versicherungsverhältnis gekündigt werden.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei der degenia Versicherungsdienst AG wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung der degenia Versicherungsdienst AG wird einen Monat nach ihrem Zugang wirksam.

Der Versicherungsbeitrag

11. Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

11.1 Beitragszahlung

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

11.2 Versicherungssteuer

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

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

11.3.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

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

11.3.3 Rücktritt

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

11.4 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.4.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

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

11.4.2 Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen.

Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.4.3 und 11.4.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

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

11.4.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.4.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.4.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.4.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

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

11.5 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

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

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

11.6 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.

11.7 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.

Falls die versicherte Person während der Vertragslaufzeit verstirbt, erstatten wir den Beitrag rückwirkend ab dem Todesdatum.





11.8 Beitragsanpassungsklausel

11.8.1 Der Versicherer ist berechtigt, die mit Ihnen vertraglich vereinbarten Beiträge für Ihren Versicherungsvertrag zum jeweiligen Vertragsablauf der allgemeinen Schaden und Kostenentwicklung (Schadenaufwendungen und Kosten aller Verträge mit gleichen Tarifmerkmalen übersteigen die Beitragseinnahmen ohne Versicherungssteuer eines Geschäftsjahres) anzupassen, um das bei Vertragsabschluss angestrebte Gleichgewicht von Leistung (Gewährung von Versicherungsschutz) und Gegenleistung (Zahlung der Versicherungsbeitrag) wieder herzustellen.

Die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik sind anzuwenden.

Die Anpassung wird zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode wirksam; sie darf den im Zeitpunkt der Änderung geltende Tarifbeitrag nicht übersteigen. Die Beitragserhöhung ist dem Versicherungsnehmer spätestens drei Monate vor Vertragsablauf schriftlich bekannt zu geben.

Führt der Versicherer eine Beitragsanpassung durch, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag bis zum Ende der Versicherungsperiode zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.

11.8.2 Vermindert sich der Tarifbeitrag, ist der Versicherer verpflichtet, den Beitrag von Beginn der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrags zu senken.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), gilt Folgendes:

12.1.1 Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung unmittelbar bei uns geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person.

12.1.2 Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über das Recht der versicherten Person gemäß Ziffer 12.1.1.

12.1.3 Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Vertrag steht nicht der versicherten Person sondern nur Ihnen zu.

12.1.4 Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

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

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen.

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

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

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

13.2 Rücktritt

13.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

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

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

13.3 Kündigung oder rückwirkende Beitragsanpassung

13.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform kündigen.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.





Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

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

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

13.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

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

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

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

13.4 Anfechtung

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

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

14.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

14.2 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.

15. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

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

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

16. Welches Gericht ist zuständig?

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

16.2 Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist.

Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

17. Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18. Änderung von Bedingungen und Beitrag

Werden die zwischen degenia und Chubb allgemein vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen im Laufe der Versicherungsdauer zu Gunsten des Versicherungsnehmers geändert, so gelten sie mit sofortiger Wirkung auf diesen Vertrag.





Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel

-sofern im Versicherungsvertrag vereinbart-

1. Progressive Invaliditätsstaffel bis 225 % der Grundversicherungssumme

Im Leistungsfall berechnet sich die Höhe der Invaliditätsleistung nach dem im Versicherungsschein vereinbarten Progressionsmodell. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Unfallversicherungs-Bedingungen ermittelt.

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von

- bis zu 25 Prozent, erfolgt keine Erhöhung der Versicherungsleistung;
- 25 bis 50 Prozent, wird jeder Prozentpunkt, der 25 übersteigt, verdoppelt;
- über 50 Prozent, wird zusätzlich jeder Prozentpunkt, der 50 übersteigt, verdreifacht.

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

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





Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel

-sofern im Versicherungsvertrag vereinbart-

2. Progressive Invaliditätsstaffel bis 350 % der Grundversicherungssumme

Im Leistungsfall berechnet sich die Höhe der Invaliditätsleistung nach dem im Versicherungsschein vereinbarten Progressionsmodell. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Unfallversicherungs-Bedingungen ermittelt.

