



Auslandsversicherung für Freiwillige

Verbraucherinformationen
und Versicherungsbedingungen

**Auslandsversicherung für Freiwillige
Allgemeine Versicherungsbedingungen**

Vorwort

Auslandsversicherung von Freiwilligen

Die Versicherung von Freiwilligen hat für die Dr. Walter GmbH Tradition. Bereits seit über 30 Jahren versichern wir Freiwillige vieler Organisationen. Jährlich verlassen sich tausende Freiwillige auf die von uns entwickelten Versicherungslösungen.

In dieser Broschüre haben wir für Sie alle Versicherungsbedingungen unserer Versicherung für Freiwillige zusammengefasst.

Welche Versicherungsbedingungen gelten für Sie?

Je nach Organisation und Freiwilligenprogramm unterscheiden sich die zu Grunde liegenden Versicherungsbedingungen und Versicherungssummen. Im Folgenden haben wir alle Möglichkeiten für Sie abgedruckt. Bitte entnehmen Sie Ihrer Versicherungsbestätigung, welche der Bedingungen und Summen für Sie gültig sind.

Über die Dr. Walter GmbH

Die Dr. Walter GmbH ist der Experte für die Versicherung von privaten und geschäftlichen Reisen und Auslandsaufenthalten. Seit 50 Jahren entwickeln und vermitteln wir maßgeschneiderten Versicherungsschutz für internationale Wirtschaftsunternehmen und Hilfsorganisationen. Mit über 50 Mitarbeitern bieten wir verlässliche Leistungen und kompetenten Service zur Sicherung der Mobilität im geschäftlichen und privaten Kontext.

www.dr-walter.com

www.reiseversicherung.com

Inhaltsverzeichnis

Auslandsreisekrankenversicherung

Produkt- und Kundeninformation sowie Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) zu

Tarif GAR 1	S. 3
Tarif GAR 36	S. 5
Tarif GAD 12	S. 8
Tarif GAD 36	S. 11
Tarif GAZ	S. 14
Besondere Versicherungsbedingungen zur Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung für Freiwillige	S. 17

Haftpflichtversicherung

Information zum Versicherer	S. 19
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AHB)	S. 19
Besondere Bedingungen und Risikobeschreibung zur Privat-Haftpflichtversicherung	S. 23
Ergänzende Besondere Bedingungen	S. 27

Unfallversicherung

Information zum Versicherer	S. 28
Allgemeine Versicherungsbedingungen (AUB) inklusive Zusatzbedingungen für die Gruppenunfallversicherung	S. 28
Erweiterungen der AUB	S. 31
Besonderen Unfallversicherungsbedingungen für Freiwillige	S. 34

Reisegepäckversicherung

Kundeninformation	S. 36
Allgemeine Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck	S. 36
Besondere Versicherungsbedingungen zur Reisegepäckversicherung	S. 40

Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)	S. 41
Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz - LPartG)	S. 41

Auslandsreise-Krankenversicherung

Tarif GAR1

Produktinformation

zur Krankenversicherung Tarif GAR1 Gruppenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die von Ihnen beantragte Krankenversicherung geben. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag, dem Versicherungsausweis, dem Gruppenversicherungsvertrag und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

- Um welche Art der Versicherung handelt es sich?**
Die beantragte Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.
- Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?**

Tarif	Tarifbeschreibung für die im Antrag bezeichnete Person
GAR1	Weltweit gültige Auslandsreise-Krankenversicherung für Freiwillige bis zu maximal 18 Monate, für Teilnehmer am Weltwärts-Programm des Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit für maximal 24 Monate. Ambulante Heilbehandlung 100%, stationäre Heilbehandlung 100%, zahnärztliche Heilbehandlung 100%, Hilfs- und Heilmittel, Krankentransport, Rückführung

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes« (§1 AVB), »Umfang der Leistungspflicht« (§3 AVB), »Einschränkung der Leistungspflicht« (§4 AVB) und »Auszahlung der Versicherungsleistungen« (§5 AVB) nach.

- Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?**

Monatsbeitrag für den beantragten Versicherungsschutz	siehe Gruppenvertrag
Zahlungsweise	Einmalbeitrag

Die Prämie ist zeitgleich mit der Anmeldung zum Gruppenvertrag zu entrichten. Soweit die nicht rechtzeitige Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer zu vertreten ist, sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Bei einem Rücktritt sind wir nicht leistungspflichtig.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Beitragszahlung« (§6 AVB) nach.

- Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?**
Keine Leistungspflicht besteht z.B. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind.
Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Besonderen Bedingungen unter dem Punkt zu §4.
- Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?**
Keine
- Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?**
Keine
- Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?**
Beispielsweise ist uns auf Anforderung jede Auskunft zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht mitzuteilen sowie eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen. Bei Verletzung einer dieser Pflichten können wir unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.
Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen« (§7 AVB) nach.
- Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Versicherungsbeginn. Für die maximal vierwöchige Vorbereitungszeit oder zweiwöchige Nachbereitungszeit besteht Versicherungsschutz in Deutschland unter Anrechnung auf die tarifliche Versicherbarkeit von Reiseunterbrechungen, sofern zuvor bzw. in Anschluss ein dreimonatiger Versicherungsschutz abgeschlossen wurde.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Wiedereinreise nach Deutschland, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes« (§2 AVB) nach.

- Wie kann der Vertrag beendet werden?**

Der Vertrag kann nach den im Gruppenvertrag geregelten Bestimmungen beendet werden.

Kundeninformation

zur Krankenversicherung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG- Informationspflichtverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum jeweiligen Produkt entnehmen.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Victoriaplatz/Fischerstraße 2
40198 Düsseldorf Deutschland

Sitz: Köln
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Günter Dibbern (Vorstandsvorsitzender)
Rolf Bauernfeind, Jürgen Lang, Dr. Jochen Messemer, Dr. Hans Josef Pick
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV Deutsche Krankenversicherung AG gehört einem Insolvenzsicherungsfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV Deutsche Krankenversicherung AG sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln wahrgenommen.

Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen.

Zahlungsmodalitäten

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag. Die Beitragszahlung erfolgt gemäß den im Gruppenvertrag vereinbarten Regelungen.

Zustandekommen des Vertrages

Die Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag muss der DKV Deutsche Krankenversicherung AG innerhalb des im Gruppenvertrag vereinbarten Zeitraums ordnungsgemäß ausgefüllt zugehen. Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt dann durch die Zahlung des Beitrages im vereinbarten Verfahren. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn (= Versicherungsbeginn kann nur der erste Tag des Auslandsaufenthaltes sein), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn des Aufenthaltes im Ausland. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

Widerrufsrecht

Die Widerrufsrechtsbelehrung inkl. Rechtsfolgenbelehrung entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag.

Versicherungsdauer

Auslandsreise-Krankenversicherung nach dem Tarif GAR 1 werden für Freiwillige die Dauer von maximal 18 Monate und für Teilnehmer am Weltwärts-Programm des Bundesministeriums für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit für maximal 24 Monate abgeschlossen. (siehe §1 (1) GAR 1 der Besonderen Bedingungen zur Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung für Freiwillige).

Vertragsbeendigung

Das Versicherungsverhältnis endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der vereinbarten Höchstversicherungsdauer von maximal 365 Tagen bzw. mit Ende des Gruppenvertrages.

Nachleistungspflicht

Die Nachleistungspflicht für Versicherte, die während eines laufenden Versicherungsfalles aus der Gruppenversicherung ausscheiden, richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Beschwerden können gerichtet werden an:

- die DKV Deutsche Krankenversicherung AG,
- den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, oder
- die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise- Krankenversicherung, Tarif GAR1

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet bei Aufenthalt im Ausland Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen genannte Ereignisse.

Bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall (s. §§ 1 (3), 3) werden die dort entstehenden Aufwendungen für Heilbehandlungen ersetzt bzw. sonst vereinbarte Leistungen (z. B. Rückführung, vgl. § 3 Abs. 4a) erbracht.

Für Aufenthalte zum Zwecke einer Heilbehandlung besteht kein Versicherungsschutz.

- (2) Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

- (3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (vgl. § 3). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten auch der Tod einer versicherten Person sowie Geburt und Schwangerschaft, sofern diese nicht bereits vor Beginn des Versicherungsschutzes festgestellt war.

- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen, dem Gruppenvertrag sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- (5) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 2 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Die Anmeldung zum Gruppenvertrag erfolgt durch den Versicherungsnehmer. Die Versicherung gilt für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt mit einer Höchstdauer von 365 Tagen. Nach Ablauf dieser Höchstversicherungsdauer ist für den andauernden Auslandsaufenthalt eine erneute Anmeldung zum Gruppenvertrag nicht zulässig.

- (2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn und nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes einer versicherten Person. Für den gleichen Auslandsaufenthalt ist eine Kombination mehrerer Tarife der Auslandsreise-Krankenversicherung, auch mit denen anderer Versicherer, nicht zulässig. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

- (3) Wird ein länger als drei Monate dauernder Auslandsaufenthalt kurzfristig unterbrochen, besteht auch in Deutschland Versicherungsschutz für bis zu insgesamt vier Wochen innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Behandlung in Deutschland der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes war.

Besteht Versicherungsschutz in Deutschland, sind im Rahmen des § 3 anfallende ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bis zum Regelhöchstsatz der jeweiligen Gebührenordnungen erstattungsfähig.

Bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland sind lediglich die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Dazu zählen u. a. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte (§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz i.V.m. §§ 2 Abs. 2, 7 ff. Krankenhausentgeltgesetz bzw. Pflegesätze (§ 2 Abs. 2 i.V.m. § 10 Bundespflegesatzverordnung), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme. Belegärztliche Leistungen sind nur bis zum Regelhöchstsatz der GOÄ erstattungsfähig.

Die Behandlung durch Heilpraktiker ist nicht versichert.

- (4) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Wiedereinreise nach Deutschland, soweit nicht eine Unterbrechung nach § 2 Abs. 3 vorliegt, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.
- (5) Ist eine im versicherten Zeitraum begonnene Behandlung nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer noch nicht beendet und kann die versicherte Person deshalb nicht zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.
- (6) Wird einer nach diesem Tarif versicherten Person während der Versicherungsdauer ein Kind geboren, so kann dieses ab Geburt bis zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer der versicherten Person ebenfalls nach diesem Tarif versichert werden. § 2 Abs. 2 gilt insofern nicht.

Die Anmeldung zur Versicherung muss dabei spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgen.

§ 3 Umfang der Leistungspflicht

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen:

(1) Ambulante Heilbehandlung

Die Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen,
- b) Arznei- und Verbandmittel,
- c) Hilfsmittel, die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles erforderlich werden,
- d) Heilmittel, das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie Wärmebehandlung, Elektrotherapie), wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden,
- e) Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall, werden zu 100% ersetzt.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten frei.

Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von diesen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Die Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen,
- b) Krankenhausleistungen, einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung;
- c) einen Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste, werden zu 100% ersetzt.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Die Einschaltung des Notruf-Service ist unverzüglich vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich.

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

Die Aufwendungen für schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich sowie für Zahnfüllungen mit plastischem Material werden zu 100% ersetzt.

Außerdem werden die Aufwendungen für

- a) provisorische Zahnkronen und für provisorischen herausnehmbaren Zahnersatz infolge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles sowie
- b) Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz zu 50% des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 250 € ersetzt.

Alle sonstigen zahnmedizinischen Leistungen sowie die dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien stehen nicht unter Versicherungsschutz.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten oder Zahnärzten frei.

(4) Sonstige Leistungen

- a) Rückführung

Bei einer ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland werden die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr nach Deutschland zusätzlich entstehen – ersetzt, wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden (vgl. § 5 Abs. 3d).

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächstreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen werden zu 100% ersetzt, wenn vor Durchführung der Rückführung beim Versicherer bzw. bei dessen Notruf-Service eine Leistungszusage eingeholt wird. Sofern vor Durchführung der Rückführung keine Leistungszusage eingeholt wird, werden die nachgewiesenen Mehrkosten der Rückführung zu 80% ersetzt.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit werden die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person bis 500 € ersetzt, wenn nach ärztlichem Befund eine nach Tarif GAR 1 unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

- b) Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, werden die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000 € ersetzt.

- c) Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland kann zwischen dem Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und einem Krankenhaustagegeld von 25 € pro Tag des Krankenhausaufenthaltes gewählt werden.

- d) Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln

Fehlen zur Heilbehandlung Blutkonserven oder sind lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben, so werden die Kosten ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person zu 100% ersetzt.

- e) Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme mit dem Versicherer bzw. dessen Notruf-Service entstehen, werden insgesamt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10 € erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären

Heilbehandlung nach § 3 Abs. 2 bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach § 3 Abs. 4 a) anfallen.

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für:

- a) Behandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Aufenthalt waren;
- b) Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- c) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.
Als vorhersehbar gelten Kriegsereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.
- d) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- e) für Entzugs-, Entgiftungs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- f) psychische, psychogene und psychosomatische Krankheiten;
- g) Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Versicherungsbeginn bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen besteht dann Versicherungsschutz, wenn das Kind gemäß § 2 Abs. 6 ebenfalls versichert wird;
- h) Vorsorgeuntersuchungen, auch während einer versicherten Schwangerschaft
- i) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
- j) Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- k) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- l) Zahnersatz, Zahnkronen und Inlays (vgl. aber § 3 Abs. 3).

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Haben Sie bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen soll innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Versicherungsfalles geltend gemacht werden.
- (2) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt wurden, gilt der Kurs gemäß »Währungen der Welt«, Veröffentlichung der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Umfang der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sind. Dies gilt insbesondere für die folgenden Nachweise, die in das Eigentum des Versicherers übergehen:
 - a) Der Anspruch ist durch Originalrechnungen zu belegen. Wurde die Originalrechnung einem anderen Krankenversicherer zur Erstattung vorgelegt, genügt ein Duplikat mit Erstattungsvermerk.
 - b) Die Belege müssen den Namen des Behandelten, die Krankheitsbezeichnung, die Angaben der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten enthalten.
 - c) Rezepte sind mit den dazugehörigen Arztrechnungen, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen.
Bei zahnärztlicher Heilbehandlung nach § 3 Abs. 3 muss die Rechnung die Bezeichnung der behandelten bzw. provisorisch ersetzten Zähne und jeweils vorgenommenen Leistungen tragen.
 - d) Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.
- (4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

- (8) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen. Eventuell hierfür entstehende Kosten trägt der Versicherungsnehmer.

§ 6 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag. Er wird bei Anmeldung der jeweiligen versicherten Personen zum Gruppenvertrag fällig. Den Zeitpunkt der Beitragszahlung bestimmt der Gruppenvertrag.
Der Versicherungsschutz für die jeweils versicherte Person wird nur bei vollständiger Zahlung des Einmalbeitrages zur Verfügung gestellt.
- (2) Der Beitrag wird pro Tag berechnet und richtet sich nach der Aufenthaltsdauer. Die Höhe des Beitrages ist im Gruppenvertrag geregelt.
- (3) Steht ein Auslandsaufenthalt mit einem vorhergehenden in einem inneren Zusammenhang und liegen zwischen den Aufenthalten weniger als drei Monate, werden zur Ermittlung des Beitrages pro Tag für den jetzt zu versichernden Aufenthalt die Zeiten der Aufenthalte zusammengerechnet. Von einem inneren Zusammenhang ist in der Regel auszugehen, wenn die Reisen in das gleiche Land führen oder dem gleichen Zweck dienen. Die Gesamtversicherungsdauer darf hierbei jedoch 365 Tage ebenfalls nicht überschreiten.

§ 7 Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht oder ihres Umfanges erforderlich ist. Sie haben im Einzelfall den Versicherer zu bevollmächtigen, alle erforderlichen Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten usw.) einzuholen und diese von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zu entbinden.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Der Versicherer ist ansonsten mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 8 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 9 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Foderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- (2) Sie oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzen Sie oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen (1) und (2) genannten Obliegenheiten, sind wir zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 10 Aufrechnung

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

§ 11 Gerichtsstand

Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Tarif GAR36

Produktinformation

zur Krankenversicherung Tarif GAR36 Gruppenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die von Ihnen beantragte Krankenversicherung geben. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus der Beitrittsklärung zum Gruppenvertrag, dem Versicherungsausweis, dem Gruppenversicherungsvertrag und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

1. Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Die beantragte Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.

2. Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?

Tarif	Tarifbeschreibung für die im Antrag bezeichnete Person
GAR36	Weltweit gültige Auslandsreise-Krankenversicherung für Reisen von 3 bis 36 Monaten. Ambulante Heilbehandlung 100%, stationäre Heilbehandlung 100%, zahnärztliche Heilbehandlung 100%, Zahnersatz 50%, max. 1.022,58 € innerhalb von 12 Monaten, Hilfs- und Heilmittel grds 80%, Kranken-transport, Rückführung.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes« (§ 1 AVB), »Umfang der Leistungspflicht« (§ 4 AVB), »Einschränkung der Leistungspflicht« (§ 5 AVB) und »Auszahlung der Versicherungsleistungen« (§ 6 AVB) nach.

3. Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?

Monatsbeitrag für den beantragten Versicherungsschutz	siehe Gruppenvertrag
Zahlungsweise	Einmalbeitrag

Die erste Prämie ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zustandekommen des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem o. g. Versicherungsbeginn. Soweit die nicht rechtzeitige Zahlung der Erstprämie durch den Versicherungsnehmer zu vertreten ist, sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Bei einem Rücktritt sind wir nicht leistungspflichtig.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von mindestens zwei Monaten zu zahlen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Beitragszahlung« (§ 7 AVB) nach.

4. Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht z. B. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Teilnahme an Kriegseignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Besonderen Bedingungen unter dem Punkt zu § 5.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Bis zur Ausgabe Ihrer Beitrittserklärung müssen Sie uns alle bekannten und erheblichen Gefahrenumstände, nach denen wir gefragt haben, mitteilen. Wird diese Anzeigepflicht verletzt, können wir unter Umständen vom Vertrag zurücktreten oder diesen kündigen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag (KV 383 VVG) unter dem Punkt »Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person« nach.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Keine

7. Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Beispielsweise ist uns auf Anforderung jede Auskunft zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht mitzuteilen sowie eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen. Bei Verletzung einer dieser Pflichten können wir unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen« (§ 8 AVB) nach.

8. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor ausdrücklicher Erklärung des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag und nicht vor Ablauf etwaiger Wartezeiten. Für die maximal vierwöchige Vorbereitungszeit oder zweiwöchige Nachbereitungszeit besteht Versicherungsschutz in Deutschland unter Anrechnung auf die tarifliche Versicherbarkeit von Reiseunterbrechungen, sofern zuvor bzw. in Anschluss ein dreimonatiger Versicherungsschutz abgeschlossen wurde.

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Wartezeiten« (§ 3 AVB) und in den Besonderen Versicherungsbedingungen für Freiwillig zu § 1 Ziff. 1 Abs. 3 (Tarif GAR 36)

9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann – vorbehaltlich einer vertraglichen Mindestdauer – durch Kündigung oder durch sonstige tarifliche Beendigungsgründe beendet werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes (§ 2 AVB) und »Kündigung durch den Versicherungsnehmer« (§ 13 AVB) nach.

Kundeninformation

zur Krankenversicherung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG- Informationspflichtverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum jeweiligen Produkt entnehmen.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Victoriaplatz/Fischerstraße 2,
40198 Düsseldorf Deutschland

Sitz: Köln
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Günter Dibbern (Vorstandsvorsitzender)
Rolf Bauernfeind, Jürgen Lang, Dr. Jochen Messemer, Dr. Hans Josef Pick
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV Deutsche Krankenversicherung AG gehört einem Insolvenzsicherungsfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV Deutsche Krankenversicherung AG sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, wahrgenommen.

Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen.

Zahlungsmodalitäten

Die Beitragszahlung richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages. Möglich sind Zahlungen des Beitrages in einer Summe durch den Gruppenvertragspartner oder der Abruf von den Konten der einzelnen Versicherten (Lastschriftverfahren).

Zustandekommen des Vertrages

Die Versicherung kommt erst dann zustande, wenn der Versicherungsausweis bzw. Nachtrag zum Versicherungsausweis ausgehändigt wird.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsausweises oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Ausreise aus Deutschland und – soweit vorgesehen – nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Annahmepflicht

Soweit der Gruppenvertrag die Verpflichtungen der DKV Deutsche Krankenversicherung AG vorsieht, alle berechtigten Personen zu versichern, kann der Beitritt nur insoweit abgelehnt werden, als die zu versichernden Personen einen ihnen angebotenen Risikozuschlag bzw. Leistungsausschluss nicht akzeptieren. Der Beitritt zum Gruppenvertrag kann dann von der Vereinbarung eines Risikozuschlages bzw. Leistungsausschlusses abhängig gemacht werden, wenn ein aus versicherungsmedizinischer Sicht erhöhtes Risiko vorliegt.

Widerrufsrecht

Die Widerrufsrechtsbelehrung inkl. Rechtsfolgenbelehrung entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag.

Versicherungsdauer

Langfristige Auslandsreise-Krankenversicherungen nach dem Tarif GAR 36 werden für die Dauer von mindestens 3 Monate (Mindestversicherungsdauer) und maximal drei Jahre (Höchstversicherungsdauer) abgeschlossen. (siehe § 1 (1) GAR 36 der Besonderen Bedingungen zur Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung für Freiwillige)

Vertragsbeendigung

Das Versicherungsverhältnis im Gruppenvertrag endet mit Beendigung des Gruppenvertrages, bei Austrittserklärung (Kündigung) des Versicherten und in sonstigen im Gruppenvertrag oder in den AVB genannten Fällen.

Weiterversicherung

Die Weiterversicherung nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

Nachleistungspflicht

Die Nachleistungspflicht für Versicherte, die während eines laufenden Versicherungsfalles aus der Gruppenversicherung ausscheiden, richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Beschwerden können gerichtet werden an:

- die DKV Deutsche Krankenversicherung AG,
- den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, oder
- die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung, Tarif GAR36

Teil 1

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet gemäß folgenden Bestimmungen Versicherungsschutz gegen die Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden Aufenthaltes von mehr als einjähriger Dauer im Ausland durch die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen entstehen. Er übernimmt die Überführungskosten, wenn die versicherte Person an einer unter Versicherungsschutz stehenden Krankheit oder Unfallverletzung im Ausland stirbt.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich außerdem auf die Kosten einer medizinisch notwendigen Rückführung der versicherten Person aus dem Ausland.

Wird ein Auslandsaufenthalt kurzfristig unterbrochen, besteht auch in der Bundesrepublik Deutschland Versicherungsschutz bis zu insgesamt drei Monaten innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Reiseunterbrechung war.

Besteht Versicherungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland, sind im Rahmen des § 4 anfallende ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen bis zum Höchstsatz der jeweiligen Gebührenordnung erstattungsfähig.

- (2) Für einen zusammenhängenden Auslandsaufenthalt ist eine Kombination aus mehreren Auslandsreise-Krankenversicherungen des Versicherers, durch die jeweils nur ein Teil des gesamten Auslandsaufenthaltes versichert wird, nicht zulässig.
- (3) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland. Es besteht kein Versicherungsschutz in den Ländern, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie ihren ständigen Wohnsitz hat. Mit Zustimmung des Versicherers kann der Versicherungsschutz auch auf diese Länder ausgedehnt werden.
- Besitzt eine versicherte Person sowohl die deutsche Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staates, oder ist sie Staatsangehöriger eines EG-Staates, besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, sofern sie in der Bundesrepublik ihren ständigen Wohnsitz hat.
- (4) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (vgl. § 4). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
- Als Versicherungsfall gelten auch
- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung
 - Tod.
- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen und dem Tarif, dem Gruppenvertrag, der Versicherungsbestätigung sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (6) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 2 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer. Die Versicherung besteht für den in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitraum, jedoch mindestens ein Jahr und nicht länger als drei Jahre. Nach Ablauf der Höchstreisedauer kann eine einmalige Verlängerung des Versicherungsschutzes um höchstens weitere drei Jahre beantragt werden. In diesem Fall wird bei der Beitragsberechnung das dann erreichte neue Eintrittsalter berücksichtigt. Laufende Versicherungsfälle sind bei Verlängerung in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (3) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland, soweit nicht eine Unterbrechung gemäß § 1 Nr. 1 Abs. 3 vorliegt, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.
- (4) Unabhängig von Nr. 3 endet der Versicherungsschutz – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei vorzeitiger Abmeldung durch den Versicherungsnehmer, wenn der Auslandsaufenthalt aus unvorhersehbaren Gründen abgebrochen werden muß.
- (5) Ist eine in der Versicherungszeit begonnene Behandlung im Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Gruppenvertrag noch nicht abgeschlossen, verlängert sich die Leistungspflicht um längstens vier Wochen.
- Liegt zu diesem Zeitpunkt Transportunfähigkeit vor, verlängert sich der Versicherungsschutz im Ausland um längstens weitere zwei Wochen.

§ 3 Wartezeiten

- Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- Die Wartezeiten betragen für Schwangerschaft und Entbindung acht Monate. Keine Wartezeiten bestehen jedoch für die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und für Fehl- und Frühgeburten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Erstattungsfähig sind

- ambulante ärztliche Behandlung, wenn sie von einem zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt oder im Krankenhaus durchgeführt wird;
- Arznei- und Verbandsmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Arzneimittel müssen aus der Apotheke oder vom Arzt bezogen werden. Nicht als Arzneimittel gelten Nähr- und Stärkungsmittel, soweit es sich nicht um medikamentähnliche Nährmittel handelt, die zwingend erforderlich sind, um schwere

gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden;

- Hilfsmittel aufgrund ärztlicher Verordnung in einfacher Ausführung zu 80%. Werden sie nach einem Unfall im Ausland erstmals angeschafft, sind sie in voller Höhe erstattungsfähig. Brillen und Kontaktlinsen einschließlich notwendiger Reparaturen sind bis zu 153,39 € innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten und pro versicherte Person erstattungsfähig;
- physikalische Therapie, soweit sie ärztlich verordnet wurde;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Als Krankenhäuser gelten nicht Heilstätten, Heil- und Pflegeanstalten, Sanatorien sowie solche Anstalten, in denen auch Kuren durchgeführt und Rekonvaleszenten aufgenommen werden;
- medizinisch notwendige Transportkosten zum nächsterreichbaren, geeigneten Krankenhaus (bei Unfällen und Krankheit) oder zum nächsterreichbaren Arzt (nach Unfällen);
- Operations- und Operationsnebenkosten;
- die Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnfüllung, wenn sie von einem zur Heilbehandlung zugelassenen Zahnarzt durchgeführt werden;
- die Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen zu 50% des Rechnungsbetrages, bis zu maximal 1.022,58 € innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten und pro versicherte Person. Als Zahnersatz gelten auch Kronen, Inlays, Implantate und vorbereitende Maßnahmen;
- die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten medizinisch notwendigen Rücktransportes in die Bundesrepublik Deutschland, wenn eine ausreichende medizinische Versorgung im Aufenthaltsland nicht mehr gewährleistet werden kann. Unter den aus medizinischer Sicht geeigneten Transportmitteln ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen;
- die notwendigen Kosten einer Bestattung am Sterbeort oder einer Überführung in die Bundesrepublik Deutschland, höchstens jedoch 10.225,84 €.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Eintritt der Reise waren;
 - für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
 - für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung oder sonstige entsprechende Maßnahmen;
 - für Kuren und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.
- Als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch nur solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

- (3) Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt unter Anrechnung der von anderen Kostenträgern bereits erbrachten Leistungen.
- (4) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (5) Hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen.
- (2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs (Devisenkurs) des Tages, an dem die erstattungsfähigen Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß »Währungen der Welt«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, daß die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
- (3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Umfanges der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sind. Dies gilt insbesondere für die folgenden Nachweise, die in das Eigentum des Versicherers übergehen:
- Der Anspruch ist durch Originalrechnungen zu belegen. Wurde die Originalrechnung dem gesetzlichen Krankenversicherer zur Erstattung vorgelegt, genügt ein Duplikat mit Erstattungsvermerk.