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von

- bis zu 25 Prozent, erfolgt keine Erhöhung der Versicherungsleistung;
- 25 bis 50 Prozent, wird jeder Prozentpunkt, der 25 übersteigt, verdreifacht;
- über 50 Prozent, wird zusätzlich jeder Prozentpunkt, der 50 übersteigt, verfünffacht.

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

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





Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel

-sofern im Versicherungsvertrag vereinbart-

3. Progressive Invaliditätsstaffel bis 500 % der Grundversicherungssumme

Im Leistungsfall berechnet sich die Höhe der Invaliditätsleistung nach dem im Versicherungsschein vereinbarten Progressionsmodell. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der Unfallversicherungs-Bedingungen ermittelt.

Ziffer 2.1 wird wie folgt ergänzt:

Ergibt sich ein Invaliditätsgrad von

- bis zu 25 Prozent, erfolgt keine Erhöhung der Versicherungsleistung;
- 25 bis 50 Prozent, wird jeder Prozentpunkt, der 25 übersteigt, verdreifacht;
- 50 bis 75 Prozent, wird jeder Prozentpunkt, der 50 übersteigt, versechsfacht;
- über 75 Prozent, wird zusätzlich jeder Prozentpunkt, der 75 übersteigt, verzehnfacht

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

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers. Summe
von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	184	83	330
27	31	46	88	65	190	84	340
28	34	47	91	66	196	85	350
29	37	48	94	67	202	86	360
30	40	49	97	68	208	87	370
31	43	50	100	69	214	88	380
32	46	51	106	70	220	89	390
33	49	52	112	71	226	90	400
34	52	53	118	72	232	91	410
35	55	54	124	73	238	92	420
36	58	55	130	74	244	93	430
37	61	56	136	75	250	94	440
38	64	57	142	76	260	95	450
39	67	58	148	77	270	96	460
40	70	59	154	78	280	97	470
41	73	60	160	79	290	98	480
42	76	61	166	80	300	99	490
43	79	62	172	81	310	100	500
44	82	63	178	82	320		





Besondere Klauseln und Vereinbarungen „degenia“

Innovationsklausel/Bedingungsverbesserungen

Wird das dem Vertrag zugrundeliegende Bedingungsmerk der vereinbarten Produktlinie <classic premium oder optimum> (dazu gehören <Allgemeine Versicherungsbedingungen, Besondere Bedingungen, Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen, Zusatzbedingungen und Klauseln und die Leistungsbeschreibung zum Versicherungsschutz >) vom Versicherer für Neuverträge geändert, so gilt das neue Bedingungsmerk unter folgenden Voraussetzungen automatisch auch für den bestehenden Vertrag:

- das neue Bedingungsmerk enthält im Vergleich zum zugrundeliegenden Bedingungsmerk ausschließlich Leistungsverbesserungen (das kann z.B. eine Erweiterung des Versicherungsschutzes oder der Wegfall eines Ausschlussgrundes oder einer Obliegenheit sein)

und

- die im neuen Bedingungsmerk enthaltenen Leistungsverbesserungen führen für Neuverträge im Vergleich zum bestehenden Vertrag nicht zu einer nachteiligen Änderung der Tarifierungskriterien oder Berechnungsgrundlage.

Das neue Bedingungsmerk findet auf den bestehenden Vertrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode Anwendung, die auf den Zeitpunkt folgt, zu dem der Versicherer das neue Bedingungsmerk für Neuverträge verwendet.

Werden die dieser Versicherung zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

Wechsel des Versicherers

Die degenia Versicherungsdienst AG ist berechtigt, jederzeit, ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers zur nächsten Hauptfälligkeit des Versicherungsvertrages, den Versicherer zu wechseln. Dies ist jedoch nur möglich, bei gleichbleibendem Versicherungsschutz und bei gleichbleibendem Beitrag / gleichbleibendem Beitragssatz.

Der Wechsel des Versicherers ist dem Versicherungsnehmer spätestens innerhalb von 4 Wochen nach erfolgtem Wechsel, mitzuteilen. Der Wechsel des Versicherers eröffnet dem Versicherungsnehmer ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Beitragsanpassung

In Erweiterung der Ziffer 11.8 UB ist die degenia Versicherungsdienst AG in Rücksprache mit dem Versicherer berechtigt, die vertraglich vereinbarten Beiträge für Versicherungsverträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsumfang anzupassen, wenn die Schadenaufwendungen und Kosten eines Geschäftsjahres die Beitragseinnahmen ohne Versicherungssteuer, jeweils bezogen auf diese Verträge, überschreiten. Die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik sind anzuwenden.

Die Anpassung tritt jeweils für Verträge mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres in Kraft. Die degenia Versicherungsdienst AG teilt dem Versicherungsnehmer die Anpassung der Beiträge spätestens einen Monat vor Fälligkeit des Beitrages schriftlich mit.

Der Versicherungsnehmer ist über sein Kündigungsrecht zu belehren: Erhöht die degenia Versicherungsdienst AG die Beiträge, kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beitragserhöhung, den Versicherungsvertrag kündigen

Kein Nachteil gegenüber GDV-Musterbedingungen

Die Ihrem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Bedingungen weichen ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den entsprechenden Musterbedingungen ab, wie sie zum Stichtag 10/2010 vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) empfohlen werden.

Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse

Wir garantieren Ihnen, dass unsere Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse vom Februar 2010 erfüllen.

Kündigung bei Wohnsitzverlegung ins Ausland

Bei einer endgültigen Wohnsitzverlegung ins Ausland - ohne Beibehaltung eines Wohnsitzes im Inland - kann das Versicherungsverhältnis gekündigt werden.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei der degenia Versicherungsdienst AG wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung der degenia Versicherungsdienst AG wird einen Monat nach ihrem Zugang wirksam.

Vollmachten der degenia Versicherungsdienst AG

- Die Firma degenia Versicherungsdienst AG (im Folgenden degenia genannt) führt die gesamte Vertragsverwaltung für die jeweiligen Versicherer durch.
- Degenia ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadenanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazu gehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art (z.B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei degenia eingegangen sind.
- Degenia ist von den Versicherern beauftragt gegenüber den Versicherungsnehmern und den betreuenden Vermittlern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.
- Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber der degenia nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte der degenia bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt auch entsprechend für den Fall einer Änderung des Namens des Versicherungsnehmers.





Merkblatt Datenverarbeitung

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsvertrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise abgelehnt, kommt es u. U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise abgelehnter Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

1. Datenspeicherung

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, 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 Ihre 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 den Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben Versicherer in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von dem Versicherer, 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 entsprechenden Unterlagen zur Verfügung gestellt.

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

4. Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS meldet der Versicherer – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Betroffene Personen werden von der Übermittlung ihrer Daten an das HIS durch den Versicherer benachrichtigt. Sie haben das Recht, von informa IRFP GmbH Auskunft darüber zu erhalten, ob und mit welchen Daten sie im System gespeichert sind. Darüber hinaus hat der Betroffene die Möglichkeit zu überprüfen und ggf. nachzufragen, ob das HIS tatsächlich nur von den Unternehmen genutzt wurde, mit denen er wegen eines Antrags oder eines Leistungsfalls in Verbindung stand.

Die Kontaktdaten von informa IRFP GmbH sind:

informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH
Rheinstr. 99
76532 Baden-Baden

Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

- Komposit -

(Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Kraftfahrt-, Transportversicherung)
An das HIS meldet der Versicherer – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadenfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z.B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z.B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist.

Die Versicherer müssen im Schadenfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund meldet der Versicherer Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden haben, gestohlen worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien meldet der Versicherer an das HIS, wenn er eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellt. Sollte der Versicherer Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Meldung von dem Versicherer benachrichtigt.





Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens, richten wir oder der Versicherer Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir oder der Versicherer Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadenfall geben müssen.

- Rechtsschutz -

An das HIS meldet der Versicherer - ebenso wie andere Versicherungsunternehmen - erhöhte Risiken. Verträge werden gemeldet, wenn ungewöhnlich häufig Rechtsschutzfälle gemeldet werden.