- b) Die Belege müssen den Namen des Behandelten, die Krankheitsbezeichnung, die Angaben der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten enthalten.
 - c) Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Stempel der Apotheke oder des Arztes deutlich hervorgehen.
 - d) Der Anspruch auf die Erstattung von Überführungskosten ist durch eine amtliche Sterbeurkunde zu belegen.
 - e) Der Anspruch auf Erstattung von Rückführungskosten ist durch eine ausführliche ärztliche Stellungnahme des im Ausland behandelnden Arztes zur medizinischen Notwendigkeit der Rückführung und der Art des Krankentransportes zu begründen.
- (4) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
 - (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
 - (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.
 - (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
 - (8) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen.

§ 7 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag wird für volle Kalendermonate berechnet. Er ist jeweils zum Ersten eines jeden Monats fällig. Die Beiträge sind bis zum Ende des Monats zu entrichten, in dem der einzelne Vertragsteil endet.
- (2) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

§ 8 Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 6 (6)) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Sie haben im Einzelfall den Versicherer zu bevollmächtigen, alle erforderlichen Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten usw.) einzuholen und diese von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zu entbinden.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Der Versicherer ist mit der ganz oder teilweise in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 9 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 10 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht, unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften, zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen (1) und (2) genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als der Versicherer infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für den der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze (1) bis (3) entsprechend anzuwenden.

§ 11 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden
 - a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
 - c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
 - d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

- (2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
- (3) Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- (4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungsstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Abs. 3 gilt entsprechend.

§ 12 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig und erhält dadurch Versicherungsschutz im Ausland, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

§ 13 Klagefrist/ Gerichtsstand

- (1) Gegen den Versicherer gerichtete Klagen können bei dem Gericht an dem Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder dessen gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an dem Sitz des Versicherers in Köln anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem diese ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Teil 2

Tarif GAR 36

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung GAR 36.

Leistungen des Versicherers

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung sowie für Rückführung und Überführung aus dem Ausland werden gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung GAR 36 ersetzt.

Leistungen des Versicherungsnehmers

Der tarifliche Monatsbeitrag ist abhängig vom Geschlecht und wird nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburts- und dem Kalenderjahr ergibt.

Beitragsraten

Die Einzelheiten der Beitragsdaten bestimmt der Gruppenvertrag.

Tarif GAD12

Produktinformation

zur Krankenversicherung Tarif GAD12 Gruppenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die von Ihnen beantragte Krankenversicherung geben. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus der Beitrittsklärung zum Gruppenvertrag, dem Versicherungsausweis, dem Gruppenversicherungsvertrag und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

1. Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Die beantragte Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.

2. Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?

Tarif	Tarifbeschreibung für die im Antrag bezeichnete Person
GAD12	Auslandsreise-Krankenversicherung für Personen mit ständigem Wohnsitz im Ausland für vorübergehende Deutschlandaufenthalte von maximal 365 Tagen Ambulante Heilbehandlung 100%, stationäre Heilbehandlung 100%, zahnärztliche Heilbehandlung 100%, Hilfs- und Heilmittel grds. 100%, Krankentransport, Rückführung.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes« (§ 1 AVB), »Umfang der Leistungspflicht« (§ 3 AVB), »Einschränkung der Leistungspflicht« (§ 4 AVB) und »Auszahlung der Versicherungsleistungen« (§ 5 AVB) nach.

**3. Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen?
Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?
Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?**

Monatsbeitrag für den beantragten Versicherungsschutz	siehe Gruppenvertrag
Zahlungsweise	Einmalbeitrag

Die Prämie ist zeitgleich mit der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag zu entrichten. Soweit die nicht rechtzeitige Zahlung der Prämie durch den Versicherungsnehmer zu vertreten ist, sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Bei einem Rücktritt sind wir nicht leistungspflichtig.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Beitragszahlung« (§ 6 AVB) nach.

4. Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Besonderen Bedingungen unter dem Punkt zu § 4.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Keine

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Keine

7. Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Beispielsweise ist uns auf Anforderung jede Auskunft zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht mitzuteilen sowie eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen. Bei Verletzung einer dieser Pflichten können wir unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Obliegenheiten (§ 7 AVB) und Folgen von Obliegenheitsverletzungen« (§ 8 AVB) nach.

8. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn und nicht vor Einreise nach Deutschland. Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie mit der Ausreise aus Deutschland.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes« (§ 2 AVB) nach.

9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann nach den im Gruppenvertrag geregelten Bestimmungen beendet werden.

Kundeninformation

zur Krankenversicherung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG- Informationspflichtverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum jeweiligen Produkt entnehmen.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Victoriaplatz/Fischerstraße 2,
40198 Düsseldorf Deutschland
Sitz: Köln
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Günter Dibbern (Vorstandsvorsitzender)
Rolf Bauernfeind, Jürgen Lang, Dr. Jochen Messemer, Dr. Hans Josef Pick
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV Deutsche Krankenversicherung AG gehört einem Insolvenzschutzfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV Deutsche Krankenversicherung AG sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, wahrgenommen.

Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen.

Zahlungsmodalitäten

Der Beitrag ist ein Einmalbeitrag. Die Beitragszahlung erfolgt gemäß den im Gruppenvertrag vereinbarten Regelungen.

Zustandekommen des Vertrages

Die Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag muss der DKV Deutsche Krankenversicherung AG innerhalb des im Gruppenvertrag vereinbarten Zeitraums ordnungsgemäß ausgefüllt zugehen. Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt dann durch die Zahlung des Beitrages im vereinbarten Verfahren. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Versicherungsbeginn (= Versicherungsbeginn kann nur der erste Tag des Deutschlandaufenthaltes sein), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Beginn des Aufenthaltes in Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, wird nicht geleistet; dies gilt auch für Reisen, die vor Abschluss des Versicherungsvertrages angetreten werden.

Widerrufsrecht

Die Widerrufsrechtsbelehrung inkl. Rechtsfolgenbelehrung entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag.

Versicherungsdauer

Auslandreise-Krankenversicherungen nach dem Tarif GAD12 werden für die Dauer von maximal 365 Tagen abgeschlossen (§ 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Vertragsbeendigung

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung des Deutschlandaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der vereinbarten Höchstversicherungsdauer von maximal 365 Tagen bzw. mit Ende des Gruppenvertrages.

Nachleistungspflicht

Die Nachleistungspflicht für Versicherte, die während eines laufenden Versicherungsfalles aus der Gruppenversicherung ausscheiden, richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Beschwerden können gerichtet werden an:

- die DKV Deutsche Krankenversicherung AG,
- den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, oder
- die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Auslandsreise-Krankenversicherung, Tarif GAD12**

Teil 1

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Personen mit ständigem Wohnsitz im Ausland Versicherungsschutz gegen die Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden Aufenthaltes bis zu einem Jahr in der Bundesrepublik Deutschland durch die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen entstehen. Er übernimmt die Überführungskosten in das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat, wenn diese an einer unter Versicherungsschutz stehenden Krankheit oder Unfallverletzung in der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Drittland stirbt.
Der Versicherungsschutz erstreckt sich außerdem auf die Kosten einer medizinisch notwendigen Rückführung der versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland in das Land, in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, oder aus einem Drittland in die Bundesrepublik Deutschland.
Wird der länger als drei Monate dauernde Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund geschäftlicher oder privater Reisen in Drittländer kurzfristig unterbrochen, besteht auch in diesen Ländern Versicherungsschutz bis zu insgesamt sechs Wochen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten. Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Unterbrechung des Aufenthaltes war.
- (2) Für einen zusammenhängenden Aufenthalt ist eine Kombination aus mehreren Auslandsreise-Krankenversicherungen des Versicherers, durch die jeweils nur ein Teil des gesamten Aufenthaltes versichert wird, nicht zulässig.
- (3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (vgl. § 3). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
- (4) Als Drittländer gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland und des Landes, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat.
- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen und dem Tarif, dem Gruppenvertrag, der Versicherungsbestätigung sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (6) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 2 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer. Die Versicherung gilt für einen vorübergehenden Aufenthalt in der Bundes-

republik Deutschland mit einer vorgesehenen Höchstdauer von 365 Tagen. Nach Ablauf der Höchstdauer ist für den fortdauernden Auslandsaufenthalt ein erneuter Abschluss dieser Versicherung nicht zulässig.

- (2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Anmeldung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn und nicht vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (3) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland, soweit nicht eine Unterbrechung gemäß § 1 Nr. 1 Abs. 3 vorliegt, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.
- (4) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Gruppenvertrag wegen eines Versicherungsfalles transportunfähig, verlängert sich der Versicherungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Drittland längstens um vier Wochen.

§ 3 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen und dem Tarif.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Nr. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Nr. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Ambulante Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Kosten für
 - a) Beratungen, Untersuchungen, Besuche einschl. Wegegebühren, ärztliche Sonderleistungen, Operationen, Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 100%;
 - b) Arznei- und Verbandmittel zu 100%.
Dazu zählen nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate; kosmetische, vorbeugende, Regenerations- und Desinfektionsmittel; Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden;
 - c) Heilmittel zu 100%.
Als Heilmittel gelten ärztlich verordnete, medizinische und elektrische Bäder, Massagen, Inhalationen, Bestrahlungen und sonstige therapeutische Anwendungen des elektrischen Stroms;
 - d) Hilfsmittel in einfacher Ausführung aufgrund ärztlicher Verordnung zu 100%, wenn sie nach einem Unfall in der Bundesrepublik Deutschland erstmals angeschafft werden müssen; ausgeschlossen ist die Erstattung von Brillen und Kontaktlinsen.
- (8) Stationäre Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 2 Abs. 2 i.V.m. §§ 10–14 Bundespflegesatzverordnung).
Dazu zählen Fallpauschalen, Sonderentgelte, tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesätze, entsprechende teilstationäre Pflegesätze und Belegpflegesätze), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächsterreichbaren aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme.
- (9) Zahnärztliche Behandlung
 - a) Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung werden bei schmerzstillender Zahnbehandlung und bei medizinisch notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu 100% erstattet.
 - b) Für die notwendige Reparatur von vorhandenen Zahnersatz erfolgt eine Erstattung bis zu maximal 153,39 €.
- (10) Rücktransport
Die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransports in das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat, werden zu 100% erstattet, wenn eine ausreichende medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nicht gewährleistet ist. Tritt der Versicherungsfall in einem Drittland ein, in dem eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist, werden die Mehrkosten für einen ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland übernommen. Pro Versicherungsfall ist nur ein Rücktransport versichert.
Bei einem mehr als dreiwöchigen Krankenhausaufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland kann ein Rücktransport auch aus anderen Gründen erfolgen, wenn der Versicherer der Durchführung vorab schriftlich zugestimmt hat. Unter den aus medizinischer Sicht geeigneten Transportmitteln ist das kostengünstigste zu wählen.
- (11) Bestattung und Überführung
Die notwendigen Kosten einer Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Drittland oder einer Überführung in das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hatte, werden zu 100%, höchstens jedoch 5.112,92 € erstattet.

§ 4 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Einreise waren;
 - b) für Behandlungen, von denen vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland feststand, dass sie während des planmäßigen Aufenthaltes stattfinden mussten, es sei denn, dass die Einreise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
 - c) für Schwangerschaft und Geburt sowie Wochenbettkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen sowie bei Fehl- und Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche.
 - d) für psychische Erkrankungen;
 - e) für Zahnersatz, Zahnkronen und Inlays;
 - f) solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und Todesfällen, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.
Als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch nur solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.
 - g) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - h) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
 - i) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - j) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - k) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
 - l) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Haben Sie bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung soll innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Versicherungsfalles geltend gemacht werden.
- (2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs (Devisenkurs) des Tages, an dem die erstattungsfähigen Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß »Währungen der Welt«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
- (3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Umfangs der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sind. Dies gilt insbesondere für die folgenden Nachweise, die in das Eigentum des Versicherers übergehen:
 - a) Der Anspruch ist durch Originalrechnungen zu belegen.
 - b) Die Belege müssen den Namen des Behandelten, die Krankheitsbezeichnung, die Angaben der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten enthalten.
 - c) Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Stempel der Apotheke oder des Arztes deutlich hervorgehen.
 - d) Der Anspruch auf die Erstattung von Überführungskosten ist durch eine amtliche Sterbeurkunde zu belegen.
 - e) Der Anspruch auf Erstattung von Rückführungskosten ist durch eine ausführliche ärztliche Stellungnahme des in der Bundesrepublik Deutschland behandelnden Arztes zur medizinischen Notwendigkeit der Rückführung und der Art des Krankentransportes zu begründen.
- (4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

- (8) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen. Eventuell hierfür entstehende Kosten trägt der Versicherungsnehmer.

§ 6 Beitragszahlung

Vorbehaltlich einer anderweitigen vertraglichen Regelung ist der Beitrag zeitgleich mit der Anmeldung zu entrichten.

§ 7 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 5 (6)) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Sie haben im Einzelfall den Versicherer zu bevollmächtigen, alle erforderlichen Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten usw.) einzuholen und diese von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zu entbinden.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 8 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 7 Nr. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 7 Nr. 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 9 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht, unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften, zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen (1) und (2) genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als der Versicherer infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze a) bis c) entsprechend anzuwenden.

§ 10 Aufrechnung

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

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 12 Klagefrist/Gerichtsstand

- (1) Gegen uns gerichtete Klagen können bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Köln anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Teil 2

Tarif GAD12

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen Auslandsreise-Krankenversicherung GAD12.

Leistungen des Versicherers

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung sowie für Rückführung und Überführung werden gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung GAD12 ersetzt.

Leistungen des Versicherungsnehmers

Der tarifliche Beitrag berechnet sich pro Reisetag und pro Person. Die Einzelheiten der Beitragsraten bestimmt der Gruppenvertrag.

Tarif GAD36

Produktinformation

zur Krankenversicherung Tarif GAD36 Gruppenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die von Ihnen beantragte Krankenversicherung geben. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag, dem Versicherungsausweis, dem Gruppenversicherungsvertrag und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

- 1. Um welche Art der Versicherung handelt es sich?**
Die beantragte Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.
- 2. Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?**

Tarif	Tarifbeschreibung für die im Antrag bezeichnete Person
GAD36	Auslandsreise-Krankenversicherung für Personen mit ständigem Wohnsitz im Ausland für vorübergehende Deutschlandaufenthalte von 3 bis 36 Monate Ambulante Heilbehandlung 100%, stationäre Heilbehandlung 100%, zahnärztliche Heilbehandlung 100%, Zahnersatz 50%, max. 1.022,58 € innerhalb von 12 Monaten, Psychotherapie maximal 20 Sitzungen, Hilfs- und Heilmittel grds. 80%, Krankentransport, Rückführung.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes« (§ 1 AVB), »Umfang der Leistungspflicht« (§ 4 AVB), »Einschränkung der Leistungspflicht« (§ 5 AVB) und »Auszahlung der Versicherungsleistungen« (§ 6 AVB) nach.

- 3. Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?**

Monatsbeitrag für den beantragten Versicherungsschutz	siehe Gruppenvertrag
Zahlungsweise	monatlich

Die erste Prämie ist unverzüglich nach dem Ablauf von zwei Wochen nach Zustandekommen des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem o.g. Versicherungsbeginn. Soweit die nicht rechtzeitige Zahlung der Erstprämie durch den Versicherungsnehmer zu vertreten ist, sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Bei einem Rücktritt sind wir nicht leistungspflichtig.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von mindestens zwei Monaten zu zahlen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Beitragszahlung« (§ 7 AVB) nach.

- 4. Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?**

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Besonderen Bedingungen unter dem Punkt zu § 5.

- 5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?**

Bis zur Abgabe Ihrer Beitrittserklärung müssen Sie uns alle bekannten und erheblichen Gefahrenumstände, nach denen wir gefragt haben, mitteilen. Wird diese Anzeigepflicht verletzt, können wir unter Umständen vom Vertrag zurücktreten oder diesen kündigen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag (KV 383 VVG) unter dem Punkt »Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person« nach.

- 6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?**

Keine

- 7. Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?**

Beispielsweise ist uns auf Anforderung jede Auskunft zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht mitzuteilen sowie eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen. Bei Verletzung einer dieser Pflichten können wir unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Obliegenheiten (§ 8 AVB) und Folgen von Obliegenheitsverletzungen« (§ 9 AVB) nach.

- 8. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?**

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor ausdrücklicher Erklärung des Beitritts zum Grup-

penversicherungsvertrag, nicht vor Ablauf etwaiger Wartezeiten und nicht vor Einreise nach Deutschland. Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes« (§ 2 AVB) und »Wartezeiten« (§ 3 AVB) nach.

9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann – vorbehaltlich einer vertraglichen Mindestdauer – durch Kündigung oder durch sonstige tarifliche Beendigungsgründe beendet werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes« (§ 2 AVB) und »Kündigung durch den Versicherungsnehmer« (§ 12 AVB) nach.

Kundeninformation

zur Krankenversicherung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-Informationspflichtverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum jeweiligen Produkt entnehmen.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Victoriaplatz / Fischerstraße 2,
40198 Düsseldorf

Sitz: Köln
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Günter Dibbern (Vorstandsvorsitzender)
Rolf Bauernfeind, Jürgen Lang, Dr. Jochen Messemer, Dr. Hans Josef Pick
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV Deutsche Krankenversicherung AG gehört einem Insolvenzschutzfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV Deutsche Krankenversicherung AG sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, wahrgenommen.

Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen.

Zahlungsmodalitäten

Die Beitragszahlung richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages. Möglich sind Zahlungen des Beitrags in einer Summe durch den Gruppenvertragspartner oder der Abruf von den Konten der einzelnen Versicherten (Lastschriftverfahren).

Zustandekommen des Vertrages

Die Versicherung kommt erst zustande, wenn der Versicherungsausweis bzw. Nachtrag zum Versicherungsausweis ausgehändigt oder angeboten wird.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsausweises oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Einreise nach Deutschland und – soweit vorgesehen – nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Annahmepflicht

Soweit der Gruppenvertrag die Verpflichtungen der Victoria Krankenversicherung AG vorsieht, alle berechtigten Personen zu versichern, kann der Beitritt nur insoweit abgelehnt werden, als die zu versichernden Personen einen ihnen angebotenen Risikozuschlag bzw. Leistungsausschluss nicht akzeptieren. Der Beitritt zum Gruppenvertrag kann dann von der Vereinbarung eines Risikozuschlages bzw. Leistungsausschlusses abhängig gemacht werden, wenn ein aus versicherungsmedizinischer Sicht erhöhtes Risiko vorliegt.

Widerrufsrecht

Die Widerrufsrechtsbelehrung inkl. Rechtsfolgenbelehrung entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag.

Versicherungsdauer

Langfristige Auslandsreise-Krankenversicherungen nach dem Tarif GAD36 werden für die Dauer von mindestens 3 Monaten (Mindestversicherungsdauer) und maximal drei Jahren (Höchstversicherungsdauer) abgeschlossen (§ 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Vertragsbeendigung

Das Versicherungsverhältnis im Gruppenvertrag endet mit Beendigung des Gruppenvertrages, bei Austrittserklärung (Kündigung) des Versicherten und in sonstigen im Gruppenvertrag oder in den AVB genannten Fällen.

Weiterversicherung

Die Weiterversicherung nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

Nachleistungspflicht

Die Nachleistungspflicht für Versicherte, die während eines laufenden Versicherungsfalles aus der Gruppenversicherung ausscheiden, richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Beschwerden können gerichtet werden an:

- die DKV Deutsche Krankenversicherung AG,
- den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, oder
- die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung, Tarif GAD36

Teil 1

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Personen mit ständigem Wohnsitz im Ausland Versicherungsschutz gegen die Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden Aufenthaltes von mehr als einjähriger bis höchstens dreijähriger Dauer in der Bundesrepublik Deutschland durch die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen entstehen. Er übernimmt die Überführungskosten in das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat, wenn diese an einer unter Versicherungsschutz stehenden Krankheit oder Unfallverletzung in der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Drittland stirbt.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich außerdem auf die Kosten einer medizinisch notwendigen Rückführung der versicherten Person aus der Bundesrepublik Deutschland in das Land, in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, oder aus einem Drittland in die Bundesrepublik Deutschland.

Wird der Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland aufgrund geschäftlicher oder privater Reisen in Drittländer kurzfristig unterbrochen, besteht auch in diesen Ländern Versicherungsschutz bis zu insgesamt sechs Wochen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten.

Wird ein bereits drei Monate dauernder Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland für Reisen in das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, kurzfristig unterbrochen, besteht auch dort bis zu sechs Wochen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten Versicherungsschutz.

Keine Leistungspflicht besteht, wenn die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Unterbrechung des Aufenthaltes war.

- (2) Für einen zusammenhängenden Aufenthalt ist eine Kombination aus mehreren Auslandsreise-Krankenversicherungen des Versicherers, durch die jeweils nur ein Teil des gesamten Aufenthaltes versichert wird, nicht zulässig.
- (3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (vgl. § 4). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung, er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Als Versicherungsfall gelten auch

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung
- b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gesetzliche Vorsorgeuntersuchungen)
- c) Tod.

- (4) Als Drittländer gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland und des Landes, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat.

- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen und dem Tarif, dem Gruppenvertrag, der Versicherungsbestätigung sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

- (6) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

§ 2 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer.

Die Versicherung besteht für den in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitraum, jedoch mindestens ein Jahr und nicht länger als drei Jahre. Nach Ablauf der Höchstversicherungsdauer kann eine einmalige Verlängerung des Versicherungsschutzes um höchstens weitere drei Jahre beantragt werden. In diesem Fall wird bei der Beitragsberechnung das dann erreichte neue Eintrittsalter berücksichtigt. Laufende Versicherungsfälle sind bei Verlängerung in den Versicherungsschutz einbezogen.

- (2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem vertraglich vereinbarten Versicherungsbeginn, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

- (3) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland, soweit nicht eine Unterbrechung gemäß § 1 Nr. 1 Abs. 3 oder 4 vorliegt, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.

- (4) Unabhängig von Nr. 3 endet der Versicherungsschutz – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei vorzeitiger Abmeldung durch den Versicherungsnehmer,

wenn der Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland vorzeitig abgebrochen werden muss.

- (5) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Gruppenvertrag infolge Krankheit oder Unfalles transportunfähig, verlängert sich der Versicherungsschutz in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Drittland längstens um vier Wochen.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeiten betragen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie für Schwangerschaft und Entbindung acht Monate. Keine Wartezeiten bestehen jedoch für die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und für Fehl- und Frühgeburten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen und dem Tarif.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Nr. 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Nr. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.
- (6) Ambulante Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Kosten für
- a) Beratungen, Untersuchungen, Besuche einschl. Wegegebühren, ärztliche Sonderleistungen, Operationen, Röntgen-, Radium-, Isotopen-Diagnostik und -Therapie bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu 100%;
 - b) Arznei- und Verbandmittel zu 100%.
Dazu zählen nicht: Nähr- und Entfettungsmittel, Stärkungspräparate; kosmetische, vorbeugende, Regenerations- und Desinfektionsmittel; Weine, Mineralwasser und Tee, auch wenn sie ärztlich verordnet sind. Als Arzneimittel gelten jedoch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden;
 - c) Heilmittel zu 100%.
Als Heilmittel gelten ärztlich verordnete, medizinische und elektrische Bäder, Massagen, Inhalationen, Bestrahlungen und sonstige therapeutische Anwendungen des elektrischen Stroms;
 - d) Hilfsmittel aufgrund ärztlicher Verordnung in einfacher Ausführung zu 80%.
Werden sie nach einem Unfall in der Bundesrepublik Deutschland erstmals angeschafft, erfolgt die Erstattung zu 100%. Brillen und Kontaktlinsen einschließlich notwendiger Reparaturen sind bis zu 153,39 € innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten und pro versicherte Person erstattungsfähig;
- (7) Stationäre Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen (§2 Abs. 2 i.V.m. §§10-14 Bundespflegeverordnung).
- Dazu zählen Fallpauschalen, Sonderentgelte, tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs Pflegesätze, Basispflegesätze, entsprechende teilstationäre Pflegesätze und Belegpflegesätze), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächst erreichbaren aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Hebamme.
- (8) Zahnärztliche Behandlung
- a) Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung werden bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) zu 100% erstattet. Dazu zählen konservierende und chirurgische Leistungen, Behandlung von Parodontose sowie vorbeugende Untersuchungen.
 - b) Die Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung werden bis zum Höchstsatz der GOZ zu 50%, maximal 1.022,58 € innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten und pro versicherte Person, erstattet. Als Zahnersatz gelten auch Kronen, Inlays, Implantate und vorbereitende Maßnahmen.
- (9) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (10) Rücktransport
Die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransports in das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat, werden zu 100% erstattet, wenn eine ausreichende medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nicht gewährleistet ist. Tritt der Versicherungsfall in einem Drittland ein, in dem eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist, werden die Mehrkosten für einen ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransport in die Bundesrepublik Deutschland übernommen. Pro Versicherungsfall ist nur ein Rücktransport versichert.
Bei einem mehr als dreiwöchigen Krankenhausaufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland kann ein Rücktransport auch aus anderen Gründen erfolgen, wenn der Versicherer der Durchführung vorab schriftlich zugestimmt hat. Unter den aus medizinischer Sicht geeigneten Transportmitteln ist das kostengünstigste zu wählen.
- (11) Bestattung und Überführung
Die notwendigen Kosten einer Bestattung in der Bundesrepublik Deutschland bzw. im Drittland oder einer Überführung in das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hatte, werden zu 100%, höchstens jedoch 5.112,92 € erstattet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für die Einreise waren;
 - b) für Behandlungen, von denen vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland feststand, dass sie während des planmäßigen Aufenthaltes stattfinden mussten, es sei denn, dass die Einreise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
 - c) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung oder sonstige entsprechende Maßnahmen;
 - d) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder innere Unruhen verursacht worden sind.
Als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch nur solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen.
 - e) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - f) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
 - h) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswortzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - i) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - j) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt unter Anrechnung der von anderen Kostenträgern bereits erbrachten Leistungen.
- (4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
Hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Anspruch gegen mehrere Erstattungspflichtige, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen.
- (2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs (Devisenkurs) des Tages, an dem die erstattungsfähigen Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß »Währungen der Welt«, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
- (3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Umfanges der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sind. Dies gilt insbesondere für die folgenden Nachweise, die in das Eigentum des Versicherers übergehen:
- a) Der Anspruch ist durch Originalrechnungen zu belegen.
 - b) Die Belege müssen den Namen des Behandelten, die Krankheitsbezeichnung, die Angaben der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten enthalten.
 - c) Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Stempel der Apotheke oder des Arztes deutlich hervorgehen.
 - d) Der Anspruch auf die Erstattung von Überführungskosten ist durch eine amtliche Sterbeurkunde zu belegen.
 - e) Der Anspruch auf Erstattung von Rückführungskosten ist durch eine ausführliche ärztliche Stellungnahme des in der Bundesrepublik Deutschland behandelnden Arztes zur medizinischen Notwendigkeit der Rückführung und der Art des Krankentransportes zu begründen.
4. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
6. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.

7. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
8. Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen.

§ 7 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag wird für volle Kalendermonate berechnet. Er ist jeweils zum Ersten eines jeden Monats fällig. Die Beiträge sind bis zum Ende des Monats zu entrichten, in dem der einzelne Vertragsteil endet.
- (2) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang), zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mehrkosten verpflichtet.

§ 8 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (siehe § 6 (6)) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist. Sie haben im Einzelfall den Versicherer zu bevollmächtigen, alle erforderlichen Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten usw.) einzuholen und diese von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zu entbinden.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind der Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 Nr. 1 bis 3 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 8 Nr. 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 10 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person haben ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht, unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschrift, zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns, soweit erforderlich, mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen (1) und (2) genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als der Versicherer infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze (1) bis (3) entsprechend anzuwenden.

§ 11 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person können gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 12 Kündigung

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig und erhält dadurch Versicherungsschutz in Deutschland, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insoweit nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 14 Gerichtsstand

- (1) Gegen den Versicherer gerichtete Klagen können bei dem Gericht an dem Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder dessen gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an dem Sitz des Versicherers in Köln anhängig gemacht werden.
- (2) für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem diese ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den gewöhnlichen Aufenthalt haben.

§ 15 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten vom Versicherer mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden
 - a) bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - b) im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
 - c) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen,
 - d) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

Im Falle der Buchstaben c und d ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers, Sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betrifft.

- (2) Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.
- (3) Änderungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- (4) Zur Beseitigung von Auslegungszweifel kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Abs. 3 gilt entsprechend.

Teil 2

Tarif GAD36

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen Auslandsreise-Krankenversicherung GAD36.

Leistungen des Versicherers

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung sowie für Rückführung und Überführung werden gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung GAD36 ersetzt.

Leistungen des Versicherungsnehmers

Der tarifliche Monatsbeitrag ist abhängig vom Geschlecht und wird nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburts- und dem Kalenderjahr ergibt.

Beitragsraten

Die Einzelheiten der Beitragsraten bestimmt der Gruppenvertrag.

Tarif GAZ

Produktinformation

zur Krankenversicherung Tarif GAZ Gruppenversicherung

Mit den nachfolgenden Informationen möchten wir Ihnen einen ersten Überblick über die von Ihnen beantragte Krankenversicherung geben. Diese Information ist jedoch nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag, dem Versicherungsausweis, dem Gruppenversicherungsvertrag und den beigefügten Versicherungsbedingungen. Maßgeblich für den Versicherungsschutz sind die dort getroffenen Regelungen. Wir empfehlen Ihnen daher, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

1. **Um welche Art der Versicherung handelt es sich?**
Die beantragte Versicherung ist eine private Auslandsreise-Krankenversicherung.
2. **Welche Risiken sind versichert, welche Risiken sind ausgeschlossen?**

Tarif	Tarifbeschreibung für die im Antrag bezeichnete Person
GAZ	Weltweit gültige Auslandsreise-Krankenversicherung nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung für Reisen von 3–36 Monaten Ambulante Heilbehandlung 100%, stationäre Heilbehandlung 100%, zahnärztliche Heilbehandlung 100%, Zahnersatz 50%, max. 1.022,58 € innerhalb von 12 Monaten, Psychotherapie maximal 20 Sitzungen, Hilfs- und Heilmittel grds. 80%, Krankentransport, Rückführung.

3. **Wie hoch ist der Beitrag und wann müssen Sie ihn bezahlen? Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert? Was passiert, wenn Sie Ihren Beitrag verspätet bezahlen?**

Monatsbeitrag für den beantragten Versicherungsschutz	siehe Gruppenvertrag
Zahlungsweise	monatlich

Die erste Prämie ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zustandekommen des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem o. g. Versicherungsbeginn. Soweit die nicht rechtzeitige Zahlung der Erstprämie durch den Versicherungsnehmer zu vertreten ist, sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Bei einem Rücktritt sind wir nicht leistungspflichtig.

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von mindestens zwei Monaten zu zahlen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter dem Punkt »Beitragszahlung« (§7 AVB) nach.

4. Gibt es Ausschlüsse von unserer Leistungspflicht?

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Teilnahme an Kriegereignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Besonderen Bedingungen unter dem Punkt zu §5.

5. Welche Pflichten haben Sie bei Vertragsabschluss zu beachten?

Bis zur Abgabe Ihrer Beitrittserklärung müssen Sie uns alle bekannten und erheblichen Gefahrenumstände, nach denen wir gefragt haben, mitteilen. Wird diese Anzeigepflicht verletzt, können wir unter Umständen vom Vertrag zurücktreten oder diesen kündigen.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag (KV 383 VVG) unter dem Punkt »Erklärung über die Gesundheitsverhältnisse der zu versichernden Person« nach.

6. Welche Pflichten haben Sie während der Vertragslaufzeit zu beachten?

Keine

7. Welche Pflichten haben Sie im Versicherungsfall zu beachten?

Beispielsweise ist uns auf Anforderung jede Auskunft zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht mitzuteilen sowie eine Untersuchung durch einen von uns beauftragten Arzt durchführen zu lassen. Bei Verletzung einer dieser Pflichten können wir unter Umständen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit sein.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen« (§8 AVB) nach.

8. Wann beginnt und wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor ausdrücklicher Erklärung des Beitritts zum Gruppenversicherungsvertrag, nicht vor Ablauf etwaiger Wartezeiten und nicht vor Ausreise aus Deutschland. Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes« (§2 AVB) und »Wartezeiten« (§3 AVB) nach.

9. Wie kann der Vertrag beendet werden?

Der Vertrag kann – vorbehaltlich einer vertraglichen Mindestdauer – durch Kündigung oder durch sonstige tarifliche Beendigungsgründe beendet werden.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie bitte in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) unter den Punkten »Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes« (§2 AVB) und »Kündigung durch den Versicherungsnehmer« (§11 AVB) nach.

Kundeninformation

zur Krankenversicherung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG- Informationspflichtverordnung – VVG-InfoV).

Die Informationen auf diesem Blatt sind nicht abschließend. Einzelheiten können Sie den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum jeweiligen Produkt entnehmen.

Angaben zum Versicherer

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Victoriaplatz/Fischerstraße 2,
40198 Düsseldorf
Sitz: Köln
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570

Vorstand und Aufsichtsrat

Vorstand: Günter Dibbern (Vorstandsvorsitzender)
Rolf Bauernfeind, Jürgen Lang, Dr. Jochen Messemer, Dr. Hans Josef Pick
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Dr. Torsten Oletzky

Hauptgeschäft

Gegenstand des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare und mittelbare Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Angaben zum Garantiefonds

Die DKV Deutsche Krankenversicherung AG gehört einem Insolvenzsicherungsfonds an, der in dem sehr unwahrscheinlichen Fall einer Insolvenz der DKV Deutsche Krankenversicherung AG sicherstellt, dass die Ansprüche ihrer Kunden nach wie vor erfüllt werden. Die Aufgaben des Sicherungsfonds werden von der Mediator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln, wahrgenommen.

Leistungsmerkmale Ihres gewünschten Versicherungsschutzes und Beitragszahlung

Umfassende Angaben über die Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen.

Zahlungsmodalitäten

Die Beitragszahlung richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages. Möglich sind Zahlungen des Beitrags in einer Summe durch den Gruppenvertragspartner oder der Abruf von den Konten der einzelnen Versicherten (Lastschriftverfahren).

Zustandekommen des Vertrages

Die Versicherung kommt erst zustande, wenn der Versicherungsausweis bzw. Nachtrag zum Versicherungsausweis ausgehändigt wird.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsausweis bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsausweises oder einer schriftlichen Annahmeerklärung), nicht vor Ausreise aus Deutschland und – soweit vorgesehen – nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Annahmepflicht

Soweit der Gruppenvertrag die Verpflichtung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG vorsieht, alle berechtigten Personen zu versichern, kann der Beitritt nur insoweit abgelehnt werden, als die zu versichernden Personen einen ihr angebotenen Risikozuschlag bzw. Leistungsausschluss nicht akzeptieren. Der Beitrag zum Gruppenvertrag kann dann von der Vereinbarung eines Risikozuschlages bzw. Leistungsausschlusses abhängig gemacht werden, wenn ein aus versicherungsmedizinischer Sicht erhöhtes Risiko vorliegt.

Widerrufsrecht

Die Widerrufsrechtsbelehrung inkl. Rechtsfolgenbelehrung entnehmen Sie bitte der Beitrittserklärung zum Gruppenvertrag.

Versicherungsdauer

Langfristige Auslandsreise-Krankenversicherungen nach dem Tarif GAZ werden für die Dauer von mindestens drei Monaten (Mindestversicherungsdauer) und maximal drei Jahren (Höchstversicherungsdauer) abgeschlossen (§2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen).

Vertragsbeendigung

Das Versicherungsverhältnis im Gruppenvertrag endet mit Beendigung des Gruppenvertrages, bei Austrittserklärung (Kündigung) des Versicherten und in sonstigen im Gruppenvertrag oder in den AVB genannten Fällen.

Weiterversicherung

Die Weiterversicherung nach Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

Nachleistungspflicht

Die Nachleistungspflicht für Versicherte, die während eines laufenden Versicherungsfalles aus der Gruppenversicherung ausscheiden, richtet sich nach den Bestimmungen des Gruppenvertrages.

Sonstiges

Der Sitzstaat ist Deutschland. Es gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist deutsch.

Beschwerden können gerichtet werden an:

- die DKV Deutsche Krankenversicherung AG,
- den Ombudsmann für die private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin, oder
- die zuständige Aufsichtsbehörde – Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Eine solche Beschwerde schließt den Rechtsweg nicht aus.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung, Tarif GAZ

Teil 1

§1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet den in der Bundesrepublik Deutschland gesetzlich krankenversicherten Personen gemäß folgenden Bestimmungen Versicherungsschutz gegen die Aufwendungen, die anlässlich eines vorübergehenden Aufenthaltes von mehr als dreimonatiger Dauer im Ausland durch die medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen entstehen. Er übernimmt die Überführungskosten, wenn die versicherte Person an einer unter Versicherungsschutz stehenden Krankheit oder Unfallverletzung im Ausland stirbt.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich außerdem auf die Kosten einer medizinisch notwendigen Rückführung der versicherten Person aus dem Ausland.

Der Versicherer übernimmt nur Kosten, die von einer bestehenden gesetzlichen Krankenversicherung nicht ersetzt werden. Der Leistungsumfang ergibt sich aus §4 Nr. 2.

- (2) Für einen zusammenhängenden Auslandsaufenthalt ist eine Kombination aus mehreren Auslandsreise-Krankenversicherungen des Versicherers, durch die jeweils nur ein Teil des gesamten Auslandsaufenthaltes versichert wird, nicht zulässig.
- (3) Als Ausland gelten alle Länder mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland. Es besteht kein Versicherungsschutz in den Ländern, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie ihren ständigen Wohnsitz hat. Mit Zustimmung des Versicherers kann der Versicherungsschutz auch auf diese Länder ausgedehnt werden.
- Besitz eine versicherte Person sowohl die deutsche Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staates, oder ist sie Staatsangehöriger eines EG-Staates, besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, sofern sie in der Bundesrepublik ihren ständigen Wohnsitz hat.
- (4) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen (vgl. § 4). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.
- Als Versicherungsfall gelten auch
- Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung;
 - Tod.
- (5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen und dem Tarif, dem Gruppenvertrag, der Versicherungsbestätigung sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (6) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch.

§ 2 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Die Anmeldung zur Gruppenversicherung erfolgt durch den Versicherungsnehmer. Die Versicherung besteht für den in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitraum, jedoch mindestens drei Monate und nicht länger als drei Jahre. Nach Ablauf der Höchstreisedauer kann eine einmalige Verlängerung des Versicherungsschutzes um höchstens weitere drei Jahre beantragt werden. In diesem Fall wird bei der Beitragsberechnung das dann erreichte neue Eintrittsalter berücksichtigt. Laufende Versicherungsfälle sind bei Verlängerung in den Versicherungsschutz einbezogen.
- (2) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitpunkt, jedoch nicht vor dem im Gruppenvertrag vereinbarten Vertragsbeginn, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (3) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland, spätestens mit Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. mit Beendigung des Gruppenvertrages.
- (4) Endet die Mitgliedschaft der versicherten Person in der gesetzlichen Krankenversicherung, scheidet sie automatisch aus dem Gruppenvertrag aus.
- (5) Unabhängig von Nr. 3 endet der Versicherungsschutz – auch für schwebende Versicherungsfälle – bei vorzeitiger Abmeldung durch den Versicherungsnehmer, wenn der Auslandsaufenthalt aus unvorhersehbaren Gründen abgebrochen werden muss.
- (6) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Gruppenvertrag wegen eines Versicherungsfalles transportunfähig, verlängert sich der Versicherungsschutz im Ausland längstens um sechs Wochen.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die Wartezeiten betragen für Schwangerschaft und Entbindung acht Monate. Keine Wartezeiten bestehen jedoch für die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen und für Fehl- und Frühgeburten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Erstattungsfähig sind
- ambulante ärztliche Behandlung, wenn sie von einem zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt oder im Krankenhaus durchgeführt wird;
 - Arznei- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Arzneimittel müssen aus der Apotheke oder vom Arzt bezogen werden. Nicht als Arzneimittel gelten Nähr- und Stärkungsmittel, soweit es sich nicht um medikamentenähnliche Nährmittel handelt, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden;
 - Hilfsmittel aufgrund ärztlicher Verordnung in einfacher Ausführung zu 80%. Werden sie nach einem Unfall im Ausland erstmals angeschafft, sind sie in voller Höhe erstattungsfähig. Brillen und Kontaktlinsen einschließlich notwendiger Reparaturen sind bis zu 153,39 € innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten und pro versicherte Person erstattungsfähig;
 - physikalische Therapie, soweit sie ärztlich verordnet wurde;
 - stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Als Krankenhäuser gelten nicht Heilstätten, Heilund Pflegeanstalten, Sanatorien sowie solche Anstalten, in denen auch Kuren durchgeführt und Rekonvaleszenten aufgenommen werden;
 - medizinisch notwendige Transportkosten zum nächsterreichbaren, geeigneten Krankenhaus (bei Unfällen und Krankheit) oder zum nächsterreichbaren Arzt (nach Unfällen);
 - Operations- und Operationsnebenkosten;
 - die Aufwendungen für Zahnbehandlung und Zahnfüllung, wenn sie von einem zur Heilbehandlung zugelassenen Zahnarzt durchgeführt werden;
 - die Aufwendungen für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierungen zu 50% des Rechnungsbetrages, bis zu maximal 1.022,58 € innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten und pro versicherte Person. Als Zahnersatz gelten auch Kronen, Inlays, Implantate und vorbereitende Maßnahmen;
 - die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten medizinisch notwendigen Rücktransportes in die Bundesrepublik Deutschland, wenn eine ausreichende medizinische Versorgung im Aufenthaltsland nicht mehr gewährleistet

werden kann. Unter den aus medizinischer Sicht geeigneten Transportmitteln ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen;

- k) die notwendigen Kosten einer Bestattung am Sterbeort oder einer Überführung in die Bundesrepublik Deutschland, höchstens jedoch 10.225,84 €.
- (2) Auf die tariflichen Leistungen wird die Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung angerechnet. Die Vorleistung muss vor Einreichung der Belege bei der gesetzlichen Krankenversicherung geltend gemacht und ihre Höhe nachgewiesen werden. Von der versicherten Person kraft Gesetzes zu übernehmende Zuzahlungen zählen nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Lehnt der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung die Leistung ab, ist dies nachzuweisen. Bei Vorlage des Ablehnungsbescheides werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 80%, Rückführungs- und Überführungskosten zu 100% erstattet.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des Lebenspartners gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder eines Verwandten 1. Grades unternommen wurde;
 - für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung oder sonstige entsprechende Maßnahmen;
 - für Kuren und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch vorhersehbare Kriegereignisse oder innere Unruhen oder durch eine aktive Teilnahme an Kriegereignissen oder inneren Unruhen verursacht worden sind.
- Als vorhersehbar gelten Kriegereignisse oder innere Unruhen insbesondere dann, wenn das Auswärtige Amt – zum Zeitpunkt des Reisebeginns oder während des Auslandsaufenthaltes – vor Reisen in das jeweilige Land oder die jeweilige Region warnt oder von diesen abrät. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz bei Kenntniserlangung der Reisewarnung, jedoch nur solange, wie – unverschuldet – keine Möglichkeit besteht, das jeweilige Land oder die jeweilige Region zu verlassen;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
 - für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Ersatz der Aufwendungen erfolgt unter Anrechnung der von anderen Kostenträgern bereits erbrachten Leistungen.
- (4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder gesetzliche Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (5) Hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistung

- (1) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen ist innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Heilbehandlung geltend zu machen.
- (2) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs (Devisenkurs) des Tages, an dem die erstattungsfähigen Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
- (3) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder Umfanges der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise erbracht sind. Dies gilt insbesondere für die folgenden Nachweise, die in das Eigentum des Versicherers übergehen:
- Der Anspruch ist durch Originalrechnungen zu belegen. Wurde die Originalrechnung dem gesetzlichen Krankenversicherer zur Erstattung vorgelegt, genügt ein Duplikat mit Erstattungsvermerk.
 - Die Belege müssen den Namen des Behandelten, die Krankheitsbezeichnung, die Angaben der einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten enthalten.
 - Aus den Rezepten müssen das verordnete Medikament, der Preis und der Stempel der Apotheke oder des Arztes deutlich hervorgehen.
 - Der Anspruch auf die Erstattung von Überführungskosten ist durch eine amtliche Sterbeurkunde zu belegen.
 - Der Anspruch auf Erstattung von Rückführungskosten ist durch eine ausführliche ärztliche Stellungnahme des im Ausland behandelnden Arztes zur medizinischen Notwendigkeit der Rückführung und der Art des Krankentransportes zu begründen.
- (4) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen – mit Ausnahme auf ein inländisches Konto – können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (8) Der Versicherer kann eine beglaubigte Übersetzung der Belege in die deutsche Sprache verlangen.

§ 7 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag wird für volle Kalendermonate berechnet. Er ist jeweils zum Ersten eines jeden Monats fällig. Die Beiträge sind bis zum Ende des Monats zu entrichten, in dem der einzelne Vertragsteil endet.
- (2) Für erschwerte Risiken können Beitragszuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.
- (3) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 i.V.m. § 194 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer schriftlich gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet.

§ 8 Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherungsnehmer und als empfangsberechtigt benannten versicherten Personen (siehe § 6 (6)) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Sie haben im Einzelfall den Versicherer zu bevollmächtigen, alle erforderlichen Auskünfte bei Dritten (Ärzten, Krankenanstalten usw.) einzuholen und diese von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht zu entbinden.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Der Versicherer ist mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der oben genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 9 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 10 Ansprüche gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an uns schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften, zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen (1) und (2) genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als der Versicherer infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheiten ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze (1) bis (3) entsprechend anzuwenden.

§ 11 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig und erhält dadurch Versicherungsschutz im Ausland, so kann der Versicherungsnehmer binnen zwei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zu diesem Zeitpunkt zu. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

§ 12 Klagefrist/Gerichtsstand

- (1) Gegen den Versicherer gerichtete Klagen können bei dem Gericht an dem Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder dessen gewöhnlichen Aufenthalt oder bei dem Gericht an dem Sitz des Versicherers in Köln anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem diese ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Teil 2

Tarif GAZ

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung GAZ.

Leistungen des Versicherers

Leistungen aus diesem Tarif werden erbracht für medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland sowie für Rückführung und Überführung aus dem Ausland nach Anrechnung einer Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung GAZ.

Leistungen des Versicherungsnehmers

Der tarifliche Monatsbeitrag ist abhängig vom Geschlecht und wird nach dem

jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt, das sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburts- und dem Kalenderjahr ergibt.

Beitragsraten

Die Beitragsraten sind im Gruppenvertrag geregelt.

Im Falle der vorzeitigen Beendigung eines Vertragsteils gilt pro versicherte Person ein Mindestbeitrag in Höhe von drei Monatsbeiträgen als vereinbart.

Besondere Versicherungsbedingungen zur Gruppen-Auslandsreise-Krankenversicherung für Freiwillige

§ 1 Vertragsgrundlagen

- (1) Der Versicherer bietet den von der Entscheideorganisation gemeldeten versicherbaren Personen Versicherungsschutz gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung nach folgenden Tarifen:

Für Teilnehmer am „weltwärts“- Programm und unregelmäßigen Freiwilligenprogrammen sowie Absolventen des Freiwilligen Sozialen/Ökologischen Jahres (FSJ/FÖJ) im Ausland und Absolventen des Anderen Dienstes im Ausland (ADiA)

GAR 1
für vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb Deutschlands mit einer Dauer von maximal 18 Monaten, für Freiwillige des „weltwärts“- Programms des Bundesministerium wirtschaftliche für Entwicklung und Zusammenarbeit, BMZ, maximal 24 Monate;

GAR 36
für vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb Deutschlands mit einer Dauer von maximal 3 Jahren. Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann um maximal drei weitere Jahre verlängert werden;

Alternativ für Teilnehmer an Freiwilligenprogrammen für FSJ/ FÖJ und ADiA

GAZ
Restkostenversicherung für gesetzlich krankenversicherte Freiwillige. Tarif GAZ für vorübergehende Auslandsaufenthalte außerhalb Deutschlands mit einer Dauer von mindestens 3 Monaten bis zur Dauer von 3 Jahren. Der Versicherungsschutz nach diesem Tarif kann um maximal drei weitere Jahre verlängert werden;

Für Teilnehmer an Freiwilligenprogrammen in Deutschland

GAD 12
für vorübergehende Aufenthalte von Ausländern in Deutschland mit einer Dauer von maximal 12 Monaten;

GAD 36
für vorübergehende Aufenthalte von Ausländern in Deutschland mit einer Dauer von maximal 3 Jahren. Der Versicherungsschutz kann um maximal drei weitere Jahre verlängert werden.

- (2) Für einen zusammenhängenden Aufenthalt ist eine Kombination der Tarife GAR 1 und GAR 36 durch die jeweils nur ein Teil des Aufenthaltes einer zu versichernden Person versichert werden soll, nicht möglich.

§ 2 Abweichungen von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Abweichend von den jeweiligen Allgemeinen Versicherungsbedingungen gilt folgendes:

zu § 2 Abs. 1 AVB (Tarif GAR 1)

Die Höchstreisedauer beträgt für Teilnehmer an Freiwilligenprogrammen 18 Monate, für Teilnehmer am „weltwärts“-Programm des Bundesministeriums für Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ) 24 Monate.

zu § 1 Ziff. 1 Abs. 3 AVB (Tarif GAR 1)

Für die maximal vierwöchige Vorbereitungszeit besteht Versicherungsschutz in Deutschland unter Anrechnung auf die tarifliche Versicherbarkeit von Reiseunterbrechungen, sofern sich ein mindestens dreimonatiger Versicherungsschutz im Ausland anschließt.

Für die maximale zweiwöchige Nachbereitungszeit besteht Versicherungsschutz in Deutschland unter Anrechnung auf die tarifliche Versicherbarkeit von Reiseunterbrechungen, sofern zuvor zumindest drei Monate Versicherungsschutz im Ausland bestanden hat.

zu § 3 (2) AVB (Tarif GAR 1)

Im Fall der Reiseunterbrechung sind bei einem medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt ausschließlich die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer/allgemeinärztliche Behandlung) erstattungsfähig.

zu § 1 Ziff. 1 Abs. 3 AVB (Tarif GAR 36)

Für die maximal vierwöchige Vorbereitungszeit besteht Versicherungsschutz in Deutschland unter Anrechnung auf die tarifliche Versicherbarkeit von Reiseunterbrechungen, sofern sich ein mindestens dreimonatiger Versicherungsschutz im Ausland anschließt.

Für die maximale zweiwöchige Nachbereitungszeit besteht Versicherungsschutz in Deutschland unter Anrechnung auf die tarifliche Versicherbarkeit von Reiseunterbrechungen, sofern zuvor zumindest drei Monate Versicherungsschutz im Ausland bestanden hat.

zu § 4e) AVB (Tarif GAR 36)

Im Fall der Reiseunterbrechung sind bei einem medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt ausschließlich die Kosten der allgemeinen Pflegeklasse (Mehrbettzimmer/allgemeinärztliche Behandlung) erstattungsfähig.

zu § 4 Ziff. 1e) AVB (Tarife GAR 1 und GAD 12)

Nicht versichert sind insbesondere alle prophylaktischen Maßnahmen, wie Zahnsteinentfernung und Mundschleimhautbehandlung sowie Parodontosebehandlungen.

Zu § 1 Ziff. 1 Abs. 3 AVB (Tarif GAD 12)

Wird ein Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland für Reisen in das Land,

dessen Wohnsitz die versicherte Person besitzt oder in dem sie einen ständigen Wohnsitz hat, kurzfristig unterbrochen, besteht auch dort bis zu vier Wochen innerhalb eines Zeitraumes von zwölf Monaten Versicherungsschutz, sofern Versicherungsschutz in Deutschland für insgesamt mindestens drei Monate abgeschlossen wurde.

Zu § 3 (Tarife GAR 1, GAR 36)

Ausschließlich medikamentöse und notwendige stationäre Behandlungen von akuten psychischen Erkrankungen während der Versicherungszeit sind in die Leistungen aus dem Gruppenvertrag nach den Tarifen GAR 1 und GAR 36 eingeschlossen.

Zu § 4 (Alle Tarife)

Für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen sowie vergleichbare Maßnahmen besteht, auch bei medizinischer Notwendigkeit, kein Versicherungsschutz.

Zu § 3 (Tarife GAR 1, GAR 36 und GAZ)

Die Folgen von Selbstmord und Selbstmordversuchen im tariflichen Rahmen sind erstattungsfähig.