Sollte der Versicherer Sie an das HIS melden, werden wir Sie darüber benachrichtigen. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir oder der Versicherer Anfragen zur Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir oder der Versicherer Anfragen zur Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoerhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag beantragen, können wir oder der Versicherer Anfragen an das HIS stellen.

In diesem Fall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir oder der Versicherer, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir oder der Versicherer Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsantrag beantworten und daher Auskunft geben müssen. Werden im Zusammenhang mit unserer Nachfrage bei Ihnen oder bei anderen Versicherern Gesundheitsdaten erhoben, erfolgt dies nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis oder - soweit zulässig - auf gesetzlicher Grundlage.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb des Unternehmens

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen, z. B. Kredite und Bausparen, werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, beispielsweise die Datenverarbeitung, das Inkasso, die interne Revision, die Rechtsabteilung, der Vertrieb und der Datenschutz. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Ihre Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge und das versicherte Risiko bzw. die Versicherungssumme, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt und sind von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann u. a. eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische

Daten - wie z. B. Gesundheitsdaten - bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen. Für alle zugriffsberechtigten Mitarbeiter gelten die Pflichten bei der Einhaltung des Datenschutzes und Schweigepflicht.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots werden Sie durch Ihren Versicherungsvermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften und Pools, die der Vermittler nutzt.

Um diese Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Die Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von den jeweiligen Gesellschaften über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

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

8. Datenübermittlung zwecks Bonitätsprüfung

Der Versicherer wird berechtigt zum Zwecke des Vertragsabschlusses und bei Bedarf im Verlauf der aktiven Geschäftsbeziehung zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung (z. B. Schadensfall) Informationen zu Ihrem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten Dritter zu beziehen und zu nutzen.

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





CHUBB®

Datenschutzhinweis für Versicherungsunterlagen

Wir verwenden personenbezogene Daten, die Sie uns zur Verfügung stellen, für die Ausstellung und Verwaltung dieser Versicherung, einschließlich der Bearbeitung im Zusammenhang damit anfallender Schadenfälle.

Diese Daten umfassen grundlegende Kontaktinformationen, wie beispielsweise Ihren Namen, Ihre Adresse und die Nummer der Versicherungspolice, können aber auch ausführlichere Angaben zu Ihrer Person (beispielsweise Alter, Gesundheitszustand, Angaben zu Ihren Vermögenswerten, bisherige Schadenfälle) beinhalten, sofern diese Angaben für das von uns versicherte Risiko, die von uns zur Verfügung gestellten Leistungen oder für einen von Ihnen gemeldeten Schadenfall relevant sind.

Wir sind Teil eines globalen Konzerns und daher können Ihre personenbezogenen Daten u. U. an unsere Konzernunternehmen in anderen Ländern weitergeben, sofern dies für den im Rahmen der Police gewährten Versicherungsschutz oder für Zwecke der Datenspeicherung erforderlich ist. Wir nehmen auch eine Reihe zuverlässiger Dienstleister in Anspruch, die vorbehaltlich unserer Weisungen und Kontrolle ebenfalls Zugriff auf Ihre personenbezogenen Daten haben.

Sie haben im Zusammenhang mit Ihren personenbezogenen Daten eine Reihe von Rechten, einschließlich des Auskunftsrechts und, unter bestimmten Umständen, des Rechts auf Löschung.

Dieser Abschnitt ist eine gekürzte Erklärung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten nutzen. Weitere Informationen finden Sie in der ungekürzten Fassung unserer Rahmendatenschutzrichtlinie unter <https://www2.chubb.com/de-de/datenschutz.aspx>, die Sie unbedingt durchlesen sollten. Sie können die Rahmendatenschutzrichtlinie auch jederzeit über die E-Mail-Adresse **dataprotectionoffice.europe@chubb.com** oder direkt bei Chubb European Group Limited, Direktion für Deutschland, Lurgiallee 12, 60439 Frankfurt am Main, Telefon +49 69 756 130, Fax +49 69 746 193, anfordern.