Zu § 4 Tarife GAR1 und GAD12

Zu § 5 Tarife GAR36 und GAD 36

Keine Leistungspflicht besteht z.B. für Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Teilnahme an Kriegseignissen oder an inneren Unruhen verursacht worden sind.

Haftpflichtversicherung

Information zum Versicherer

Den Versicherungsschutz für die Haftpflichtversicherung gewährt die:

Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 München.
Sitz: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 7731

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)

Umfang des Versicherungsschutzes

1. Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall

1.1 Versicherungsschutz besteht im Rahmen des versicherten Risikos für den Fall, dass der Versicherungsnehmer wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses (Versicherungsfall), das einen Personen-, Sach- oder sich daraus ergebenden Vermögensschaden zur Folge hatte, aufgrund

gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts

von einem Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird.

Schadenereignis ist das Ereignis, als dessen Folge die Schädigung des Dritten unmittelbar entstanden ist. Auf den Zeitpunkt der Schadenverursachung, die zum Schadenereignis geführt hat, kommt es nicht an.

1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche, auch wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt,

- 1.2.1 auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadensersatz statt der Leistung;
- 1.2.2 wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nacherfüllung durchführen zu können;
- 1.2.3 wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;
- 1.2.4 auf Ersatz verboglicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung;
- 1.2.5 auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;
- 1.2.6 wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.

2. Vermögensschaden, Abhandenkommen von Sachen

Dieser Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung erweitert werden auf die gesetzliche Haftpflicht privatrechtlichen Inhalts des Versicherungsnehmers wegen

- 2.1 Vermögensschäden, die weder durch Personen- noch durch Sachschäden entstanden sind;
- 2.2 Schäden durch Abhandenkommen von Sachen; hierauf finden dann die Bestimmungen über Sachschäden Anwendung.

3. Versichertes Risiko

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

4. Vorsorgeversicherung

- 4.1 Risiken, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages neu entstehen, sind im Rahmen des bestehenden Vertrages sofort versichert.
 - 4.1.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung des Versicherers jedes neue Risiko innerhalb eines Monats anzuzeigen. Die Aufforderung kann auch mit der Beitragsrechnung erfolgen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.

Tritt der Versicherungsfall ein, bevor das neue Risiko angezeigt wurde, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und zu einem Zeitpunkt hinzugekommen ist, zu dem die Anzeigefrist noch nicht verstrichen war.
 - 4.1.2 Der Versicherer ist berechtigt, für das neue Risiko einen angemessenen Beitrag zu verlangen. Kommt eine Einigung über die Höhe dieses Beitrages innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige nicht zustande, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.
- 4.2 Der Versicherungsschutz für neue Risiken ist von ihrer Entstehung bis zur Einigung im Sinne von Ziffer 4.1.2 auf den Betrag von 500.000 € für Personenschäden und 150.000 € für Sachschäden, und soweit vereinbart für Vermögensschäden, begrenzt.
- 4.3 Die Regelung der Vorsorgeversicherung gilt nicht für Risiken

- 4.3.1 aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs, soweit diese Fahrzeuge der Zulassungs-, Führerschein- oder Versicherungspflicht unterliegen;
- 4.3.2 aus dem Eigentum, Besitz, Betrieb oder Führen von Bahnen;
- 4.3.3 die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen;
- 4.3.4 die kürzer als ein Jahr bestehen werden und deshalb im Rahmen von kurzfristigen Versicherungsverträgen zu versichern sind.

5. Leistungen der Versicherung

5.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche und die Freistellung des Versicherungsnehmers von berechtigten Schadensersatzverpflichtungen.

Berechtigt sind Schadensersatzverpflichtungen dann, wenn der Versicherungsnehmer aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleiches zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die vom Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.

Ist die Schadenersatzverpflichtung des Versicherungsnehmers mit bindender Wirkung für den Versicherer festgestellt, hat der Versicherer den Versicherungsnehmer binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen.

5.2 Der Versicherer ist bevollmächtigt, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben.

Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.

5.3 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.

5.4 Erlangt der Versicherungsnehmer oder ein Mitversicherer das Recht, die Aufnahme oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist der Versicherer zur Ausübung dieses Rechts bevollmächtigt.

6. Begrenzung der Leistungen

- 6.1 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt.
- 6.2 Sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, sind die Entschädigungsleistungen des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres auf das Zweifache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.
- 6.3 Mehrere während der Wirksamkeit der Versicherung eintretende Versicherungsfälle gelten als ein Versicherungsfall, der im Zeitpunkt des ersten dieser Versicherungsfälle eingetreten ist, wenn diese
 - auf derselben Ursache,
 - auf gleichen Ursachen mit innerem, insbesondere sachlichem und zeitlichem Zusammenhang oder
 - auf der Lieferung von Waren mit gleichen Mängelnberuhen.

6.4 Falls besonders vereinbart, beteiligt sich der Versicherungsnehmer bei jedem Versicherungsfall mit einem im Versicherungsschein oder in seinen Nachträgen festgelegten Betrag an der Schadensersatzleistung (Selbstbehalt). Soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, ist der Versicherer auch in diesen Fällen zur Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche verpflichtet.

6.5 Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die Versicherungssummen angerechnet.

6.6 Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe dieser Ansprüche.

6.7 Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet.

Für die Berechnung des Rentenwertes gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.

6.8 Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Verhalten des Versicherungsnehmers scheitert, hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Entschädigungsleistung, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

7. Ausschlüsse

Falls im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, sind von der Versicherung ausgeschlossen:

7.1 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.

- 7.2 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden dadurch verursacht haben, dass sie in Kenntnis von deren Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit
- Erzeugnisse in den Verkehr gebracht oder
 - Arbeiten oder sonstige Leistungen erbracht haben.
- 7.3 Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.
- 7.4 Haftpflichtansprüche
- 7.4.1 des Versicherungsnehmers selbst oder der in Ziffer 7.5 benannten Personen gegen die Mitversicherten,
- 7.4.2 zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Versicherungsvertrages,
- 7.4.3 zwischen mehreren Mitversicherten desselben Versicherungsvertrages.
- 7.4.4 Die vorstehenden Ausschlüsse erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 7.5 Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer
- 7.5.1 aus Schadenfällen seiner Angehörigen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören;
- Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerchaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).
- 7.5.2 von seinen gesetzlichen Vertretern oder Betreuern, wenn der Versicherungsnehmer eine geschäftsunfähige, beschränkt geschäftsfähige oder betreute Person ist;
- 7.5.3 von seinen gesetzlichen Vertretern, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts oder ein nicht rechtsfähiger Verein ist;
- 7.5.4 von seinen unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist;
- 7.5.5 von seinen Partnern, wenn der Versicherungsnehmer eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist;
- 7.5.6 von seinen Liquidatoren, Zwangs- und Insolvenzverwaltern;
- 7.5.7 Die Ausschlüsse unter Ziffer 7.5.2 bis 7.5.6 erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 7.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.
- Sind die Voraussetzungen des Ausschlusses in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.
- 7.7 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn
- 7.7.1 die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
- 7.7.2 die Schäden dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dgl.) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;
- 7.7.3 die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers entstanden sind und sich diese Sachen oder – sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt – deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte.
- 7.7.4 Sind die Voraussetzungen der vorstehenden Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.
- 7.8 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an vom Versicherungsnehmer hergestellten oder gelieferten Sachen, Arbeiten oder sonstigen Leistungen infolge einer in der Herstellung, Lieferung oder Leistung liegenden Ursache und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden.
- Dies gilt auch dann, wenn die Schadenursache in einem mangelhaften Einzelteil der Sache oder in einer mangelhaften Teilleistung liegt und zur Beschädigung oder Vernichtung der Sache oder Leistung führt.
- Dieser Ausschluss findet auch dann Anwendung, wenn Dritte im Auftrag oder für Rechnung des Versicherungsnehmers die Herstellung oder Lieferung der Sachen oder die Arbeiten oder sonstigen Leistungen übernommen haben.
- 7.9 Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII (SGB VII) sind jedoch mitversichert.
- 7.10.1 Ansprüche, die gegen den Versicherungsnehmer wegen Umweltschäden gemäß Umweltschadensgesetz oder anderer auf der EU-Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierenden nationalen Umsetzungsgesetzen geltend gemacht werden. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer von einem Dritten aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts auf Erstattung der durch solche Umweltschäden entstandenen Kosten in Anspruch genommen wird.
- Der Versicherungsschutz bleibt aber für solche Ansprüche erhalten, die auch ohne Bestehen des Umweltschadensgesetzes oder anderer auf der EU-Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierender nationaler Umsetzungsgesetze bereits aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts gegen den Versicherungsnehmer geltend gemacht werden könnten.
- Dieser Ausschluss gilt nicht im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken.
- 7.10.2 Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung. Darunter fallen auch Schäden hervorgerufen durch Brand und/oder Explosion.
- Dieser Ausschluss gilt nicht
- a) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken;
 - b) für Schäden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftpflicht).
- Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Schäden durch Umwelteinwirkung, die aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von
- Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHGAnlagen);
 - Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG-Anlagen);
 - Anlagen, die nach dem Umweltschutz dienenden Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht unterliegen;
 - Abwasseranlagen
- oder Teilen resultieren, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.
- 7.11 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind.
- 7.12 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. Strahlen von radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen).
- 7.13 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die zurückzuführen sind auf
- 7.13.1 gentechnische Arbeiten,
 - 7.13.2 gentechnisch veränderte Organismen (GVO),
 - 7.13.3 Erzeugnisse, die
 - Bestandteile aus GMO enthalten,
 - aus oder mit Hilfe von GMO hergestellt wurden.
- 7.14 Haftpflichtansprüche aus Sachschäden, welche entstehen durch
- 7.14.1 Abwässer, soweit es sich nicht um häusliche Abwässer handelt,
 - 7.14.2 Senkungen von Grundstücken oder Erdbeben, Erdstöße, Erdbeben, Erdstöße,
 - 7.14.3 Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer.
- 7.15 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, soweit es sich handelt um Schäden aus
- 7.15.1 Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten,
 - 7.15.2 Nichterfassen oder fehlerhaftem Speichern von Daten,
 - 7.15.3 Störung des Zugangs zum elektronischen Datenaustausch,
 - 7.15.4 Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen.
- 7.16 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Persönlichkeits- oder Namensrechtsverletzungen.
- 7.17 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Anfeindung, Schikane, Belästigung, Ungleichbehandlung oder sonstigen Diskriminierungen.
- 7.18 Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers resultieren. Das Gleiche gilt für Sachschäden, die durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind. In beiden Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.

Beginn des Versicherungsschutzes/ Beitragszahlung

8. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziffer 9.1 zahlt. Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

9. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ erster oder einmaliger Beitrag

9.1 Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

9.2 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrages eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.

9.3 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

9.4 Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerrufsfrist von 2 Wochen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

10. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag

10.1 Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersetzten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

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

10.2 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer

- ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
- Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziffern 10.3 und 10.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
- 10.3** Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen wurde.
- 10.4** Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen hat.
- Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 hinzuweisen.
- Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Versicherungsvertrag fort.
- Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 11. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung**
- Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.
- Könnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.
- Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.
- 12. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**
- Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist.
- Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 13. Beitragsregulierung**
- 13.1** Der Versicherungsnehmer hat nach Aufforderung mitzuteilen, ob und welche Änderungen des versicherten Risikos gegenüber den früheren Angaben eingetreten sind. Diese Aufforderung kann auch durch einen Hinweis auf der Beitragsrechnung erfolgen. Die Angaben sind innerhalb eines Monats nach Zugang der Aufforderung zu machen und auf Wunsch des Versicherers nachzuweisen.
- Bei unrichtigen Angaben zum Nachteil des Versicherers kann dieser vom Versicherungsnehmer eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschiedes verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass ihn an der Unrichtigkeit der Angaben kein Verschulden trifft.
- 13.2** Aufgrund der Änderungsmitteilung des Versicherungsnehmers oder sonstiger Feststellungen wird der Beitrag ab dem Zeitpunkt der Veränderung berichtigt (Beitragsregulierung), beim Wegfall versicherter Risiken jedoch erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung beim Versicherer. Der vertraglich vereinbarte Mindestbeitrag darf dadurch nicht unterschritten werden. Alle entsprechend Ziffer 15.1 nach dem Versicherungsabschluss eingetretenen Erhöhungen und Ermäßigungen des Mindestbeitrags werden berücksichtigt.
- 13.3** Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Mitteilung, kann der Versicherer für den Zeitraum, für den die Angaben zu machen waren, eine Nachzahlung in Höhe des für diesen Zeitraum bereits in Rechnung gestellten Beitrags verlangen. Werden die Angaben nachträglich gemacht, findet eine Beitragsregulierung statt. Ein vom Versicherungsnehmer zuviel gezahlter Beitrag wird nur zurückerstattet, wenn die Angaben innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung des erhöhten Beitrags erfolgten.
- 13.4** Die vorstehenden Bestimmungen finden auch Anwendung auf Versicherungen mit Beitragsvorauszahlung für mehrere Jahre.
- 14. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
- Bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrages hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 15. Beitragsangleichung**
- 15.1** Die Versicherungsbeiträge unterliegen der Beitragsangleichung. Soweit die Beiträge nach Lohn-, Bau- oder Umsatzsumme berechnet werden, findet keine Beitragsangleichung statt. Mindestbeiträge unterliegen unabhängig von der Art der Beitragsberechnung der Beitragsangleichung.
- 15.2** Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen aller zum Betrieb der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zugelassenen Versicherer gegenüber dem vorvergangenen Jahr erhöht oder vermindert hat. Den ermittelten Prozentsatz rundet er auf die nächst niedrigere, durch fünf teilbare ganze Zahl ab. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall verursachten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
- Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.
- 15.3** Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 15.2 ergebenden Prozentsatz zu verändern (Beitragsangleichung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird dem Versicherungsnehmer mit der nächsten Beitragsrechnung bekannt gegeben.
- Hat sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen des Versicherers in jedem der letzten fünf Kalenderjahre um einen geringeren Prozentsatz als denjenigen erhöht, den der Treuhänder jeweils für diese Jahre nach Ziffer 15.2 ermittelt hat, so darf der Versicherer den Folgejahresbeitrag nur um den Prozentsatz erhöhen, um den sich der Durchschnitt seiner Schadenzahlungen nach seinen unternehmens-eigenen Zahlen im letzten Kalenderjahr erhöht hat; diese Erhöhung darf diejenige nicht überschreiten, die sich nach dem vorstehenden Absatz ergeben würde.
- 15.4** Liegt die Veränderung nach Ziffer 15.2 oder 15.3 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.
- 16. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages/Kündigung**
- 16.1** Der Versicherungsvertrag ist für die vereinbarte Dauer abgeschlossen.
- 16.2** Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Versicherungsvertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.
- 16.3** Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Versicherungsvertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 16.4** Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsvertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres durch den Versicherungsnehmer gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Schriftform zugegangen sein.
- 17. Wegfall des versicherten Risikos**
- Wenn versicherte Risiken teilweise oder vollständig dauerhaft wegfallen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken. Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.
- 18. Kündigung nach Beitragsangleichung**
- Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsangleichung gemäß Ziffer 15.3, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.
- Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.
- Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.
- 19. Kündigung nach Versicherungsfall**
- 19.1** Der Versicherungsvertrag kann gekündigt werden, wenn
- vom Versicherer eine Schadensersatzzahlung geleistet wurde oder
 - dem Versicherungsnehmer – bei einer Pflichtversicherung dem Versicherer – eine Klage über einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch gerichtlich zugestellt wird.
- Die Kündigung muss dem Vertragspartner in Schriftform spätestens einen Monat nach der Schadensersatzzahlung oder der Zustellung der Klage zugegangen sein.
- 19.2** Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
- Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- 20. Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen**
- 20.1** Wird ein Unternehmen, für das eine Haftpflichtversicherung besteht, an einen Dritten veräußert, tritt dieser an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Rechte und Pflichten ein.
- Dies gilt auch, wenn ein Unternehmen aufgrund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.
- 20.2** Der Versicherungsvertrag kann in diesem Falle
- durch den Versicherer dem Dritten gegenüber mit einer Frist von einem Monat,
 - durch den Dritten dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode
- in Schriftform gekündigt werden.
- 20.3** Das Kündigungsrecht erlischt, wenn
- der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Dritten Kenntnis erlangt;
 - der Dritte es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt.
- 20.4** Erfolgt der Übergang auf den Dritten während einer laufenden Versicherungsperiode und wird das Versicherungsverhältnis nicht gekündigt, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Dritte für den Versicherungsbeitrag dieser Periode als Gesamtschuldner.
- 20.5** Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Dritten unverzüglich anzuzeigen.
- Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer den mit dem Veräußerer bestehenden Versicherungsvertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.
- Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

Der Versicherungsschutz fällt trotz Verletzung der Anzeigepflicht nicht weg, wenn dem Versicherer die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.

21. Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften

Bei Erhöhungen des versicherten Risikos durch Änderung bestehender oder Erlass neuer Rechtsvorschriften ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung Kenntnis erlangt hat.

22. Mehrfachversicherung

- 22.1 Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn das Risiko in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.
- 22.2 Wenn die Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.
- 22.3 Das Recht auf Aufhebung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht innerhalb eines Monats geltend macht, nachdem er von der Mehrfachversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Erklärung, mit der sie verlangt wird, dem Versicherer zugeht.

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

23. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

23.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Abschluss des Versicherers erheblich sind, den Versicherungsvertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Wird der Versicherungsvertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser die gefahrerheblichen Umstände, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

23.2 Rücktritt

- 23.2.1 Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.
- 23.2.2 Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.
Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- 23.2.3 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

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

23.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

Der Versicherer muss die ihm nach Ziffer 23.2 und 23.3 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern 23.2 und 23.3 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern 23.2 und 23.3 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

23.4 Erlöschen der Rechte des Versicherers

Die Rechte des Versicherers nach Ziffer 23.2 und Ziffer 23.3 erlöschen mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf 10 Jahre, wenn

der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

23.5 Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

24. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Besonders gefahrdrohende Umstände hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers innerhalb angemessener Frist zu beseitigen. Dies gilt nicht, soweit die Beseitigung unter Abwägung der beiderseitigen Interessen unzumutbar ist. Ein Umstand, der zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefahrdrohend.

25. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

25.1 Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben wurden.

25.2 Der Versicherungsnehmer muss nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens sorgen.

Weisungen des Versicherers sind dabei zu befolgen, soweit es für den Versicherungsnehmer zumutbar ist. Er hat dem Versicherer ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten und ihn bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen. Alle Umstände, die nach Ansicht des Versicherers für die Bearbeitung des Schadens wichtig sind, müssen mitgeteilt sowie alle dafür angeforderten Schriftstücke übersandt werden.

25.3 Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Haftpflichtanspruch erhoben, ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder ihm gerichtlich der Streit verkündet, hat er dies ebenfalls unverzüglich anzuzeigen.

25.4 Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadensersatz muss der Versicherungsnehmer fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung des Versicherers bedarf es nicht.

25.5 Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, hat er die Führung des Verfahrens dem Versicherer zu überlassen. Der Versicherer beauftragt im Namen des Versicherungsnehmers einen Rechtsanwalt. Der Versicherungsnehmer muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.

26. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

26.1 Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Versicherungsvertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte.

26.2 Wird eine Obliegenheit aus diesem Versicherungsvertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm nach Ziffer 26.1 zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

Weitere Bestimmungen

27. Mitversicherte Personen

27.1 Erstreckt sich die Versicherung auch auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als den Versicherungsnehmer selbst, sind alle für ihn geltenden Bestimmungen auf die Mitversicherten entsprechend anzuwenden.

Die Bestimmungen über die Vorsorgeversicherung (Ziffer 4) gelten nicht, wenn das neue Risiko nur in der Person eines Mitversicherten entsteht.

27.2 Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben den Mitversicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

28. Abtretungsverbot

Der Freistellungsanspruch darf vor seiner endgültigen Feststellung ohne Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden. Eine Abtretung an den geschädigten Dritten ist zulässig.

29. Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

29.1 Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

29.2 Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.

29.3 Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 29.2 entsprechende Anwendung.

30. Verjährung

- 30.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 30.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

31. Zuständiges Gericht

- 31.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- 31.2 Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist.
- 31.3 Sind der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

32. Anzuwendendes Recht

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Privat-Haftpflichtversicherung

1. Privat-Haftpflichtversicherung

- 1.1 Sofern im Versicherungsschein angeschrieben, ist für die namentlich benannte Person (nachstehend als Versicherungsnehmer bezeichnet) im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) und der nachstehenden Bestimmungen die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens versichert.
- Ausgenommen sind die Gefahren
- eines eigenen oder fremden Betriebes oder Gewerbes, eines Berufes, Dienstes oder Amtes (auch Ehrenamtes). Dies gilt nicht für ein berufsspezifisches Praktikum im Rahmen eines Studiums;
 - einer verantwortlichen Betätigung in Vereinigungen aller Art;
 - einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung.
- 1.2 Abweichend von 1.1 ist die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers aus der Ausübung eines Ehrenamtes mitversichert.
- Nicht versichert ist die Haftpflicht aus der Ausübung eines Amtes (hauptberuflich). Besteht für die im ersten Absatz beschriebene Tätigkeit eine weitere Versicherung, so erstreckt sich der Versicherungsschutz im Rahmen des vorliegenden Vertrages und der zugrunde liegenden Besonderen Bedingungen zur Privathaftpflichtversicherung nur auf Schäden, für die über die anderweitig bestehende Versicherung keine Leistung erlangt werden kann.

2. Mitversicherte Personen

2.1 Ehegatten

Mitversichert ist die gleichartige gesetzliche Haftpflicht des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners* des Versicherungsnehmers.

2.2 Unverheiratete Kinder

- 2.2.1 Mitversichert ist die gleichartige gesetzliche Haftpflicht ihrer unverheirateten und nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft* lebenden Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder), bei volljährigen Kindern jedoch nur, solange sie sich noch in einer ununterbrochenen Schul- oder sich hieran unmittelbar anschließenden ununterbrochenen beruflichen Erstausbildung befinden.
- Berufliche Erstausbildung ist Lehre und/oder Studium – auch in umgekehrter Reihenfolge –; nicht jedoch Zweitlehre oder Zweitstudium, Referendanzzeit, Azrt im praktischen Jahr, Fortbildungsmaßnahmen und dergleichen.
- Bei Ableistung des Grundwehr- oder Zivildienstes (einschließlich des freiwilligen zusätzlichen Wehrdienstes) vor, während oder im Anschluss an die Berufsausbildung bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
- Unmittelbar bzw. nicht als Unterbrechung im vorstehenden Sinne ist ein Zeitraum von bis zu zwölf Monaten.
- 2.2.2 Mitversichert ist die gleichartige gesetzliche Haftpflicht ihrer unverheirateten, in häuslicher Gemeinschaft und nicht in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebenden Kinder (auch Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder) mit geistiger Behinderung.
- Für Schäden durch mitversicherte Kinder gilt: Der Versicherer wird sich nicht auf eine Deliktunfähigkeit von mitversicherten Kindern berufen, soweit dies der Versicherungsnehmer wünscht und ein anderer Versicherer (z.B. ein Sozialversicherungsträger, Kaskoversicherer) nicht leistungspflichtig ist. Ein Mitverschulden des Geschädigten wird angerechnet.
- Der Versicherer behält sich Rückgriffsansprüche wegen seiner Aufwendungen gegen schadenersatzpflichtige Dritte (z.B. wegen Aufsichtspflichtverletzung) vor, soweit sie nicht Versicherte dieses Vertrages sind.
- Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.

* Eingetragener Lebenspartner ist derjenige, der in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder einer vergleichbaren Partnerschaft nach dem Recht anderer Staaten lebt. Als eingetragene Lebenspartnerschaften gelten auch die Partnerschaften im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes vergleichbaren Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten.

2.3 Lebenspartner

Mitversichert ist – soweit ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen namentlich benannt – die gleichartige gesetzliche Haftpflicht als Privatperson des in nichtehelicher, häuslicher Lebensgemeinschaft mit dem Versicherungsnehmer lebenden Partners und dessen Kinder im Sinne von Ziffer 2.2, soweit der Versicherungsnehmer und der mitversicherte Partner beide unverheiratet sind.

2.3.1 Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind Haftpflichtansprüche

- des Versicherungsnehmers gegen mitversicherte Personen;
- mitversicherter Personen gegen den Versicherungsnehmer;
- mitversicherter Personen untereinander.

Mitversichert sind jedoch Regressansprüche aus übergegangenem Recht von Trägern der Sozialversicherung und Sozialhilfe, privaten Krankenversicherern, privaten und öffentlichen Arbeitgebern/Dienstherren wegen Personenschäden.

2.3.2 Die Mitversicherung erlischt in dem Zeitpunkt, in dem die häusliche Lebensgemeinschaft aufgelöst ist.

2.4 Mitversicherte Familienangehörige

Mitversichert ist die gleichartige gesetzliche Haftpflicht als Privatperson eines in häuslicher Gemeinschaft mit Ihnen lebenden alleinstehenden Familienangehörigen wie Mutter/Vater/Großmutter/Großvater/Enkel/Geschwister/Nichten oder Neffen oder volljährigen unverheirateten Kindern nach Abschluss der Ausbildung.

2.5 Pflegebedürftige Familienangehörige im Haushalt des Versicherungsnehmers

Mitversichert ist die gleichartige gesetzliche Haftpflicht als Privatperson von im Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden pflegebedürftigen Familienangehörigen, denen von der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens die Pflegestufe 1 zuerkannt wurde.

Als Familienangehörige gelten Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind/waren).

- 2.5.1 Die Mitversicherung beginnt mit der Eingliederung in den Haushalt des Versicherungsnehmers. Sie endet mit dem Wegfall der Pflegebedürftigkeit oder dem Ausscheiden aus dem Haushalt des Versicherungsnehmers.
- 2.5.2 Leistungen aus einer Privathaftpflichtversicherung der pflegebedürftigen Familienangehörigen gehen diesem Versicherungsschutz voraus.

2.6 Au-Pairs

Mitversichert ist die gleichartige gesetzliche Haftpflicht als Privatperson von Au-Pairs (einschließlich Schäden aus dieser Tätigkeit) gegenüber Dritten, die nicht mitversicherte Personen dieses Vertrages sind.

Voraussetzung für die Mitversicherung ist, dass die gesetzlich erforderlichen Genehmigungen für den Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland und die Tätigkeit als Au Pair von den zuständigen Behörden erteilt wurden.

- 2.6.1 Die Mitversicherung beginnt mit der Eingliederung in den Haushalt des Versicherungsnehmers. Sie endet mit dem Ausscheiden aus dem Haushalt des Versicherungsnehmers.
- 2.6.2 Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche aus Personenschäden, bei denen es sich um Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Betrieb des Versicherungsnehmers gemäß dem Sozialversicherungsgesetzbuch VII handelt.
- 2.6.3 Leistungen aus einer Privathaftpflichtversicherung der Au-Pairs gehen diesem Versicherungsschutz voraus.

2.7 Austauschschüler

Mitversichert ist die gleichartige gesetzliche Haftpflicht als Privatperson von Austauschschülern gegenüber Dritten, die nicht mitversicherte Personen dieses Vertrages sind.

Voraussetzung für die Mitversicherung ist, dass die erforderlichen behördlichen Genehmigungen für den Aufenthalt in der Bundesrepublik sowie die Teilnahme am Schulunterricht erteilt wurden (z.B. durch die aufnehmende Schule).

- 2.7.1 Die Mitversicherung beginnt mit der Eingliederung in den Haushalt des Versicherungsnehmers. Sie endet mit dem Ausscheiden aus dem Haushalt des Versicherungsnehmers.
- 2.7.2 Leistungen aus einer Privathaftpflichtversicherung der Austauschschüler gehen diesem Versicherungsschutz voraus.

2.8 Im Haushalt tätige Personen

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht der im Haushalt des Versicherungsnehmers beschäftigten Personen (z.B. Haushaltshilfen, Hausangestellte) gegenüber Dritten aus dieser Tätigkeit. Das Gleiche gilt für Personen, die aus Arbeitsvertrag oder Gefälligkeitshalber die in Ziffer 4.1 der Besonderen Bedingungen für die Privathaftpflichtversicherung bezeichneten Wohnungen, Häuser und Gärten betreten oder hierzu den Streudienst versehen.

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche aus Personenschäden, bei denen es sich um Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Betrieb des Versicherungsnehmers gemäß dem Sozialgesetzbuch (SGB VII) handelt.

2.9 Im Haushalt tätige Pflegepersonen

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht der im Haushalt des Versicherungsnehmers aufgrund Arbeitsvertrag, sozialen Engagements oder Gefälligkeitshalber tätigen Pflegepersonen, die mitversicherte pflegebedürftige Personen im Haushalt des Versicherungsnehmers versorgen, gegenüber Dritten, die nicht mitversicherte Personen dieses Vertrages sind, aus dieser Tätigkeit.

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche aus Personenschäden, bei denen es sich um Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Betrieb des Versicherungsnehmers gemäß dem Sozialversicherungsgesetzbuch VII handelt.

2.10 Sinngemäße Anwendung

Die für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen finden für die mitversicherten Personen sinngemäß Anwendung.

3. Familie, Haushalt und Sport

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht

- 3.1 als Familien- und Haushaltsvorstand, z.B. aus der Aufsichtspflicht über minderjährige Kinder;
- 3.2 aus der entgeltlichen oder unentgeltlichen Tätigkeit als Tagesmutter (Betreuung

- minderjähriger Kinder im Rahmen des eigenen Haushaltes, auch außerhalb der Wohnung, z. B. bei Spielen, Ausflügen usw.);
- 3.3 als Dienstherr der in seinem Haushalt tätigen Personen;
- 3.4 als Radfahrer;
- 3.5 aus der Ausübung von Sport, ausgenommen sind eine jagdliche Betätigung und die Teilnahme an Pferde-, Rad-, oder Kraftfahrzeugrennen sowie die Vorbereitung hierzu (Training).
- 4. Wohnungen, Immobilien, Räume, Bauherr**
- 4.1 Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht als Inhaber
- 4.1.1 einer oder mehrerer Wohnungen – einschließlich Ferienwohnung –.
- Bei Wohnungseigentum besteht Versicherungsschutz in der Eigenschaft als Sondereigentümer. Dabei ist mitversichert die gesetzliche Haftpflicht aus Ansprüchen der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer wegen Beschädigung des Gemeinschaftseigentums. Die Leistungspflicht erstreckt sich jedoch nicht auf den Miteigentumsanteil an dem gemeinschaftlichen Eigentum.
- 4.1.2 eines Wohnhauses, sofern sich in diesem nicht mehr als zwei abgeschlossene Wohnungen befinden,
- 4.1.3 eines Wochenend-/Ferienhauses, einschließlich der zu den Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3 zugehörigen Garagen und Gärten sowie Schrebergärten.
- 4.2 Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die genannten Objekte
- im Inland gelegen sind;
 - zumindest teilweise vom Versicherungsnehmer zu Wohnzwecken genutzt werden;
 - keinen Gewerbebetrieb des Versicherungsnehmers beinhalten.
- 4.3 Hierbei ist mitversichert die gesetzliche Haftpflicht
- aus der Verletzung von Pflichten, die dem Versicherungsnehmer als Inhaber obliegen (z. B. bauliche Instandhaltung, Beleuchtung, Reinigung, Streuen und Schneeräumen auf Gehwegen, auch soweit diese mietvertraglich übernommen wurden);
 - des Versicherungsnehmers aus dem Miteigentum an zu den versicherten Objekten nach den Ziffern 4.1.2 bis 4.1.3 gehörenden Gemeinschaftsanlagen, z. B. gemeinschaftliche Zugänge zur öffentlichen Straße, Wäschetrockenplatz, Garagenhöfe, Abstellplatz für Mülltonnen;
 - als Betreiber einer Photovoltaikanlage auf dem Dach eines versicherten Gebäudes nach den Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3 oder auf dem dazugehörigen Grundstück. Der Versicherungsschutz besteht – teilweise abweichend von Ziffer 1.1 – auch dann, wenn Strom gegen Entgelt ins öffentliche Netz eingespeist wird.
 - als Betreiber einer Solarthermieanlage auf dem Dach eines versicherten Gebäudes nach den Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3 oder auf dem dazugehörigen Grundstück. Der Versicherungsschutz besteht – teilweise abweichend von Ziffer 1.1 – auch dann, wenn Warmwasser gegen Entgelt an Mieter und sonstige Dritte in den aufgeführten Objekten abgegeben wird.
 - aus der Vermietung von
 - a) einzelnen Räumen in den Objekten nach den Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3;
 - b) einer Wohnung in einem Objekt nach der Ziffer 4.1.2;
 - c) einem Objekt nach der Ziffer 4.1.3;
 - d) Garagen zu den Objekten nach den Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3;
 - als Bauherr sowie aus der Ausführung von Bauarbeiten in Eigenleistung (Neubauten, Umbauten, Reparaturen, Abbruch-, Grabarbeiten) bis zu der im Versicherungsschein genannten veranschlagten Bausumme je Bauvorhaben. Übersteigt der Voranschlag diese Summe, so muss für das gesamte Vorhaben eine Bauherren-Haftpflichtversicherung abgeschlossen werden;
 - als früherer Besitzer aus § 836 Abs. 2 BGB, wenn die Versicherung bis zum Besitzwechsel bestand;
 - der Insolvenzverwalter in dieser Eigenschaft.
- 5. Mietsachschäden**
- 5.1 Eingeschlossen ist – abweichend von Ziffer 7.6 AHB – die gesetzliche Haftpflicht wegen Sachschäden und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden die entstehen an gemieteten Gebäuden, Wohnräumen und sonstigen zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden.
- 5.2 Ausgeschlossen sind
- 5.2.1 Haftpflichtansprüche wegen
- Abnutzung, Verschleiß und übermäßiger Beanspruchung;
 - Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden;
 - Glasschäden, soweit sich der Versicherungsnehmer hiergegen besonders versichern kann;
 - Schäden infolge Schimmelbildung.
- 5.2.2 die unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Versicherungsfällen fallenden Rückgriffsansprüche.
- 5.3 Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.
- 6. Tiere**
- Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht
- 6.1 als Halter oder Hüter von zahmen Haustieren, gezähmten Kleintieren und Bienen – nicht jedoch von Hunden, Rindern, Pferden, sonstigen Reit- und Zugtieren, wilden Tieren sowie von Tieren, die zu gewerblichen oder landwirtschaftlichen Zwecken gehalten werden. Abweichend davon ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht als Halter eines ausgebildeten Blindenführhundes mitversichert. Voraussetzung für die Mitversicherung ist, dass vom Versorgungsamt aufgrund einer Sehbehinderung ein gültiger Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen „Bl“ erteilt wurde.
- 6.2 als
- Reiter bei Benutzung fremder Pferde.
 - Fahrer bei der Benutzung fremder Fuhrwerke zu privaten Zwecken.
- Leistungen aus der Haftpflichtversicherung des Tierhalters gehen diesem Versicherungsschutz voraus.
- 6.3 aus dem Hüten fremder Hunde oder Pferde, soweit dies nicht gewerbsmäßig erfolgt.

- Leistungen aus der Haftpflichtversicherung des Tierhalters gehen diesem Versicherungsschutz voraus.
- Nicht versichert ist das Hüten von Hunden, die von mitversicherten Personen gehalten werden oder in deren Eigentum stehen.
- 6.5 Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sowie Fuhrwerkseigentümer, es sei denn, es handelt sich um Personenschäden.
- 7. Kraft-, Luft- und Wasserfahrzeuge**
- 7.1 Nicht versichert ist die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs oder Kraftfahrzeuganhängers wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.
- 7.2 Versichert ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht wegen Schäden, die verursacht werden durch den Gebrauch
- 7.2.1 von folgenden selbstfahrenden Landfahrzeugen sowie Anhängern, soweit hierfür keine Versicherungspflicht besteht:
- Kraftfahrzeugen und Anhängern ohne Rücksicht auf eine Höchstgeschwindigkeit, die nur auf nicht öffentlichen Wegen und Plätzen verkehren;
 - Kraftfahrzeugen bis 6 km/h bauartbedingte Höchstgeschwindigkeit;
 - selbstfahrenden Arbeitsmaschinen mit nicht mehr als 20 km/h bauartbedingte Höchstgeschwindigkeit;
 - ferngelenkte Modellfahrzeuge.
- 7.2.1.1 Für diese Fahrzeuge gelten nicht die Ausschlüsse in Ziffer 3.1.2 und in Ziffer 4.3.1 AHB.
- 7.2.1.2 Führen ohne vorgeschriebene behördliche Erlaubnis Das Fahrzeug darf nur von einem berechtigten Fahrer gebraucht werden. Berechtigter Fahrer ist, wer das Fahrzeug mit Wissen und Willen des Verfügungsberechtigten gebrauchen darf. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass das Fahrzeug nicht von einem unberechtigten Fahrer gebraucht wird. Der Fahrer des Fahrzeuges darf das Fahrzeug auf öffentlichen Wegen oder Plätzen nur mit der erforderlichen Fahrerlaubnis benutzen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass das Fahrzeug nicht von einem Fahrer benutzt wird, der nicht die erforderliche Fahrerlaubnis hat. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheiten, so gilt Ziffer 26 AHB (Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten).
- 7.2.2 von Flugmodellen, unbemannten Ballonen und Drachen,
- die weder durch Motoren oder Treibsätze angetrieben werden und
 - deren Fluggewicht 5 kg (einschl. Zubehör wie z. B. Leinen, Schnüre und Geschirr) nicht übersteigt und
 - für deren Nutzung des Luftraumes keine behördliche Erlaubnis erforderlich ist.
- Soweit im Versicherungsfall eine Leistung aus einer eigenständigen Luftfahrt-Halterhaftpflichtversicherung beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Dies gilt auch für den Fall, dass der Versicherungsschutz über eine Gruppenversicherung besteht.
- 7.2.3 von folgenden Wasserfahrzeugen:
- Wassersportfahrzeugen, ausgenommen eigene Segelboote und eigene oder fremde Wassersportfahrzeuge mit Motor (auch Hilfs- oder Außenbordmotoren) oder Treibsätzen (siehe jedoch Ziffer 8);
 - Windsurfbrettern;
 - ferngelenkte Modellfahrzeuge.
- 8. Gelegentlicher Gebrauch fremder Boote mit Motor**
- 8.1 Versichert ist – abweichend von Ziffer 7.2.3 – die gesetzliche Haftpflicht wegen Schäden, die verursacht werden durch den Gebrauch von fremden Booten mit Motor, (auch Segelboote mit Hilfsmotor) bis zu einer Motorstärke von 55 kW (75 PS), soweit dieser Gebrauch gelegentlich und jeweils nur vorübergehend bis zu höchstens 4 Wochen erfolgt.
- Der Versicherungsschutz besteht nur insoweit, als nicht die Haftpflichtversicherung des Halters des fremden Bootes verpflichtet ist, dem berechtigten Führer des Bootes Versicherungsschutz zu gewähren.
- 8.2 Nicht versichert ist der Gebrauch von Wasserfahrzeugen, die
- von mitversicherten Personen gehalten werden oder in deren Eigentum stehen;
 - für einen ununterbrochenen Zeitraum von mehr als 4 Wochen in Gewahrsam oder Besitz genommen werden.
- Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Führer des Fahrzeuges beim Eintritt des Versicherungsfalles
- nicht die vorgeschriebene behördliche Fahrerlaubnis hat;
 - das Fahrzeug unberechtigt geführt hat.
- Die Verpflichtung zur Leistung bleibt gegenüber dem Versicherungsnehmer bestehen, wenn dieser das Vorliegen der Fahrerlaubnis bei dem berechtigten Führer ohne Verschulden annehmen durfte oder wenn ein Unberechtigter das Fahrzeug geführt hat.
- 8.3 Führen ohne vorgeschriebene behördliche Erlaubnis
- Das Wassersportfahrzeug darf nur von einem berechtigten Führer gebraucht werden. Berechtigter Führer ist, wer das Wassersportfahrzeug mit Wissen und Willen des Verfügungsberechtigten gebrauchen darf. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass das Wassersportfahrzeug nicht von einem unberechtigten Führer gebraucht wird.
- Der Führer des Wassersportfahrzeugs darf das Wassersportfahrzeug nur mit der erforderlichen behördlichen Erlaubnis benutzen. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass das Wassersportfahrzeug nicht von einem Führer benutzt wird, der nicht die erforderliche behördliche Erlaubnis hat.
- Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheiten, so gilt Ziffer 26 AHB (Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten).
- 9. Versicherungsfälle bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt**
- 9.1 Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu einer Dauer von maximal 60 Monaten außerhalb Europa und unbegrenzter Dauer innerhalb Europa ist – abweichend von Ziffer 7.9 AHB – eingeschlossen die gesetzliche Haftpflicht aus im Ausland vorkommenden Versicherungsfällen.
- 9.2 Mitversichert ist – ergänzend zu Ziffer 3 – die gesetzliche Haftpflicht aus der vorübergehenden Benutzung oder Anmietung (nicht dem Eigentum) von im Ausland gelegenen Wohnungen und Häusern und aus dem Eigentum von im europäischen Ausland gelegenen Wohnungen und Häusern gemäß Ziffer 4.1 dieser Besonderen Bedingungen.

9.3 Die Leistungen des Versicherers erfolgen in Euro. Soweit der Zahlungsort außerhalb der Staaten, die der Europäischen Währungsunion angehören, liegt, gelten die Verpflichtungen des Versicherers mit dem Zeitpunkt erfüllt, in dem der Euro-Betrag bei einem in der Europäischen Währungsunion gelegenen Geldinstitut angewiesen ist.

10. Kautionsleistung bei Schäden im Ausland

Hat der Versicherungsnehmer im Ausland durch behördliche Anordnung eine Kautionsleistung zur Sicherstellung von Leistungen aufgrund seiner gesetzlichen Haftpflicht zu hinterlegen, stellt der Versicherer dem Versicherungsnehmer den erforderlichen Betrag bis zu der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme je Versicherungsfall und für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres bis zum Doppelten dieser Summe zur Verfügung.

Der Kautionsbetrag wird auf eine vom Versicherer zu leistende Schadenersatzzahlung angerechnet.

Ist die Kautionsleistung höher als der zu leistende Schadenersatz, so ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die Differenz zurückzuzahlen. Das Gleiche gilt, wenn die Kautionsleistung als Strafe, Geldbuße oder für die Durchsetzung nicht versicherter Schadenersatzforderungen einbehalten wird oder die Kautionsleistung verfallen ist.

Die Leistungen des Versicherers erfolgen in Euro. Soweit der Zahlungsort außerhalb der Staaten, die der Europäischen Währungsunion angehören, liegt, gelten die Verpflichtungen des Versicherers mit dem Zeitpunkt erfüllt, in dem der Euro-Betrag bei einem in der Europäischen Währungsunion gelegenen Geldinstitut angewiesen ist.

11. Waffen, Munition und Geschosse

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht aus dem erlaubten privaten Besitz und aus dem Gebrauch von Hieb-, Stoß- und Schusswaffen sowie Munition und Geschossen, nicht jedoch zu Jagdzwecken oder zu strafbaren Handlungen.

12. Gewässeränderungen

Versichert ist – wobei Vermögensschäden wie Sachschäden behandelt werden – die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers für unmittelbare oder mittelbare Folgen von Veränderungen der physikalischen, chemischen oder biologischen Beschaffenheit eines Gewässers einschließlich des Grundwassers (Gewässerschäden) mit Ausnahme der Haftpflicht als Inhaber von Anlagen zur Lagerung von gewässerschädlichen Stoffen und aus der Verwendung dieser gelagerten Stoffe (Versicherungsschutz hierfür wird ausschließlich durch besonderen Vertrag gewährt).

12.1 Versicherte Anlagen

- Abweichend von Ziffer 12. ist jedoch versichert die gesetzliche Haftpflicht als Inhaber von Anlagen zur Lagerung von gewässerschädlichen Stoffen in Behältnissen bis zu 60 Liter/Kilogramm Fassungsvermögen (Kleingebinde), sofern das Gesamtfassungsvermögen der vorhandenen Kleingebinde 1.000 Liter/Kilogramm nicht übersteigt, und aus der Verwendung dieser Stoffe.
- Werden diese Mengen überschritten, so entfällt die Mitversicherung. Ziffer 3.1.2 AHB (Erhöhung und Erweiterung des versicherten Risikos), Ziffer 3.1.3 und Ziffer 4 AHB (Vorsorgeversicherung) finden keine Anwendung.

12.2 Rettungskosten

Aufwendungen, auch erfolglose, die der Versicherungsnehmer im Versicherungsfall zur Abwendung oder Minderung des Schadens für geboten halten durfte (Rettungskosten), sowie außergerichtliche Gutachterkosten werden vom Versicherer insoweit übernommen, als sie zusammen mit der Entschädigungsleistung die Versicherungssumme für Sachschäden nicht übersteigen. Für Gerichts- und Anwaltskosten bleibt es bei der Regelung der AHB.

Auf Weisung des Versicherers aufgewendete Rettungs- und außergerichtliche Gutachterkosten sind auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der Entschädigung die Versicherungssumme für Sachschäden übersteigen. Eine Billigung des Versicherers von Maßnahmen des Versicherungsnehmers oder Dritter zur Abwendung oder Minderung des Schadens gilt nicht als Weisung des Versicherers.

12.3 Pflichtwidrigkeiten/Verstöße

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche gegen die Personen (Versicherungsnehmer oder jeden Mitversicherten), die den Schaden durch bewusstes Abweichen von dem Gewässerschutz dienenden Gesetzen, Verordnungen, an den Versicherungsnehmer gerichteten behördlichen Anordnungen oder Verfügungen herbeigeführt haben.

12.4 Gemeingefahren

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die nachweislich auf Kriegereignissen, anderen feindseligen Handlungen, Aufruhr, inneren Unruhen, Generalstreik, illegalem Streik oder unmittelbar auf Verfügungen oder Maßnahmen von hoher Hand beruhen. Das Gleiche gilt für Schäden durch höhere Gewalt, soweit sich elementare Naturkräfte ausgewirkt haben.

13. Verlust fremder privater und beruflicher Schlüssel

Eingeschlossen ist – in Ergänzung von Ziffer 2.2 AHB und abweichend von Ziffer 7.6 AHB – die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden Schlüsseln (auch Generalschlüssel bzw. Codekarten für eine Schließanlage), die sich rechtmäßig im Gewahrsam des Versicherungsnehmers befinden haben.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzlichen Haftpflichtansprüche wegen der Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie für vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (z. B. Not-schloss) und einen Objektschutz bis zu 14 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.

Bei Sondereigentümern sind versichert Haftpflichtansprüche der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer.

Die Leistungspflicht erstreckt sich jedoch nicht auf den Miteigentumsanteil an dem gemeinschaftlichen Eigentum.

13.1 Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche aus

- Folgeschäden eines Schlüsselverlustes (z. B. wegen Einbruchs);
- dem Abhandenkommen von Schlüsseln, die dem Versicherungsnehmer im Rahmen von Ausbildungs-, Arbeits- oder Dienstverhältnissen überlassen wurden;
- dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen.

13.2 Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.

14. Vermögensschäden

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht wegen Vermögensschäden im Sinne der Ziffer 2.1 AHB aus Versicherungsfällen, die während der Wirksamkeit der Versicherung eingetreten sind.

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche wegen Schäden

- durch vom Versicherungsnehmer (oder in seinem Auftrag oder für seine Rechnung von Dritten) hergestellte oder gelieferte Sachen, erbrachte Arbeiten oder sonstigen Leistungen entstehen;
- aus planender, beratender, bau- oder montageleitender, prüfender oder gutachterlicher Tätigkeit;
- aus Tätigkeiten im Zusammenhang mit Anlage-, Kredit-, Versicherungs-, Grundstücks-, Leasingoder ähnlichen wirtschaftlichen Geschäften, aus Zahlungsvorgängen aller Art, aus Kassenführung sowie aus Untreue und Unterschlagung;
- aus der Verletzung von Persönlichkeits- und Namensrechten, gewerblichen Schutz- und Urheberrechten sowie des Kartell- oder Wettbewerbsrechts;
- aus der Vergabe von Lizenzen und Patenten;
- aus der Nichteinhaltung von Fristen, Terminen, Vor- und Kostenanschlägen;
- aus Ratschlägen, Empfehlungen oder Weisungen an wirtschaftlich verbundene Unternehmen;
- aus Vermittlungsgeschäften aller Art
- aus Tätigkeiten im Zusammenhang mit
 - Rationalisierung und Automatisierung;
 - Datenerfassung, -speicherung, -sicherung, -wiederherstellung;
 - Auskunftserteilung, Übersetzung sowie Reiseveranstaltung;
- aus bewußtem Abweichen von gesetzlichen oder behördlichen Vorschriften, von Anweisungen oder Bedingungen des Auftraggebers oder aus sonstiger bewusster Pflichtverletzung;
- aus Abhandenkommen von Sachen, auch z. B. von Geld, Wertpapieren und Wertsachen sowie von Scheck- und Kreditkarten;
- aus Pflichtverletzungen, die mit der Tätigkeit als ehemalige oder gegenwärtige Mitglieder von Vorstand, Geschäftsführung, Aufsichtsrat, Beirat oder anderer vergleichbarer Leitungs- oder Aufsichtsgremien/Organe im Zusammenhang stehen.

Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.

15. Sachschäden – Gefälligkeithandlung

Für Sachschäden aus Anlass einer Gefälligkeithandlung gilt:

Der Versicherer wird sich nicht auf einen stillschweigenden Haftungsausschluss bei Gefälligkeithandlungen des Versicherungsnehmers oder mitversicherter Personen berufen, soweit dies der Versicherungsnehmer wünscht und ein anderer Versicherer (z. B. Kaskoversicherer) nicht leistungspflichtig ist.

Ein Mitverschulden des Geschädigten wird angerechnet.

Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.

16. Forderungsausfälle (Ausfalldeckung)

16.1 Versichertes Risiko

16.1.1 Versicherungsschutz besteht, – wenn dem Versicherungsnehmer – oder einer der mitversicherten Personen dieser Privathaftpflichtversicherung – als Privatperson

- ein Haftpflichtschaden zugefügt wird,
- und der Versicherungsnehmer – oder eine mitversicherte Person dieser Privathaftpflichtversicherung – einen Anspruch wegen eines Personen-, Sach- oder Vermögensschadens gegen den Schadenverursacher oder Schadenverantwortlichen (= Dritter) hat,
- und dem Versicherungsnehmer durch rechtskräftigen vollstreckbaren Titel ausgerichteter Anspruch auf Schadenersatz nicht vom Dritten bezahlt werden kann.

Mit dieser Forderungsausfalldeckung wird der Versicherungsnehmer so gestellt, als hätte der Dritte dieselbe Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen wie er selbst. Das bedeutet, der Versicherer prüft anhand der für den Versicherungsnehmer geltenden Allgemeinen Haftpflicht-Versicherungsbedingungen, der Besonderen Bedingungen für die Privathaftpflichtversicherung und der vereinbarten Klauseln, ob der Dritte für den Schadenfall Versicherungsschutz gehabt hätte.

Über den Umfang der Privathaftpflichtversicherung hinaus wird auch dann Versicherungsschutz geboten, wenn der Dritte dem Versicherungsnehmer aus seiner Eigenschaft als Tierhalter oder -hüter einen Schaden zufügt.

Insbesondere gilt:

16.1.2 Der Anspruch besteht aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts.

16.1.3 Das Schadenereignis, das zu dem Personen-, Sach- oder Vermögensschaden führt, muss während der Wirksamkeit der Forderungsausfalldeckung eintreten.

16.2 Voraussetzung für die Leistung

16.2.1 Der Versicherungsnehmer muss einen rechtskräftigen vollstreckbaren Titel vor einem deutschen Gericht gegen den Dritten erstritten haben.

Ein rechtskräftiger vollstreckbarer Titel im Sinne dieser Bedingungen ist ein Urteil, ein Vollstreckungsbescheid, ein gerichtlicher Vergleich oder ein notarielles Schuldanerkenntnis mit Unterwerfungsklausel, aus der hervorgeht, dass sich der Dritte persönlich der sofortigen Zwangsvollstreckung in sein gesamtes Vermögen unterwirft.

16.2.2 Der Versuch, aus dem Titel gegen den Dritten zu vollstrecken, muss gescheitert sein.

Das ist der Fall, wenn

- eine Zwangsvollstreckung nicht oder nicht zur vollen Bezahlung der Schadenersatzansprüche des Versicherungsnehmers geführt hat;
- eine selbst teilweise Bezahlung wegen nachgewiesener Umstände aussichtslos erscheint, z. B. weil der Dritte die eidesstattliche Versicherung abgegeben hat.

16.3 Höhe der Entschädigungsleistung

Der Versicherer bezahlt als Entschädigung den Betrag, der sich aus dem vollstreckbaren Titel als Schadenersatz ergibt, in der Höhe begrenzt durch die Versicherungssummen dieses Vertrages. Die Vereinbarungen von Selbsthalten

- im Rahmen der Privathaftpflichtversicherung für Schäden, die der Versicherungsnehmer Dritten zufügt, finden in der Forderungsausfalldeckung keine Anwendung.
- 16.4 Ihre Obliegenheiten**
- 16.4.1 Der Versicherungsnehmer muss einen Antrag auf Entschädigung stellen.
- 16.4.2 Der Versicherungsnehmer muss nachweisen, dass der Vollstreckungsversuch gescheitert ist.
Folgende Unterlagen sind dem Versicherer hierzu einzureichen:
- den rechtskräftigen vollstreckbaren Titel im Original und
 - das Vollstreckungsprotokoll eines Gerichtsvollziehers oder
 - Urkunden, aus denen sich ergibt, dass eine selbst teilweise Bezahlung aussichtslos erscheint.
- 16.4.3 Der Schadenersatzanspruch, den der Versicherungsnehmer gegen den Dritten hat, ist in Höhe der zu erbringenden Entschädigungsleistung an den Versicherer abzutreten. Diese Abtretung erfolgt unter der aufschiebenden Bedingung, dass der Versicherer die Leistung an den Versicherungsnehmer bezahlt. Dazu muss der Versicherungsnehmer eine schriftliche Abtretungserklärung unterzeichnen, die im Schadenfall durch den Versicherer vorbereitet wird.
- 16.4.4 Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer ausführliche und wahrheitsgemäße Berichte über den Schadenhergang geben. Er muss alle Tatumstände, welche für den Schadenfall wichtig sind, mitteilen und alle für die Beurteilung wichtigen Schriftstücke zusenden. Der Versicherer weist darauf hin, dass auch Schriftstücke angefordert werden können, die für die Beurteilung des Haftpflichtschadens erheblich sind.
- 16.5 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**
Die Beachtung der unter Ziffer 16.4 genannten Obliegenheiten ist für den Versicherungsschutz wichtig.
Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheiten, so gelten die Bestimmungen gemäß Ziffer 26 AHB. Danach kann der Versicherer bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen zur Kündigung berechtigt oder auch von unserer Leistungspflicht ganz oder teilweise befreit sein.
- 16.6 Ausschlüsse**
Der Versicherer leistet keine Entschädigung, wenn
- 16.6.1 der Dritte seinen ständigen Wohnsitz nicht in einem Mitgliedsland der Europäischen Union hat;
- 16.6.2 der Schaden durch Leistungen aus anderen Versicherungsverträgen, die der Versicherungsnehmer oder eine mitversicherte Person abgeschlossen hat ersetzt werden können. Reichen diese Beträge nicht aus, wird für den verbleibenden Restbetrag Versicherungsschutz über die Forderungsausfalldeckung gewährt;
- 16.6.3 für Ansprüche des Versicherungsnehmers – oder für die Ansprüche mitversicherter Personen – ein Sozialversicherungsträger oder ein Sozialhilfeträger leistungspflichtig ist.
- 17. Schäden aus dem Datenaustausch sowie der Internetnutzung**
- 17.1 Eingeschlossen ist – insoweit abweichend von Ziffer 7.15 und Ziffer 7.16 AHB – die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, z. B. im Internet, per E-Mail oder mittels Datenträger, soweit es sich handelt um
- 17.1.1 Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten (Datenveränderung) bei Dritten durch Computer-Viren und/oder andere Schadprogramme;
- 17.1.2 Datenveränderung aus sonstigen Gründen sowie der Nichterfassung und fehlerhaften Speicherung von Daten bei Dritten und zwar wegen
- sich daraus ergebender Personen- und Sachschäden, nicht jedoch weiterer Datenveränderungen sowie
 - der Kosten zur Wiederherstellung der veränderten Daten bzw. Erfassung/korrekturer Speicherung nicht oder fehlerhaft erfasster Daten;
- 17.1.3 Störung des Zugangs Dritter zum elektronischen Datenaustausch.
- Für Ziffer 17.1.1 bis 17.1.3 gilt:**
Dem Versicherungsnehmer obliegt es, dass seine auszutauschenden, zu übermittelnden, bereitgestellten Daten durch Sicherheitsmaßnahmen und/oder -techniken (z. B. Virens Scanner, Firewall) gesichert oder geprüft werden bzw. worden sind, die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Diese Maßnahmen können auch durch Dritte erfolgen.
Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit, so gilt Ziffer 26 AHB (Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten).
- 17.1.4 die Verletzung von Persönlichkeitsrechten – auch für immaterielle Ansprüche –, nicht jedoch von Urheberrechten;
- 17.1.5 der Verletzung von Namensrechten – auch für immaterielle Ansprüche.
- Für Ziffer 17.1.4 und 17.1.5 gilt:**
In Erweiterung von Ziffer 1.1 AHB ersetzt der Versicherer
- Gerichts- und Anwaltskosten eines Verfahrens, mit dem der Erlass einer einstweiligen Verfügung gegen den Versicherungsnehmer begehrt wird, auch wenn es sich um Ansprüche auf Unterlassung oder Widerruf handelt;
 - Gerichts- und Anwaltskosten einer Unterlassungs- oder Widerrufsklage gegen den Versicherungsnehmer.
- 17.2 Die Höchstersatzleistung je Schadenereignis ergibt sich aus dem Versicherungsschein und beträgt das Doppelte dieser Summe für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres.**
Höchstersatzleistung für Schäden im Sinne der Ziffer 17.1.5 innerhalb vorgenannter Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.
Mehrere während der Wirksamkeit der Versicherung eintretende Versicherungsfälle gelten als ein Versicherungsfall, der im Zeitpunkt des ersten dieser Versicherungsfälle eingetreten ist, wenn diese
- auf derselben Ursache,
 - auf gleichen Ursachen mit innerem, insbesondere sachlichem und zeitlichem Zusammenhang oder
 - auf dem Austausch, der Übermittlung und Bereitstellung elektronischer Daten mit gleichen Mängeln
- beruhen.
Ziffer 6.3 AHB gilt gestrichen.
- 17.3 Versicherungsschutz für im Ausland vorkommende Schadenereignisse
Versicherungsschutz besteht – insoweit abweichend von Ziffer 7.9 AHB – für Versicherungsfälle im Ausland.
Dies gilt jedoch nur, soweit die versicherten Haftpflichtansprüche, in europäischen Staaten und nach dem Recht europäischer Staaten* geltend gemacht werden.
- 17.4 Nicht versichert sind Ansprüche aus nachfolgend genannten Tätigkeiten und Leistungen:
- Software-Erstellung, -Handel, -Implementierung, -Pflege;
 - IT-Beratung, -Analyse, -Organisation, -Einweisung, -Schulung;
 - Netzwerkplanung, -installation, -integration, -betrieb, -wartung, -pflege;
 - Bereithaltung fremder Inhalte, z. B. Access-, Host-, Full-Service-Providing;
 - Betrieb von Datenbanken.
- 17.5 Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind Ansprüche
- 17.5.1 wegen Schäden, die dadurch entstehen, dass der Versicherungsnehmer bewusst
- unbefugt in fremde Datenverarbeitungssysteme/Datennetze eingreift (z. B. Hacker-Attacken, Denial of Service Attacks),
 - Software einsetzt, die geeignet ist, die Datenordnung zu zerstören oder zu verändern (z. B. Software-Viren, Trojanische Pferde);
- 17.5.2 die in engem Zusammenhang stehen mit
- massenhaft versandten, vom Empfänger ungewollten elektronisch übertragenen Informationen (z. B. Spamming),
 - Dateien (z. B. Cookies), mit denen widerrechtlich bestimmte Informationen über Internet-Nutzer gesammelt werden sollen;
- 17.5.3 gegen den Versicherungsnehmer oder jeden Mitversicherten, soweit diese den Schaden durch bewusstes Abweichen von gesetzlichen oder behördlichen Vorschriften (z. B. Teilnahme an rechtswidrigen Online-Tauschbörsen) oder durch sonstige bewusste Pflichtverletzungen herbeigeführt haben;
- 18. Schäden in USA und in Kanada**
Für in den USA, USA-Territorien** und in Kanada eingetretene Versicherungsfälle oder dort geltend gemachte Ansprüche gilt zusätzlich:
- 18.1 Ausgeschlossen sind Ansprüche auf Entschädigung mit Strafcharakter, insbesondere punitive oder exemplary damages.
- 18.2 Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden – abweichend von Ziffer 6.5 AHB – als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet.
Kosten sind:
Anwalts-, Sachverständigen-, Zeugen- und Gerichtskosten; Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung des Schadens bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles sowie Schadenermittlungskosten, auch Reisekosten, die dem Versicherer nicht selbst entstehen. Das gilt auch dann, wenn die Kosten auf Weisung des Versicherers entstanden sind.
- 19. Fortsetzung der Privathaftpflichtversicherung nach dem Tod des Versicherungsnehmers**
Für die mitversicherten Personen besteht der bedingungsgemäße Versicherungsschutz im Falle des Todes des Versicherungsnehmers bis zum nächsten Beitragsfälligkeitstermin fort. Wird die nächste Beitragsrechnung durch den überlebenden Ehegatten, den eingetragenen Lebenspartner oder den mitversicherten Lebenspartner eingelöst, so wird dieser Versicherungsnehmer.
- 20. Private Tierhalter-Haftpflichtversicherung**
Sofern im Versicherungsschein angeschrieben, ist für die darin namentlich benannte Person im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) und der nachstehenden Bestimmungen die gesetzliche Haftpflicht als Halter der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen aufgeführten Tiere und deren bis zu 6 Monate alten Jungtiere versichert. Wird dieser Zeitraum überschritten, gelten die Bestimmungen der Ziffer 3.1.2 AHB – Erhöhung und Erweiterung.
- 20.1 **Mitversicherte Personen**
Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht des Hüters, sofern er nicht gewerbmäßig tätig ist.
- 20.2 **Versicherungsfälle bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt**
Bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt bis zu maximal 60 Monaten ist – abweichend von Ziffer 7.9 AHB – eingeschlossen die gesetzliche Haftpflicht aus im Ausland vorkommenden Versicherungsfällen.
Die Leistungen des Versicherers erfolgen in Euro. Soweit der Zahlungsort außerhalb der Staaten, die der Europäischen Währungsunion angehören, liegt, gelten die Verpflichtungen des Versicherers mit dem Zeitpunkt erfüllt, in dem der Euro-Betrag bei einem in der Europäischen Währungsunion gelegenen Geldinstitut angewiesen ist.
- 20.3 **Mietsachschäden**
- 20.3.1 Eingeschlossen ist – abweichend von Ziffer 7.6 AHB – die gesetzliche Haftpflicht wegen Sachschäden und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden die entstehen an gemieteten Gebäuden, Wohnräumen und sonstigen zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden.
- 20.3.2 Ausgeschlossen sind
- 20.3.2.1 **Haftpflichtansprüche wegen**
- Abnutzung, Verschleiss und übermäßiger Beanspruchung;
 - Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden;
 - Glasschäden, soweit sich der Versicherungsnehmer hiergegen besonders versichern kann;
 - Schäden infolge von Schimmelbildung.
- * Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie die Staaten, deren Hoheitsgebiet zumindest teilweise geographisch dem europäischen Kontinent zugeordnet wird (z. B. Russland, Türkei).
- ** Außengebiete, die unter der Hoheitsgewalt der USA stehen. Hierunter fallen z. B. Puerto Rico, die Jungfer-Inseln und Guam.

20.3.2.2 die unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Versicherungsfällen fallenden Rückgriffsansprüche.

20.3.3 Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.

20.4 Vermögensschäden

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht wegen Vermögensschäden im Sinne der Ziffer 2.1 AHB aus Versicherungsfällen, die während der Wirksamkeit der Versicherung eingetreten sind.

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche wegen Schäden

- durch vom Versicherungsnehmer (oder in seinem Auftrage oder für seine Rechnung von Dritten) hergestellte oder gelieferte Sachen, erbrachte Arbeiten oder sonstigen Leistungen entstehen;
- aus planender, beratender, bau- oder montageleitender, prüfender oder gutachterlicher Tätigkeit;
- aus Tätigkeiten im Zusammenhang mit Anlage-, Kredit-, Versicherungs-, Grundstücks-, Leasing oder ähnlichen wirtschaftlichen Geschäften, aus Zahlungsvorgängen aller Art, aus Kassenführung sowie aus Untreue und Unterschlagung;
- aus der Verletzung von Persönlichkeits- und Namensrechten, gewerblichen Schutz- und Urheberrechten sowie des Kartell- oder Wettbewerbsrechts;
- aus der Vergabe von Lizenzen und Patenten;
- aus der Nichteinhaltung von Fristen, Terminen, Vor- und Kostenanschlägen;
- aus Ratschlägen, Empfehlungen oder Weisungen an wirtschaftlich verbundene Unternehmen;
- aus Vermittlungsgeschäften aller Art
- aus Tätigkeiten im Zusammenhang mit
 - Rationalisierung und Automatisierung;
 - Datenerfassung, -speicherung, -sicherung, -wiederherstellung;
 - Auskunftserteilung, Übersetzung sowie Reiseveranstaltung;
- aus bewusstem Abweichen von gesetzlichen oder behördlichen Vorschriften, von Anweisungen oder Bedingungen des Auftraggebers oder aus sonstiger bewusster Pflichtverletzung;
- aus Abhandenkommen von Sachen, auch z. B. von Geld, Wertpapieren und Wertsachen sowie von Scheck- und Kreditkarten;
- aus Pflichtverletzungen, die mit der Tätigkeit als ehemalige oder gegenwärtige Mitglieder von Vorstand, Geschäftsführung, Aufsichtsrat, Beirat oder anderer vergleichbarer Leitungs- oder Aufsichtsgremien/ Organe im Zusammenhang stehen.

Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.

Gelegentliches Hüten von fremden Hunden, sofern gefälligkeits-halber	●
Gelegentlicher Gebrauch fremder Boote mit Motor bis 55 KW/75 PS	●
Gebrauch von Kraftfahrzeugen bis 6 km/h (z. B. Krankenfahrstühle, Kinderfahrzeuge)	●
Gebrauch von Anhängern, soweit keine Versicherungspflicht besteht und sie nicht mit einem Kraftfahrzeug verbunden sind	●
Gebrauch von selbstfahrenden Arbeitsmaschinen bis 20 km/h (z. B. Aufsitzrasenmäher, Schneeräumgeräte)	●
Gebrauch von Kraftfahrzeugen und Anhängern ohne Versicherungspflicht auf nicht öffentlichen Wegen und Plätzen	●
Auslandsschäden innerhalb Europa	Aufenthaltsdauer unbegrenzt
Auslandsschäden außerhalb Europa	Aufenthaltsdauer bis 60 Monate
Kautions bei Schäden im Ausland	25.000 € *
WHG-Restrisiko und WHG-Anlagendeckung für Kleingebäude (Einzelbehälter bis 60 l) bis max. 1.000 l Gesamtfassungsvermögen. Der Versicherungsschutz erlischt, wenn die Mengengrenzung überschritten wird.	●
Schlüsselverlustrisiko (fremder privater und beruflicher Schlüssel)	30.000 € *
Vermögensschäden (zusätzlich zur vereinbarten Grundversicherungssumme)	1.000.000 €
Sachschäden aus Anlass einer Gefälligkeitshandlung	10.000 € *
Forderungsausfälle	●
Schäden durch Datenaustausch und Internetnutzung	1.000.000 € *
Höchstersatzleistung bei Namens- und Persönlichkeitsrechtsverletzungen	200.000 €

* Sublimit innerhalb der Grundversicherungssumme

Hinweis: Die Höchstersatzleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Zweifache der ausgewiesenen Summen.

§2 Subsidiärdeckung

Soweit für die genannten Personen andere private Haftpflichtversicherungen bestehen, wird Versicherungsschutz nur dann geboten, wenn und soweit der andere Versicherer nicht einzutreten hat.

Ergänzende Besondere Bedingungen

Einleitung

Für die Berufs- und Privathaftpflichtversicherung gelten – basierend auf den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AHB) und die Risikobeschreibungen und Besonderen Bedingungen zur Privat-Haftpflichtversicherung folgende Besondere Bedingungen:

§1 Deckungssummen

(Übersicht über das Deckungskonzept – optionale Erweiterungen)

Grundversicherungssummen

3.000.000 € für Personenschäden und 3.000.000 € für Sachschäden (bzw. analog den zum Haupt- bzw. Grundrisiko vereinbarten Versicherungssummen für Person- und Sachschäden)

Privat-Haftpflichtversicherung	
Ehrenamtliche Tätigkeiten	●
Übernahme von Schäden durch mitversicherte deliktunfähige Kinder	10.000 € *
Bei Mitversicherung des Lebenspartners: Mitversichert gelten Regressansprüche von Sozialversicherungsträgern bei der nicht-ehelichen, häuslichen Lebensgemeinschaft.	●
Die gleichartige gesetzliche Haftpflicht von pflegebedürftigen Familienangehörigen	●
Die gleichartige gesetzliche Haftpflicht von sonstigen Familienangehörigen	●
Die gleichartige gesetzliche Haftpflicht von Au-Pairs und Austauschschülern	●
Die gesetzliche Haftpflicht der im Haushalt tätigen Personen und des tätigen Pflegepersonals	●
Tätigkeit als Tagesmutter (entgeltlich und unentgeltlich)	●
Haus- und Grundbesitz für u. a. ein selbstbewohntes Wohnhaus mit nicht mehr als zwei abgeschlossenen Wohnungen	●
Photovoltaik- und Solarthermieanlagen, sofern sich die Anlagen auf dem eingeschlossenen Haus- und Grundbesitz befinden	●
Bauherren-Haftpflichtversicherung bis 100.000 € Bausumme je Bauvorhaben	●
Mietsachschäden	1.000.000 € *
Hundehalter-Haftpflichtversicherung für ausgebildete Blindenführhunde, wenn die versicherte Person einen Schwerbehindertenausweis BI besitzt	●

Unfallversicherung

Information zum Versicherer:

Den Versicherungsschutz für die Unfallversicherung gewährt die:

Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 München.
Sitz: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 7731

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 88 Fassung 2008)

§ 1 Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus dem Antrag und dem Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 1. ein Gelenk verrenkt wird oder
 2. Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I.
 1. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 2. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich der Versicherte aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Bei Terroranschlägen, die außerhalb der Territorien von Krieg führenden Parteien ausgeführt werden, beruft sich der Versicherer nicht auf diesen Ausschluss.

Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 4. Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
 5. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 6. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- II.
 1. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
 2. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
 3. Infektionen
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt 2. Satz 2 entsprechend.
 4. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
 - III.
 1. Bauch- oder Unterleibsbrüche
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag

fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

2. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.
- IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

- I. Nicht versicherbar sind Personen, die auf Dauer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen.
Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in die Pflegestufe II (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 14.06.1996) eingestuft sind.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- III. Der für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird erstattet.

§ 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers oder seines Vertreters bis zum Vertragsabschluss

- I.
 1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefährdungsstände anzuzeigen, nach denen der Versicherer den Versicherungsnehmer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.
Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor der Vertragsannahme durch den Versicherer, Fragen im Sinne von Satz 1 stellt.
Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
 2. Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
 3. Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss der Versicherungsnehmer sich so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- II.
 1. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats in Schriftform gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend machen.
Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, erlangt.
 2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat;
 - b) der Versicherungsnehmer im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
 3. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.
Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- III.
 1. Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt.
Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht erlangt hat.
 2. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- IV. Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Schriftform kündigen.

- V.
- Der Versicherer muss die nach den Ziffern II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt hat. Dabei sind die Umstände anzugeben auf die sich die Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben.
 - Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.
 - Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern II. bis IV. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- VI.
- Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- VII.
- Die Rechte des Versicherers nach den Ziffern II. bis IV. erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss.
- Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt hat.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/Vertragliche Gestaltungsrechte

- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 5 I. zahlt.
 - Der Vertrag kann beendet werden durch Kündigung in Schriftform eines der Vertragspartner.
 - zum Ablauf der vereinbarten Dauer. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;
 - zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als drei Jahren vereinbart wurde. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des dritten oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein;
 - wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist.

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

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
 - Der Versicherungsschutz für die versicherte Person tritt außer Kraft, sobald der Versicherte 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 dem Versicherer die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

- Die Beiträge enthalten die jeweilige Versicherungssteuer und die vereinbarten Nebenkosten.
- Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes.
- Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.
- Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.
- Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
 - Ist die Einziehung des Beitrages von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.
 - Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrags gelten die Bestimmungen der §§ 37 und 38 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag.
 - Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerrufsfrist von 2 Wochen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
 - Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrages eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungs-

nehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.

- Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag noch nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
 - Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug – es sei denn, er hat die verspätete Zahlung nicht zu vertreten.
- Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind.
- Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er in der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 5 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.
- Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät.
- Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
 - Der Versicherer ist bei Verzug berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
 - Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer III. 5 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.

Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer III. 5. Absatz. 2 hinzuweisen.
 - Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
 - Im Fall des § 4 IV. (militärische Einsätze) wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung des Versicherten ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist die geltende Berufsgroupeinteilung des Versicherers (Erläuterungen zu Einteilungskriterien: siehe Antragsunterlagen).
- Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten ist daher dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
 - Ergeben sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 - Errechnen sich dagegen bei unverändertem Beitrag höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 - Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer die Versicherung zu den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt.
 - Bietet der Versicherer für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Änderung kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

§ 7 Die Leistungsarten

Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

- Invaliditätsleistung**
 - Ist die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität), so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

 - Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
 - Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	70 Prozent
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
einer Hand	55 Prozent
eines Daumens	20 Prozent
eines Zeigefingers	10 Prozent
eines anderen Fingers	5 Prozent
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 Prozent
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent

eines Fußes	40 Prozent
einer großen Zehe	5 Prozent
einer anderen Zehe	2 Prozent
eines Auges	50 Prozent
des Gehörs auf einem Ohr	30 Prozent
des Geruchs	10 Prozent
des Geschmacks	5 Prozent.

- b) Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes nach a) angenommen.
- c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach 2. ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht angenommen.
3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach 2. zu bemessen.
4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
5. Stirbt der Versicherte 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 nach 1. entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsleistung

Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50% und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht. Zur Geltendmachung wird auf § 9 V. verwiesen.

III. Tagegeld

1. Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
2. Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

1. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
2. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld

1. Für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die der Versicherte Unfall-Krankenhaus-Tagegeld bezogen hat, erhält er ein Genesungsgeld in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt 4 Wochen je Unfallereignis.
2. Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
3. Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI. Todesfall-Leistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

§ 8 Einschränkung der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt.

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und unverzüglich an den Versicherer zurück zu senden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- IV. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- V. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.
- VI. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine nach Eintritt des Unfalls zu erfüllende Obliegenheit nach § 9 oder eine in den vereinbarten Besonderen Bedingungen genannte Obliegenheit vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Verletzt der Versicherungsnehmer eine der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, so ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer

- bei Invalidität bis zu 1% der versicherten Summe,
 - bei Übergangsleistung bis zu 1% der versicherten Summe,
 - bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
 - bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.
- Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

- III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.

- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers vor Ablauf der Frist ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5% jährlich zu verzinsen.

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle zu richten.
- II. Hat der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung des Versicherers, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.

- III. Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer II. entsprechend Anwendung.

§ 14 Verjährung

- I. Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- II. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 15 Gerichtsstände

- I. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- II. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnergesellschaft ist.

- III. Sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
- IV. Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Zusatz-Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1 Versicherungen ohne Namensangabe

1. Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
2. Die zu versichernden Personen sind vom Versicherungsnehmer so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.
3. Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
4. Aufgrund der gemachten Angaben errechnet der Versicherer den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt. Der Versicherungsnehmer erhält hierüber eine Beitragsabrechnung.
5. Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

§ 2 Versicherungen mit Namensangabe

1. Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
2. Nicht versicherte Personen können jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang der Anmeldung beim Versicherer.
3. Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst mit der Vereinbarung über Versicherungssummen und Beitrag versichert.
4. Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnt der Versicherer ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe der Erklärung.
5. Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns die Anzeige zugeht.

§ 3 Vertragsdauer (Zusatz zu § 4 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen)

1. Die Vertragspartner können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung beenden, wenn der Versicherer nach einem Unfall eine Leistung an den Versicherungsnehmer erbracht hat oder gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagrücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.
2. Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.
3. Der Versicherer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Begrenzung der Versicherungssummen

1. Fluggastrisiko

1. Versicherungsschutz für das Fluggastrisiko (vgl. hierzu § 2 I (4) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) wird je versicherte Person nach den vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen gewährt:

€	1.000.000,-	für den Todesfall
€	2.000.000,-	für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität)
€	250,-	für Tagegeld
€	250,-	für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld
€	10.000,-	für Heilkosten
€	50.000,-	für Übergangsleistung

- 1.2 Benutzen mehrere durch diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Beträge von

€	10.000.000,-	für den Todesfall
€	20.000.000,-	für Invalidität (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität)
€	2.500,-	für Tagegeld
€	2.500,-	für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld
€	100.000,-	für Heilkosten
€	500.000,-	für Übergangsleistung

so gelten diese Beträge als Höchstversicherungssummen für die Personen und die Versicherungssummen jeder Person verringern sich im entsprechenden Verhältnis.

Bei allen anderen Unfällen gilt:

Werden mehrere versicherte Personen vom selben Unfallereignis betroffen, so ist die Höchstleistung des Versicherers für alle Versicherten zusammen begrenzt auf 10.000.000,-€.

Erweiterungen der AUB 88 Fassung 2008

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Vergiftungen durch Gase und Dämpfe

§ 1 III der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt ergänzt:

Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen von Gasen und Dämpfen mehrere Stunden lang unfreiwillig ausgesetzt war.

Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerbekrankheiten.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 1 III der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen bietet der Versicherer auch Versicherungsschutz für

- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie
- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

Besondere Bedingungen für Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder Medikamente

Abweichend von § 2 I (1) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder verordnete Medikamente verursacht waren.

Die unmittelbaren Schäden durch den Herzinfarkt, Schlaganfall oder verordnete Medikamente selbst sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Besondere Bedingungen für Unfälle durch epileptische Anfälle

Abweichend von § 2 I (1) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen besteht Versicherungsschutz für Unfälle wenn diese durch einen epileptischen Anfall verursacht waren.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen

Abweichend von § 2 I (1) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt bei Eintritt des Unfalles unter 1,5‰ liegt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Unfällen bei inneren Unruhen/ gewalttätigen Auseinandersetzungen

§ 2 I (3) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert:

Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen sind mitversichert, wenn die versicherte Person an den Gewalttaten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung (BB Kriegsrisiko 92)

1. In Abänderung des § 2 I (3) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle, die dem Versicherten durch Kriegereignisse zustoßen, ohne dass er zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (Passives Kriegsrisiko). Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.
2. Von dem Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:
 - Unfälle, wenn sich der Versicherte nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Kriegsgebiet begibt;
 - Unfälle, wenn sich der Versicherte wegen seiner Berufsausübung (z. B. Journalist, Kameramann) in Erwartung eines eventuellen Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
 - Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
 - Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland, USA),
 - Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.
3. Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen gilt jedoch maximal für die Dauer von 14 Tagen nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Unfällen bei Beteiligung an lizenzfreien Motorsportveranstaltungen

Ergänzend zu § 2 I (5) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird vereinbart:

Unfälle bei der aktiven Teilnahme an genehmigten Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sind mitversichert, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist (z. B. bei einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoorkart-Anlage). Diese Erweiterung gilt nur innerhalb Europas und nur für Personen die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Unfälle mit Strahlen

In Ergänzung von § 2 II (1) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-

Bedingungen (AUB) besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen Versicherungsschutz, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt. Der Ausschluss von § 2 I (6) AUB (Kernenergie) wird davon nicht berührt und gilt unverändert.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen durch Zeckenbiss

Ergänzend zu § 2 II (3) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz für die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Infektionskrankheiten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose.

Versicherungsfall ist die erstmalige Infizierung mit dem Erreger dieser Infektionskrankheiten. Abweichend von § 9 AUB ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

Abweichend von § 4 I. der AUB beginnt der Versicherungsschutz für diese Infektionen nach einer Wartezeit von einem Monat nach dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn-/Änderungszeitpunkt. Für Versicherungsfälle vor Ablauf der Wartezeit besteht keine Leistungspflicht.

Voraussetzung für eine Leistung ist, dass der Nachweis über das Vorliegen der Infektionskrankheiten durch einen objektiven am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung der Laborbefunde erbracht wird.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen bei geringfügigen Hautverletzungen

In Abweichung von § 2 II (3) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen sind auch Infektionen eingeschlossen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, in den Körper gelangt sind. Ausgeschlossen von dieser Erweiterung bleibt die Erkrankung an Influenza und AIDS.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe

§ 2 II (4) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert:

Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe sind mitversichert, sofern es sich nicht um Nahrungsmittel handelt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von § 2 II (4) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen versichert.

Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Alkohol. Dies gilt jedoch nicht für Kinder, die zum Unfallzeitpunkt das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Psychische Reaktionen

Ergänzend zu § 2 IV der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und insoweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder auf eine Epilepsie, die durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurde, zurückzuführen sind.

Besondere Bedingungen zur Geltendmachung der Invalidität

Abweichend von § 7 I (1) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen muss die Invalidität

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und
- spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 6 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer, oder der versicherten Person geltend gemacht werden.

Besondere Bedingungen für die verbesserte Invaliditätsleistung

§ 7 I (2) a) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und soweit vereinbart, Ziffer 1 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente der Invaliditätsleistung werden wie folgt geändert:

Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	80%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	70%
einer Hand	70%
eines Daumens	28%
eines Zeigefingers	20%
anderer Finger	15%
(bei Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand werden max. 70% ersetzt)	
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80%
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
eines Beines bis unterhalb des Knies	60%
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	55%
eines Fußes	50%
einer großen Zehe	15%
einer anderen Zehe	8%
eines Auges	50%
sofern das andere Auge vor Eintritt des Unfalles bereits verloren war	70%
des Gehörs auf einem Ohr	30%
sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bereits vor Eintritt des Unfalles verloren war	45%
des Geruchssinns	20%
des Geschmackssinns	15%

einer Niere bei Erhaltung der anderen Niere	20%
der Milz	10%
des Sprechvermögens	100%

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

Zahlung der Invaliditätsleistung bei Diagnosestellung

In teilweiser Abweichung von § 7 I der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen bezahlt der Versicherer die Invaliditätsleistung in folgenden Fällen bereits nach der Stellung der Diagnose in Höhe des genannten Invaliditätsgrades:

Diagnose	Anteil am Wert der vereinbarten Gliedertaxe
Komplette Kreuzbandruptur	1/10 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Fersenbeinfraktur	2/10 des Wertes für den Fuß
Sprunggelenksfraktur	1/20 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Komplette Schienbeinfraktur	1/7 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Kniescheibenfraktur	1/7 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Oberschenkelhalsfraktur	1/7 des Wertes für das Bein über der Mitte des Oberschenkels
Verschobene Radiusfraktur oder Radiusköpfchenfraktur	1/10 des Wertes für den Arm
Oberarmkopffraktur	1/7 des Wertes für den Arm
Kompressionsfraktur eines Wirbelkörpers	10% aus der vereinbarten Grund-Versicherungssumme für Invalidität

Das Recht des Versicherten einen höheren Invaliditätsgrad durch ein ärztliches Gutachten nachzuweisen, wird durch diese Bedingung nicht eingeschränkt.

Besondere Bedingungen für die verbesserte Übergangsleistung

§ 7 II der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt ergänzt:

Ist die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen seit Eintritt des Unfalles beeinträchtigt und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so zahlt der Versicherer

- nach 3 Monaten und 100% Beeinträchtigung 50% der vereinbarten Versicherungssumme und
- nach 6 Monaten und mindestens 50% Beeinträchtigung 100% der vereinbarten Versicherungssumme abzüglich der nach a) geleisteten Zahlung.

Die Übergangsleistung ist von dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person spätestens 1 Monat nach Ablauf der in a) bzw. b) genannten Frist unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

Besondere Bedingungen für Krankenhaustagegeld bei einer Heilbehandlung in gemischten Instituten mit Heilbehandlung und Rehabilitation

Ergänzend zu § 7 IV der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird vereinbart:

Erfolgt die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, so entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch zumindest dann nicht

- wenn es sich um eine Notfallweisung handelt oder
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist.

Besondere Bedingungen für Krankenhaustage- und Genesungsgeld bei ambulanten Operationen

Abweichend von § 7 IV der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leistet der Versicherer das vereinbarte Krankenhaustage- und Genesungsgeld auch nach folgenden Bedingungen:

- Voraussetzung für die Leistung:**
Die versicherte Person wird aufgrund eines Unfalles unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie, die zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt, operiert.
- Höhe der Leistung**
 - Das vereinbarte Krankenhaustage- und Genesungsgeld wird für mindestens 3 Tage gezahlt.
 - Der Versicherer leistet auch dann, wenn die unfallbedingte Operation nach Ziffer 1. ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

Besondere Bedingungen für verlängertes Krankenhaus-Tagegeld

Ergänzend zu § 7 IV 1 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen wird das Krankenhaus-Tagegeld für unfallbedingte vollstationäre Krankenhausaufenthalte innerhalb von 5 Jahren – vom Unfalltag an gerechnet – gezahlt, maximal jedoch für alle aufgrund des Unfalles erforderlichen vollstationären Krankenhausaufenthalte zusammen bis zu einer Dauer von zwei Jahren.

Besondere Bedingungen für den Einschluss des kombinierten Rooming-In-Geldes und Schulausfallgeldes

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) leistet der Versicherer nach folgenden Bedingungen ein

Rooming-In-Geld.

1. **Voraussetzungen für die Leistung:**
Das versicherte Kind
 - hat bei Eintritt des Unfalles das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet
 - befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung
 und
 - ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-In).

Diese Voraussetzungen müssen vom Versicherungsnehmer durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden.

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

2. **Höhe und Dauer der Leistung:**
Das Rooming-In-Geld zahlt der Versicherer längstens für 1 Jahr – vom Unfalltag an gerechnet – in Höhe von 40,00 € Versicherungssumme für jede Übernachtung des Erziehungsberechtigten im Krankenhaus. Dabei wird § 8 der AUB berücksichtigt.

Schulausfallgeld

1. **Voraussetzungen für die Leistung:**
Das versicherte Kind
 - hat bei Eintritt des Unfalles das 7. Lebensjahr vollendet
 - kann wegen des Unfalles länger als 6 Wochen nicht am Unterricht einer allgemeinbildenden Schule oder gleichgestellten Einrichtung teilnehmen, wobei mehrere Schulausfälle desselben Unfalles wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet werden.
 Diese Voraussetzungen müssen vom Versicherungsnehmer durch ein ärztliches Attest und einer Bescheinigung der Schule nachgewiesen werden. Ferien oder vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall.
2. **Höhe und Dauer der Leistung:**
Das Schulausfallgeld zahlt der Versicherer ab der 7. Schulausfallwoche für jeden Schulausfalltag – längstens für 1 Jahr, vom Unfalltag an gerechnet – in Höhe von 40,00 € (Tagessatz). Dabei wird § 8 der AUB berücksichtigt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Raubüberfall oder Geiselnahme

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leistet der Versicherer, wenn die versicherte Person auch ohne körperliche Verletzungen Opfer eines Raubüberfalles oder einer Geiselnahme geworden ist.

1. **Voraussetzung für die Leistung**
Der Raubüberfall oder die Geiselnahme wurden bei der Polizei als strafbare Handlungen angezeigt und sind dort protokolliert.
2. **Höhe der Leistung**
Die Leistung erfolgt in Höhe von 3.000,00 €.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfeleistung bei Schwerverletzungen

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leistet der Versicherer Ersatz bei Schwerverletzungen nach folgenden Bedingungen:

Der Versicherer zahlt nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung bei folgenden schweren Verletzungen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens des ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung nach zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- schwere Mehrfachverletzungen/Polytrauma
- Fraktur an zwei längeren Röhrenknochen verschiedener Körperregionen (z. B. Bein- und Armbruch) oder
- gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: Fraktur eines langen Röhrenknochens, Fraktur des Beckens, Fraktur der Wirbelsäule, gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalles. Der Nachweis, dass eine schwere Verletzung vorliegt, ist vom Versicherungsnehmer mittels eines ärztlichen Berichtes zu führen. Der Anspruch auf die Leistung erlischt, wenn diese nicht innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, geltend gemacht wird. Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer mehrere Unfallversicherungen, so kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Höhe der Leistung
Die Leistung erfolgt in Höhe von 5.000,00 €.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Reha-Beihilfe in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) zahlt der Versicherer eine Reha-Beihilfe nach folgenden Bedingungen:

1. **Voraussetzungen für die Leistung:**
 - 1.1 Die versicherte Person hat
 - nach einem unter die Versicherung fallenden entschädigungspflichtigen Unfall nach § 1 der AUB
 - 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 eine medizinisch notwendige stationäre Reha-Maßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

- 1.2 Als Reha-Maßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
2. **Höhe der Leistung:**
Die Reha-Beihilfe wird in Höhe von 3.000,00 € einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird § 8 der AUB berücksichtigt.
Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer mehrere Unfallversicherungen, so kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leistet der Versicherer für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen nach folgenden Bedingungen:

1. **Voraussetzungen für die Leistung:**
 - 1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
 - 1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
 - 1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
2. **Art und Höhe der Leistung:**
Der Versicherer leistet insgesamt bis zu 10.000,00 € Ersatz für nachgewiesene
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.
 Der Versicherer leistet auch Ersatz für nachgewiesene Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.
Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer mehrere Unfallversicherungen, so kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen leistet der Versicherer Ersatz für Bergungskosten nach folgenden Bedingungen:

1. **Art der Leistung:**
 - 1.1 Der Versicherer ersetzt nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzt der Versicherer auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
 - 1.2 Der Versicherer ersetzt die Kosten für den medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.
 - 1.3 Der Versicherer ersetzt den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
 - 1.4 Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzt der Versicherer die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
2. **Höhe der Leistung:**
Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 25.000,00 € begrenzt. Soweit im Schadenfall ein Dritter (z. B. Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit der Versicherungsnehmer aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beanspruchen kann, steht es ihm frei, welchem Versicherer er den Schadenfall meldet. Meldet er den Schaden, bei der Generali Versicherung AG wird diese im Rahmen dieser Bedingungen in Vorleistung treten.
Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht bestreitet, kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person sich unmittelbar an den Versicherer wenden. In diesem Fall sind etwaige Ansprüche gegen andere Ersatzpflichtige an den Versicherer abzutreten.
Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Abweichend von § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen unterbleibt die Minderung des Invaliditätsgrades oder der Leistung, wenn der Mitwirkungsanteil durch Krankheiten oder Gebrechen weniger als 45 % beträgt.

Besondere Bedingungen für die Familienvorsorge in der Unfallversicherung

Der Versicherer bietet, entsprechend der nachfolgenden Regelung, ohne dass ein zusätzlicher Beitrag berechnet wird, eine Familienvorsorge:

1. **Art der Leistung:**
Für die Dauer von 15 Monaten besteht während der Wirksamkeit des Vertrages Versicherungsschutz für die hinzukommenden Angehörigen, der versicherten Person nämlich
 - den Ehepartner ab dem Zeitpunkt der standesamtlichen Eheschließung bzw. den eingetragenen Lebenspartner ab dem Zeitpunkt der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft,
 - die leiblichen Kinder ab Vollendung der Geburt.
 Versicherungsschutz besteht im Rahmen dieser Familienvorsorge ausschließlich für die Invaliditätsleistung und – sofern für die versicherte Person und/oder den anderen Elternteil diese Leistungsarten vereinbart sind – für die Todesfallleistung und das Krankenhaus-Tagegeld.

2. Höhe der Leistung:

Die Versicherungssummen betragen für den Invaliditäts- und Todesfall sowie für das Krankenhaus-Tagegeld

- für den Ehepartner 50% der Versicherungssumme der versicherten Person, höchstens jeweils 25.000 € für Invalidität (Grundsomme) bzw. Tod und höchstens 20 € für Krankenhaus-Tagegeld,
- für die leiblichen Kinder 50% der Versicherungssumme der versicherten Person und der Versicherungssumme des mitversicherten anderen Elternteils, sofern die Mitversicherung dieses Elternteils nicht auf dieser Familienvorsorge beruht, höchstens 25.000 € für Invalidität (Grundsomme) und 5.000 € für Tod und 20 € für Krankenhaustagegeld.

Besondere Bedingungen zur Begründung des Leistungsanspruches

§ 11 I der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert:
Der Versicherer erstattet die zur Begründung des Leistungsanspruches entstehenden ärztlichen Gebühren in voller Höhe.

Besondere Bedingungen für Chemiker, Desinfektoren und Angehörige von Heilberufen

I. Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

Für versicherte Personen, die

- als Chemiker oder Desinfektoren tätig sind,
- eine berufliche Tätigkeit als Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Zahntechniker/Zahntechnikerin, Heilpraktiker/Heilpraktikerin, Hebamme, Entbindungspfleger, Tierarzt/Tierärztin ausüben,
- in der Krankenpflege (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenschwester, Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin) beschäftigt sind,
- Studenten/Studentinnen der Medizin, der Zahn-Heilkunde und der Tierheilkunde sind,

besteht abweichend von § 2 II (3) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) folgender Versicherungsschutz:

1. Voraussetzungen für die Leistung:

1.1 Die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer im Vertrag genannten beruflichen Tätigkeit infiziert.

1.2 Aus

- der Krankengeschichte,
- dem Befund oder
- der Natur der Erkrankung

geht hervor, dass die Krankheitserreger auf eine der in Ziffer 1.3 bestimmten Art in den Körper gelangt sind.

1.3 Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder
- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diptherie und Tuberkulose.

1.4 Für versicherte Personen, die als Chemiker oder Desinfektoren tätig sind: Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Schädigungen, die als Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.

2. Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall:

Abweichend von § 7 I.1. AUB besteht auch dann noch Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die infektionsbedingte Invalidität nach diesen Besonderen Bedingungen

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten und

- innerhalb dieses Zeitraums von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von weiteren drei Monaten bei uns geltend gemacht worden ist.

II. Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgen und Laserstrahlen in die Unfallversicherung

Für versicherte Personen, die

- eine berufliche Tätigkeit als Arzt/Ärztin, Zahnarzt/Zahnärztin, Zahntechniker/Zahntechnikerin, Heilpraktiker/Heilpraktikerin, Hebamme, Entbindungspfleger, Tierarzt/Tierärztin ausüben,
- in der Krankenpflege (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenschwester, Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin) beschäftigt sind,
- Studenten/Studentinnen der Medizin, der Zahnheilkunde und der Tierheilkunde sind, besteht abweichend von § 2 II (1) der AUB folgender Versicherungsschutz:
Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

Besondere Bedingungen für erhöhte Leistungen bei gleichzeitigem Bestehen einer Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung

Erleidet die versicherte Person als Lenker oder Insasse eines bei der Generali Versicherung AG haftpflichtversicherten PKW einen Unfall, so erhöhen sich eventuelle Leistungen aus der Unfallversicherung um 25%.

Dies gilt nur für die Leistungsarten:

- Invalidität
- Unfallrente
- Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld

- Tagegeld
 - Übergangsleistung
 - Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen
 - Unfalltod
- soweit diese tatsächlich vereinbart sind.

Versehensklausel

In Ergänzung zu § 10 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt folgendes:

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Abgabe einer Anzeige oder unterlässt er die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, so wird der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung nicht frei, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweist, dass das Versäumte nur auf einem Versehen beruht und nach seinem/ihrem Erkennen unverzüglich nachgeholt worden ist.

Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so muss diese rückwirkend auf den Zeitpunkt bezahlt werden, an dem dieser Umstand eingetreten ist.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %-Modell – Sofern vereinbart –

Ergänzend zu § 7 I der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Tabelle zugrunde gelegt:

Invaliditätsgrad in % / Leistung in % von der Invaliditätsgrundsomme

1 bis 25 / 1 bis 25	44 / 63	63 / 114	82 / 171
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

Besondere Unfallversicherungsbedingungen für Freiwillige

Einleitung

Für die Gruppenunfallversicherung gelten nach den vorgenannt ergänzenden Bedingungen folgende Besondere Bedingungen:

§ 1 Deckungsumfang

Versichert sind weltweit berufliche und außerberufliche Unfälle (24-Stunden Deckung)

Versicherungssummen der Unfallversicherung

AW-U1

Versicherungssummen

Kapitalzahlung bei Unfalltod	15.500 €
Kapitalzahlung bei 100% Unfallinvalidität	115.200 €
Invaliditätsgrundsomme	51.200 €
Progression in Prozent	225
Bergungskosten	25.000 €
Kosmetische Operationen	10.000 €
Einschluss des passiven Kriegsrisikos	enthalten

AW-U2

Versicherungssummen

Kapitalzahlung bei Unfalltod	15.500 €
Kapitalzahlung bei 100% Unfallinvalidität	230.400 €
Invaliditätsgrundsomme	102.400 €
Progression in Prozent	225
Bergungskosten	25.000 €
Kosmetische Operationen	10.000 €
Einschluss des passiven Kriegsrisikos	enthalten
Einschluss der Invalidität in Folge von Tropen und Infektionserkrankungen	enthalten

AW-U3

Versicherungssummen

Kapitalzahlung bei Unfalltod	15.500 €
Kapitalzahlung bei 100% Unfallinvalidität	450.000 €
Invaliditätsgrundsumme	200.000 €
Progression in Prozent	225
Bergungskosten	25.000 €
Kosmetische Operationen	10.000 €
Einschluss des passiven Kriegsrisikos	enthalten

AW-U4

Versicherungssummen

Kapitalzahlung bei Unfalltod	15.500 €
Kapitalzahlung bei 100% Unfallinvalidität	450.000 €
Invaliditätssumme	200.000 €
Progression in Prozent	225
Bergungskosten	25.000 €
Kosmetische Operationen	10.000 €
Einschluss des passiven Kriegsrisikos	enthalten
Einschluss der Invalidität in Folge von Tropen und Infektionserkrankungen	enthalten

§2 Infektions- und Tropenklausel – falls vereinbart

Zu §2 II.(3) AUB

In Erweiterung der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen erstreckt sich der Versicherungsschutz für den Invaliditätsfall auch auf die Folgen von Infektions- und Tropenkrankheiten.

Es sind jedoch von der Versicherung ausgeschlossen:

- die Krankheiten, Krankheitszustände und deren Folgen, mit denen der Versicherte bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Versicherung behaftet war.
- diejenigen Krankheiten, welche entweder in den ersten 8 Tagen nach dem Beginn oder dem wieder in Kraft treten der Versicherung oder aber nach deren Beendigung auftreten, es sei denn, dass der Versicherte beweist, dass er sich die Krankheit während der Versicherungsdauer zugezogen hat.

Die Infektions- und Tropenklausel ist nicht grundsätzlich mitversichert. Der Einschluss der Infektions- und Tropenklausel ist je versicherte Person gegen zusätzliche Prämie bei Anmeldung möglich.

§3 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos (BB Kriegsrisiko 92)

In Abänderung des §2 I (3) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle, die dem Versicherten durch Kriegsereignisse zustoßen, ohne daß er zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (passives Kriegsrisiko).

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge im ursächlichen Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.

Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:

- Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen).
- Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Rußland, USA).
- Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

Der Versicherungsschutz nach diesen Bedingungen kann durch den Versicherer mit einer Frist von sieben Tagen gekündigt werden.

Hierfür ist ein Bevollmächtigter mit Wohnsitz in einem Staat der Europäischen Gemeinschaft zu benennen, dem gegenüber diese Kündigung rechtswirksam erfolgen kann. Gilt nicht für Länder mit besonders hohem Kriegsrisiko, welche vom Versicherer festgelegt sind.

Reisegepäckversicherung

Kundeninformation

zur Reisegepäckversicherung

Informationen zum Versicherer

Versicherer ist die

DKV Deutsche Krankenversicherung AG
Victoriaplatz/Fischerstraße 2
40198 Düsseldorf Deutschland

Sitz: Köln
Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 570

Die Namen der Personen, die für unsere Gesellschaft vertretungsberechtigt sind, finden Sie in der so genannten „Vorstandsliste“ in Ihrem Angebot.

Die Hauptgeschäftstätigkeit des Unternehmens ist im In- und Ausland der unmittelbare Betrieb aller Arten der Schaden- und Unfallversicherung mit Ausnahme der Kreditversicherung.

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

Informationen zum Vertrag

Die Versicherung bietet individuellen Schutz für Ihr Gepäck auf Reisen. Es gelten die Allgemeinen Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck (AVB Reisegepäck 2004 in der Fassung Januar 2008). Nähere Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers finden Sie in den AVB Reisegepäck 2004 in der Fassung Januar 2008.

Angaben zum Gesamtpreis der Versicherung (Beitrag) einschließlich der gesetzlichen Versicherungssteuer und zur Zahlungsweise finden Sie in Ihrem Angebot. Weitere Einzelheiten zur Beitragszahlung können Sie der Ziffer 7 der AVB Reisegepäck 2004 in der Fassung Januar 2008 entnehmen. Sollten sich – z. B. risikobedingt – Abweichungen hier von ergeben, werden wir Sie hierüber mit der Übersendung des Versicherungsscheines gesondert informieren. Sie können dann dem Versicherungsabschluss widersprechen. Über dieses Widerspruchsrecht belehren wir Sie dann gesondert.

Der Versicherungsvertrag kommt mit Ihrer Annahme unseres Angebotes zustande. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Angebot angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 7 der AVB Reisegepäck 2004 in der Fassung Januar 2008 zahlen. An unser Angebot halten wir uns einen Monat gebunden.

Sie können Ihrer Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Versicherungsbedingungen sowie diese Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) und die Widerrufsbelehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Die Einzelheiten der Ausübung und die Rechtsfolgen des Widerrufs können Sie dem Angebot entnehmen. Ein Widerrufsrecht besteht jedoch nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als 30 Tage beträgt.

Angaben zur Laufzeit können Sie Ziffer 8 der AVB Reisegepäck 2004 in der Fassung Januar 2008 sowie unserem Angebot entnehmen.

Angaben zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen finden Sie in den Ziffer 8 und 20 der AVB Reisegepäck 2004 in der Fassung Januar 2008.

Maßgebend für die Vertragsanbahnung und den Vertrag ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland (Ziffer 22 der AVB Reisegepäck 2004 in der Fassung Januar 2008). Welches Gericht für Klagen aus dem Versicherungsvertrag zuständig ist, ist in Ziffer 21 der AVB Reisegepäck 2004 in der Fassung Januar 2008 geregelt.

Die Vertragsbedingungen werden ebenso wie diese Kundeninformation in deutscher Sprache mitgeteilt. Die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt ebenfalls in deutscher Sprache.

Informationen zu außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Fragen oder Beschwerden können Sie an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn richten.

Allgemeine Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck in der Fassung Januar 2008 (AVB Reisegepäck 2004/2008)

1 Versicherte Sachen und Personen

- 1.1 Versichert ist das gesamte Reisegepäck, der im Versicherungsschein aufgeführten Personen (Versicherte) während Reisen, die im Auftrag des Versicherungsnehmers zu dessen Geschäftszweck unternommen werden. Nicht versichert sind Fahrten vom Wohnort der Versicherten zu ihrer ständigen Arbeitsstelle. Reisen, die die Versicherten aus privaten Gründen unternehmen, sind nicht versichert. Eigentum des Versicherungsnehmers, das auf geschäftlichen Reisen mitgeführt wird, ist nur dann Gegenstand des Versicherungsvertrages, wenn dies ausdrücklich im Versicherungsschein vermerkt und eine Versicherungssumme hierfür vereinbart ist.
- 1.2 Als Reisegepäck gelten sämtliche Sachen des persönlichen privaten Reisebedarfs, die während einer Reise mitgeführt, am Körper oder in der Kleidung getragen oder durch ein übliches Transportmittel befördert werden. Als Reisegepäck gelten auch Geschenke und Reiseandenken, die auf Reisen erworben werden.
- 1.3 Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall, Foto-, Filmapparate, Laptops, Organizer, Taschencomputer und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör sind – unbeschadet der Entschädigungsgrenze in Ziffer 4.1 – nur versichert, solange sie

- 1.3.1 bestimmungsgemäß getragen bzw. benutzt werden;
- 1.3.2 in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden;
- 1.3.3 einem Beherbergungsbetrieb zur Aufbewahrung übergeben sind (Hotelresor);
- 1.3.4 sich in einem ordnungsgemäß verschlossenen Raum eines Gebäudes befinden; Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall jedoch nur, solange sie außerdem in einem verschlossenen Behältnis untergebracht sind, das erhöhte Sicherheit auch gegen die Wegnahme des Behältnisses selbst bietet.

Pelze, Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör sind auch dann versichert, wenn sie in ordnungsgemäß verschlossenen, nicht einsehbaren Behältnissen einem Beförderungsunternehmen oder einer Gepäckaufbewahrung übergeben sind.

- 1.4 Nicht versichert sind tragbare Auto- und Mobiltelefone, Bargeld und auf Geldkarten geladene Beträge, Wertpapiere, Fahrkarten, Urkunden und Dokumente aller Art, Pläne, Prototypen, Gegenstände mit überwiegendem Kunst- oder Liebhaberwert, Sehhilfen, Prothesen jeder Art, Sportgeräte (z. B. Golf- und Tauchausrüstung, Ski, etc.) inklusive Zubehör, sowie Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge jeweils mit Zubehör, einschließlich Fahrräder, Hängeleiter und Segelsurfergeräte. Ausweispapiere (Ziffer 12.1.4) sind jedoch versichert.

2 Versicherte Gefahren und Schäden

Versicherungsschutz besteht

- 2.1 wenn versicherte Sachen abhanden kommen, zerstört oder beschädigt werden, während sich das Reisegepäck im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens, Beherbergungsbetriebs, Gepäckträgers oder einer Gepäckaufbewahrung befindet;
- 2.2 während der übrigen Reisezeit für die in Ziffer 2.1 genannten Schäden durch
 - 2.2.1 Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung, Mute- oder Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung);
 - 2.2.2 Verlieren – hierzu zählen nicht Liegen-, Stehen- oder Hängen lassen – bis zur Entschädigungsgrenze in Ziffer 4.2;
 - 2.2.3 Transportmittelunfall oder Unfall eines Versicherten;
 - 2.2.4 bestimmungswidrig einwirkendes Wasser, einschließlich Regen und Schnee;
 - 2.2.5 Sturm, Brand, Blitzschlag oder Explosion;
 - 2.2.6 höhere Gewalt.
- 2.3 wenn Reisegepäck nicht fristgerecht ausgeliefert wird (den Bestimmungsort nicht am selben Tag wie der Versicherte erreicht).

Ersetzt werden die nachgewiesenen Aufwendungen für Ersatzkäufe bis zu 10 Prozent der Versicherungssumme, höchstens 400,00 €.

3 Ausschlüsse

- 3.1 Ausgeschlossen sind die Gefahren
 - 3.1.1 des Krieges, Bürgerkrieges, kriegsähnlicher Ereignisse oder innerer Unruhen;
 - 3.1.2 aus der Verwendung von chemischen, biologischen, biochemischen Substanzen oder elektromagnetischen Wellen als Waffen, und zwar ohne Rücksicht auf sonstige mitwirkende Ursachen;
 - 3.1.3 der Kernenergie* oder sonstiger ionisierender Strahlung;
 - 3.1.4 der Beschlagnahme, Entziehung oder sonstiger Eingriffe von hoher Hand.
- 3.2 Der Versicherer leistet keinen Ersatz für Schäden, die
 - 3.2.1 verursacht werden durch die natürliche oder mangelhafte Beschaffenheit der versicherten Sachen, Abnutzung, Verschleiß, mangelhafte Verpackung oder mangelhaften Verschluss von Gepäckstücken.
 - 3.2.2 während des Zeltens oder Campings innerhalb des hierfür benutzten Geländes eintreten, es sei denn, dass hierüber eine besondere Vereinbarung besteht.

4 Begrenzt ersatzpflichtige Schäden

- 4.1 Schäden an Pelzen, Schmucksachen und Gegenständen aus Edelmetall, Foto-, Filmapparaten, Laptops, Organizer, Taschencomputer und tragbaren Videosystemen jeweils mit Zubehör (vgl. Ziffer 1.3), werden je Versicherungsfall insgesamt mit höchstens 50 Prozent der Versicherungssumme ersetzt. Die Ziffern 10.4 und 10.5 sowie die Klausel 15 bleiben hiervon unberührt.
- 4.2 Schäden durch Verlieren (Ziffer 2.2.2) oder an Geschenken und Reiseandenken, die auf der Reise erworben wurden (vgl. Ziffer 1.2), werden jeweils insgesamt mit bis zu 10 Prozent der Versicherungssumme, maximal mit 400,00 € je Versicherungsfall ersetzt.

5 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

- 5.1 Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt.

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

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dieser arglistig verschwiegen.

- 5.2 Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

* Der Ersatz von Schäden durch Kernenergie richtet sich in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Atomgesetz. Die Betreiber von Kernanlagen sind zur Deckungsvorsorge verpflichtet und schließen hierfür Haftpflichtversicherungen ab.

- Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
- Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.
- Dem Versicherer steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 5.3** Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.
- Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- 5.4** Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.
- 5.5** Der Versicherer muss die ihm nach Ziffern 5.2 bis 5.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.
- Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern 5.2 bis 5.4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.
- Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern 5.2 bis 5.4 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- 5.6** Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 6 Gefahrerhöhung**
- 6.1** Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn nach Abgabe der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers die tatsächlich vorhandenen Umstände so verändert werden, dass der Eintritt des Versicherungsfalls oder eine Vergrößerung des Schadens oder die ungerechtfertigte Inanspruchnahme des Versicherers wahrscheinlicher wären.
- Eine Gefahrerhöhung kann insbesondere – aber nicht nur – vorliegen, wenn sich ein gefahrerheblicher Umstand ändert nach dem der Versicherer vor Vertragsschluss gefragt hat.
- Eine Gefahrerhöhung nach Ziffer 6.1 Absatz 1 liegt nicht vor, wenn sich die Gefahr nur unerheblich erhöht hat oder nach den Umständen als mitversichert gelten soll.
- 6.2** Nach Abgabe seiner Vertragserklärung darf der Versicherungsnehmer ohne vorherige Zustimmung des Versicherers keine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- Erkennt der Versicherungsnehmer nachträglich, dass er ohne vorherige Zustimmung des Versicherers eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder gestattet hat, so muss er diese dem Versicherer unverzüglich anzeigen.
- Eine Gefahrerhöhung, die nach Abgabe seiner Vertragserklärung unabhängig von seinem Willen eintritt, muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich anzeigen, nachdem er von ihr Kenntnis erlangt hat.
- 6.3** Verletzt der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung nach Ziffer 6.2, kann der Versicherer den Vertrag fristlos kündigen, wenn der Versicherungsnehmer seine Verpflichtung vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt hat. Beruht die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherer kann nicht kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.
- Wird dem Versicherer eine Gefahrerhöhung in den Fällen nach Ziffer 6.2 Absatz 2 und 3 bekannt, kann er den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- 6.4** Statt der Kündigung kann der Versicherer ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen seinen Geschäftsgrundsätzen entsprechenden erhöhten Beitrag verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr ausschließen.
- Erhöht sich in diesem Fall der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Absicherung der höheren Gefahr aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In der Mitteilung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf dieses Kündigungsrecht hinzuweisen.
- 6.5** Die Rechte des Versicherers zur Kündigung oder Vertragsanpassung nach Ziffern 6.3 und 6.4 erlöschen, wenn diese nicht innerhalb eines Monats ab Kenntnis des Versicherers von der Gefahrerhöhung ausgeübt werden oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Gefahrerhöhung bestanden hat.
- 6.6** Tritt nach einer Gefahrerhöhung der Versicherungsfall ein, so hat der Versicherungsnehmer keinen Versicherungsschutz, wenn er seine Pflichten nach Ziffer 6.2 Absatz 1 vorsätzlich verletzt hat. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Pflichten grob fahrlässig, so ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Schuldens des Versicherungsnehmers entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer zu beweisen.
- 6.7** Bei einer Gefahrerhöhung nach Ziffer 6.2 Absatz 2 und 3 hat der Versicherungsnehmer bei vorsätzlicher Verletzung der Pflichten keinen Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugegangen sein müssen. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Pflichten grob fahrlässig, so gelten Ziffer 6.6 Satz 2 und 3 entsprechend. Der Versicherungsnehmer hat in diesen Fällen gleichwohl Versicherungsschutz, wenn dem Versicherer die Gefahrerhöhung zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt bekannt war.
- 6.8** Der Versicherungsschutz bleibt ferner bestehen,
- 6.8.1** soweit der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war oder
- 6.8.2** wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt war.
- 7 Beitrag**
- 7.1** Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.
- 7.2** Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
- Ist die Zahlung des Beitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des Jahresbeitrags.
- 7.2.1** Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 7.2.2** Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 7.3** Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 7.3.1** Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
- Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, der Zinsen und Kosten im Einzelnen bezieht und die Rechtsfolgen angibt, die nach Ziffer 7.3.2 mit dem Fristablauf verbunden sind.
- 7.3.2** Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der in Ziffer 7.3.1 bestimmten Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 7.3.1 darauf hingewiesen wurde.
- Der Versicherer kann den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 7.3.1 darauf hingewiesen hat.
- Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 7.4** Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.
- 7.4.1** Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.
- 7.4.2** Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.
- 7.5** Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist.
- Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
- 7.6** Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- 8 Dauer und Ende des Vertrages**
- 8.1** Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 8.2** Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
- 8.3** Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 9 Dauer der Versicherung, Geltungsbereich**
- 9.1** Innerhalb der vereinbarten Laufzeit des Vertrages beginnt der Versicherungsschutz mit dem Zeitpunkt, an dem zum Zwecke des unverzüglichen Antritts der Reise versicherte Sachen aus der ständigen Wohnung des Versicherten entfernt werden, und endet, sobald die versicherten Sachen dort wieder eintreffen. Wird bei Reisen im Kraftfahrzeug das Reisegepäck nicht unverzüglich nach der Ankunft vor der ständigen Wohnung entladen, so endet der Versicherungsschutz bereits mit dieser Ankunft.

- 9.2 Bei Versicherungsverträgen von weniger als einjähriger Dauer verlängert sich der Versicherungsschutz über die vereinbarte Laufzeit hinaus bis zum Ende der Reise, wenn sich diese aus vom Versicherten nicht zu vertretenden Gründen verzögert und der Versicherte nicht in der Lage ist, eine Verlängerung zu beantragen.
- 9.3 Die Versicherung gilt für den im Versicherungsschein vereinbarten Geltungsbereich.
- 9.4 Fahrten, Gänge und Aufenthalte innerhalb des ständigen Wohnorts des Versicherten gelten nicht als Reisen.
- ## 10 Versicherungsschutz in Kraftfahrzeugen und Wassersportfahrzeugen
- 10.1 Versicherungsschutz gegen Diebstahl oder Einbruchdiebstahl aus unbeaufsichtigten Kraftfahrzeugen oder Anhängern besteht nur, soweit sich das Reisegepäck in einem fest umschlossenen und durch Verschluss gesicherten Innen- oder Kofferraum befindet.
- 10.2 Der Versicherer haftet im Rahmen der Versicherungssumme in voller Höhe nur, wenn nachweislich
- 10.2.1 der Schaden tagsüber zwischen 6.00 und 22.00 Uhr eingetreten ist;
- 10.2.2 das Kraftfahrzeug oder der Anhänger in einer abgeschlossenen Garage – Parkhäuser oder Tiefgaragen, die zur allgemeinen Benutzung stehen, genügen nicht – abgestellt war;
- 10.2.3 der Schaden während einer Fahrtunterbrechung von nicht länger als zwei Stunden eingetreten ist.
- 10.3 Kann der Versicherungsnehmer keine der unter Ziffer 10.2 genannten Voraussetzungen nachweisen, ist die Entschädigung je Versicherungsfall auf 250,00 € begrenzt.
- 10.4 In unbeaufsichtigten Kraftfahrzeugen oder Anhängern sind Pelze, Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall, Foto-, Filmapparaten, Laptops, Organizer, Taschencomputer und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör nicht versichert.
- 10.5 Im unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeug besteht Versicherungsschutz gegen Diebstahl, Einbruchdiebstahl sowie Mut- und Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung) nur, solange sich die Sachen in einem fest umschlossenen und durch Sicherheitsschloss gesicherten Innenraum (Kajüte, Backkiste o.ä.) des Wassersportfahrzeuges befinden. Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall sowie Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör, sind im unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeug nicht versichert.
- 10.6 Als Beaufsichtigung gilt nur die ständige Anwesenheit eines Versicherten oder einer von ihm beauftragten Vertrauensperson beim zu sichernden Objekt, nicht jedoch z. B. die Bewachung eines zur allgemeinen Benutzung offen stehenden Platzes o.ä.
- 10.7 Hinsichtlich der Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung vorgenannter Bestimmungen wird auf Ziffer 16 verwiesen.
- ## 11 Versicherungswert, Versicherungssumme
- 11.1 Die Versicherungssumme soll dem Versicherungswert des gesamten versicherten Reisegepäcks gemäß Ziffer 1 entsprechen. Auf der Reise erworbene Geschenke und Reiseandenken bleiben unberücksichtigt.
- 11.2 Als Versicherungswert gilt derjenige Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte am ständigen Wohnort des Versicherten anzuschaffen, abzüglich eines dem Zustand der versicherten Sachen (Alter, Abnutzung, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages (Zeitwert).
- ## 12 Entschädigung, Unterversicherung
- 12.1 Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer
- 12.1.1 für zerstörte oder abhanden gekommene Sachen ihren Versicherungswert zur Zeit des Schadeneintritts;
- 12.1.2 für beschädigte reparaturfähige Sachen die notwendigen Reparaturkosten und gegebenenfalls eine bleibende Wertminderung, höchstens jedoch den Versicherungswert;
- 12.1.3 für Filme, Bild-, Ton- und Datenträger nur den Materialwert;
- 12.1.4 für die Wiederbeschaffung von Personal-Ausweisen, Reisepässen, Kraftfahrzeug-Papieren und sonstigen Ausweispapieren die amtlichen Gebühren.
- 12.2 Vermögensfolgeschäden werden nicht ersetzt.
- 12.3 Ist die Versicherungssumme gemäß Ziffer 11 bei Eintritt des Versicherungsfalles niedriger als der Versicherungswert (Unterversicherung), so haftet der Versicherer nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zum Versicherungswert.
- ## 13 Überversicherung
- 13.1 Übersteigt die Versicherungssumme den Wert der versicherten Sachen erheblich, so kann sowohl der Versicherer als auch der Versicherungsnehmer verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung die Versicherungssumme mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird.
- 13.2 Von diesem Zeitpunkt an ist für die Höhe des Beitrags der Betrag maßgebend, den der Versicherer berechnet haben würde, wenn der Vertrag von vornherein mit dem neuen Inhalt geschlossen worden wäre.
- 13.3 Hat der Versicherungsnehmer eine Überversicherung in der Absicht geschlossen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig. Dem Versicherer steht der Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt. Etwaige Schadensersatzansprüche des Versicherers bleiben unberührt.
- ## 14 Mehrfachversicherung
- 14.1 Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn ein Interesse gegen dieselbe Gefahr in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist und entweder die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen oder aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherungen zu zahlen wäre, den Gesamtschaden übersteigt.
- 14.2 Wenn die Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.
- Er kann auch verlangen, dass die Versicherungssumme auf den Betrag herabgesetzt wird, der durch die früher geschlossene Versicherung nicht gedeckt ist; in diesem Fall ist der Beitrag entsprechend zu mindern.
- 14.3 Das Recht auf Aufhebung oder Herabsetzung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht innerhalb eines Monats geltend macht, nachdem er von der Mehrfachversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung oder Herabsetzung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Erklärung, mit der sie verlangt wird, dem Versicherer zugeht.
- 14.4 Hat der Versicherungsnehmer eine Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig. Der Versicherer hat Anspruch auf den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt, in dem er von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt.
- ## 15 Obliegenheiten
- 15.1 Der Versicherungsnehmer oder Versicherte hat
- 15.1.1 jeden Schadenfall unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
- 15.1.2 Schäden nach Möglichkeit abzuwenden und zu mindern, insbesondere Ersatzansprüche gegen Dritte (z. B. Bahn, Post, Reederei, Fluggesellschaft, Gastwirt) form- und fristgerecht geltend zu machen oder auf andere Weise sicherzustellen und Weisungen des Versicherers zu beachten (vgl. Ziffer 18);
- 15.1.3 alles zu tun, was zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sein kann. Er hat alle Belege, die den Entschädigungsanspruch nach Grund und Höhe beweisen, einzureichen, soweit ihre Beschaffung ihm billigerweise zugemutet werden kann, und auf Verlangen die gemäß Ziffer 1 versicherten Sachen vorzulegen.
- 15.2 Schäden, die im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens (einschließlich Schäden durch nicht fristgerechte Auslieferung gem. Ziffer 2.3) oder Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, müssen diesen unverzüglich gemeldet werden. Dem Versicherer ist hierüber eine Bescheinigung einzureichen. Bei äußerlich nicht erkennbaren Schäden ist das Beförderungsunternehmen unverzüglich nach der Entdeckung aufzufordern, den Schaden zu besichtigen und zu bescheinigen. Hierbei sind die jeweiligen Reklamationsfristen zu berücksichtigen.
- 15.3 Schäden durch strafbare Handlungen (z. B. Diebstahl, Raub, vorsätzliche Sachbeschädigung) sind außerdem unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle unter Einreichung einer Liste aller in Verlust geratenen Sachen anzuzeigen. Der Versicherte hat sich dies polizeilich bescheinigen zu lassen. Bei Schäden durch Verlieren (Ziffer 2.2.2) hat der Versicherte Nachforschungen beim Findbüro anzustellen.
- 15.4 Hinsichtlich der Rechtsfolgen bei Nichtbeachtung vorgenannter Bestimmungen wird auf Ziffer 16 verwiesen.
- ## 16 Rechtsfolgen bei Verletzungen von Obliegenheiten
- 16.1 Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte.
- 16.2 Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
- 16.3 Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- 16.4 Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm nach Ziffer 16.1 zustehendes Kündigungsrecht ausübt.
- ## 17 Besondere Verwirklichungsgründe
- 17.1 Der Versicherer ist von der Entschädigungspflicht auch dann frei,
- 17.1.1 wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
- bei grober Fahrlässigkeit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- 17.1.2 wenn er aus Anlass des Versicherungsfalles in arglistiger Absicht versucht hat, den Versicherer zu täuschen.
- ## 18 Zahlung der Entschädigung
- 18.1 Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Jedoch kann ein Monat nach Anzeige des Schadens als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.
- 18.2 Die Entschädigung ist seit Anzeige des Schadens mit 1 Prozent unter dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank zu verzinsen, mindestens jedoch mit 4 Prozent und höchstens mit 6 Prozent pro Jahr. Die Verzinsung entfällt, soweit die Entschädigung innerhalb eines Monats seit Anzeige des Schadens gezahlt wird. Zinsen werden erst fällig, wenn die Entschädigung fällig ist.
- 18.3 Die Entstehung des Anspruchs auf Abschlagszahlung und der Beginn der Verzinsung verschieben sich um den Zeitraum, um den die Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde oder der Höhe nach durch Verschulden des Versicherungsnehmers verzögert wurde.
- 18.4 Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafgerichtliches Verfahren gegen den Versicherten eingeleitet worden, so kann der Versicherer bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Zahlung aufschieben.
- ## 19 Übergang von Ersatzansprüchen
- 19.1 Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

- 19.2 Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- 19.3 Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Ziffer 19.1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

20 Kündigung

- 20.1 Erhöht sich der Beitrag aufgrund einer Anpassungsregelung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.

Das gleiche gilt, wenn der Umfang des Versicherungsschutzes aufgrund einer Anpassungsregelung vermindert wird, ohne dass der Beitrag herabgesetzt wird. Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

- 20.2 Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls können Versicherer und Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zugehen. Die Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang wirksam. Der Versicherungsnehmer kann bestimmen, dass seine Kündigung sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, jedoch spätestens zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

21 Gerichtsstand

- 21.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- 21.2 Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers.
- 21.3 Verlegt der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder Liechtensteins, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

22 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Klauseln zu den AVB Reisegepäck 2004/2008

Klausel 1 – Domizil-Schutz -> stets mitversichert*

Abweichend von Ziffer 9.4 der AVB Reisegepäck sind bei Jahresverträgen auch Gänge, Fahrten und damit verbundene Aufenthalte innerhalb des ständigen Wohnorts des Versicherten mitversichert. Ziffer 9.1 der AVB Reisegepäck gilt entsprechend.

Klausel 2 – Erweiterter Domizil-Schutz

entfallen

Klausel 3 – Urlaubs-Deckung

Bei Jahresverträgen erhöht sich die vereinbarte Versicherungssumme für Urlaubsreisen von mindestens vier Tagen Dauer um eine zu vereinbarende Summe. Eine Anzeige der Urlaubsreisen ist nicht erforderlich. Im Versicherungsfall hat der Versicherte auf Verlangen nachzuweisen, dass der Schaden auf einer solchen Urlaubsreise eingetreten ist.

Klausel 4 – Camping

- Abweichend von Ziffer 3.2.2 AVB Reisegepäck besteht Versicherungsschutz auch für Schäden, die während des Zeltens oder Campings auf einem offiziellen (von Behörden, Vereinen oder privaten Unternehmern eingerichteten) Campingplatz eintreten
- Werden Sachen unbeaufsichtigt (Ziffer 10.6 AVB Reisegepäck) im Zelt oder Wohnwagen zurückgelassen, so besteht Versicherungsschutz für Schäden durch Diebstahl, Einbruchdiebstahl sowie Mut- oder Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung) nur wenn
 - bei Zelten:
 - der Schaden nicht zwischen 22.00 und 6.00 Uhr eingetreten ist. Das Zelt ist mindestens zuzubinden oder zuzuknöpfen.
 - bei Wohnwagen:
 - dieser durch Verschluss ordnungsgemäß gesichert ist.
 - Pelze, Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall (Ziffer 1.3 AVB Reisegepäck) sind im unbeaufsichtigten Zelt oder Wohnwagen nicht versichert.
- Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör, Uhren, optische Geräte, Jagdwaffen, Radio- und Fernsehapparate, Tonaufnahme- und Wiedergabegeräte, jeweils mit Zubehör, sind nur versichert, solange sie
 - in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden oder

- der Aufsicht des offiziellen Campingplatzes zur Aufbewahrung übergeben sind oder
 - sich in einem durch Verschluss ordnungsgemäß gesicherten Wohnwagen oder in einem fest umschlossenen und durch Verschluss gesicherten Kraftfahrzeug auf einem offiziellen Campingplatz befinden.
- Sofern kein offizieller Campingplatz (Nr. 1) benutzt wird, sind Schäden durch Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung, Mut- oder Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung) ausgeschlossen.
 - Verletzt der Versicherungsnehmer oder Versicherte eine dieser Obliegenheiten, so gilt Ziffer 16 AVB Reisegepäck.
 - Im Schadenfall hat der Versicherungsnehmer oder Versicherte neben den in Ziffer 15 AVB Reisegepäck vorgeschriebenen Maßnahmen unverzüglich die Leitung des Campingplatzes zu unterrichten und dem Versicherer eine schriftliche Bestätigung der Platzleitung über den Schaden vorzulegen.

Klausel 5 – Fahrräder

- Abweichend von Ziffer 1.4 AVB Reisegepäck besteht Versicherungsschutz auch für Fahrräder, solange sie sich nicht in bestimmungsgemäßem Gebrauch befinden.
- Bei Diebstahl besteht Versicherungsschutz nur, wenn das Fahrrad zur Zeit des Diebstahls durch ein Kabelausschloss oder ein Schloss mit vergleichbarem Sicherheitswert, hierzu zu zählen regelmäßig keine Rahmenschlösser, gesichert war. Ziffer 2.1 AVB Reisegepäck bleibt unberührt.
 - Verletzt der Versicherungsnehmer oder Versicherte diese Obliegenheit, so gilt Ziffer 16 AVB Reisegepäck.
- Der Versicherer ersetzt Schäden an mit dem Fahrrad lose verbundenen und regelmäßig seinem Gebrauch dienenden Sachen nur, wenn sie zusammen mit dem Fahrrad abhandengekommen sind.
- Die Entschädigung ist je Versicherungsfall auf maximal 250,- € begrenzt, wenn der Diebstahl zwischen 22.00 und 6.00 Uhr verübt wird.
- Der Versicherungsnehmer oder Versicherte hat Unterlagen über den Hersteller, die Marke und die Rahmennummer der versicherten Fahrräder zu beschaffen und aufzubewahren.
 - Verletzt der Versicherungsnehmer oder Versicherte diese Bestimmung, so kann er Entschädigung nur verlangen, wenn er die Merkmale anderweitig nachweisen kann.

Klausel 6 – Segelsurfergeräte

- Abweichend von Ziffer 1.4 AVB Reisegepäck besteht Versicherungsschutz auch für Segelsurfergeräte, solange sie sich nicht in bestimmungsgemäßem Gebrauch befinden.
- Bei Diebstahl besteht Versicherungsschutz nur, wenn das Segelsurfergerät zur Zeit des Diebstahls durch ein Kabelausschloss oder ein Schloss mit vergleichbarem Sicherheitswert gesichert war. Ziffer 2.1 AVB Reisegepäck bleibt unberührt.
 - Verletzt der Versicherungsnehmer oder Versicherte diese Obliegenheit, so gilt Ziffer 16 AVB Reisegepäck.
- Die Entschädigung ist je Versicherungsfall auf maximal 250,- € begrenzt, wenn der Diebstahl zwischen 22.00 Uhr und 6.00 Uhr verübt wird.
- Der Versicherungsnehmer oder Versicherte hat Unterlagen über den Hersteller, die Bezugsquelle, die Marke und die Fabrikationsnummer der versicherten Segelsurfergeräte zu beschaffen und aufzubewahren.
 - Verletzt der Versicherungsnehmer oder Versicherte diese Bestimmung, so kann er Entschädigung nur verlangen, wenn er die Merkmale anderweitig nachweisen kann.

Klausel 7 – Personengruppen

entfallen

Klausel 8 – Dienstreisen

entfallen

Klausel 9 – Neuwertversicherung

- Abweichend von Ziffer 11.2 AVB Reisegepäck ist Versicherungswert derjenige Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte am ständigen Wohnort des Versicherten anzuschaffen (Neuwert).
- Für technische Geräte, die älter sind als fünf Jahre, sowie für Bekleidung und Wäsche, die älter sind als drei Jahre, ist der Versicherungswert nur der Zeitwert, wenn der durch einen Abzug für Alter, Abnutzung und Gebrauch sich ergebende Wert unter 50% des Wiederbeschaffungspreises (Neuwert) liegt.
 - Technische Geräte sind insbesondere Haushalts- und Küchengeräte, Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör, Phono-, Radio- und Fernsehgeräte, Camping- und Sportgeräte. Zu Bekleidung und Wäsche rechnen auch Schuhe und Pelzwerk.

Klausel 10 – Jahresverträge

entfallen

Klausel 11 – Reisedauer

- Die Versicherung gilt für alle Reisen, die von den versicherten Personen innerhalb des Versicherungsjahres unternommen werden.
- Versicherungsschutz besteht nicht für Reisen, die die im Versicherungsvertrag festgelegte Maximaldauer der einzelnen Reise überschreiten.
- Der Versicherungsschutz verlängert sich über die vereinbarte Maximaldauer hinaus bis zum Ende der Reise, wenn sich diese aus vom Versicherten nicht zu vertretenden Gründen verzögert.

Klausel 12 – Eingeschränkte Neuwertversicherung

entfallen

Klausel 13 – Ausschluss von Auto- und Mobiltelefonen

entfallen

Klausel 14 – Familienklausel (Privatreisen) -> stets mitversichert*

- Abweichend von Ziffer 1.1 AVB Reisegepäck gelten Reisen, die die im Versicherungsschein genannten Personen (Versicherte) aus privaten Gründen unternehmen, mitversichert.

* sofern nicht per Police ausgeschlossen

2. Versicherungsschutz besteht auch für mitreisende Familienangehörige der Versicherten, sowie für deren Lebensgefährten und dessen Kinder, soweit diese Personen mit den Versicherten in häuslicher Gemeinschaft leben.
3. Für Reisen, die die mit dem Versicherten in häuslicher Gemeinschaft lebenden Personen gemäss 2. getrennt oder allein unternehmen, besteht kein Versicherungsschutz.
4. Sachen, die sich dauernd außerhalb der Hauptwohnsitzes der Versicherten befinden (z. B. in Zweitwohnungen, Booten, Campingwagen) gelten nur als Reisegepäck, solange sie von dort aus zu Fahrten, Gängen oder Reisen, die dem Geschäftszweck des Versicherungsnehmers dienen, mitgenommen werden.
5. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gefahren, die während des Zeltens oder Campings innerhalb des hierfür benutzten Geländes eintreten.

Klausel 15 – Sportgeräte -> stets mitversichert*

Mitversichert sind die im Versicherungsschein aufgeführten falt- und Schlauchboote, sonstige Sportgeräte (z. B. Tennis- oder Golfausrüstung) bis zu der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme, solange sie sich nicht in bestimmungsgemäÙem Gebrauch befinden. Außenbordmotoren sind stets ausgeschlossen.

Im unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeug besteht Versicherungsschutz gegen Diebstahl, Einbruchdiebstahl sowie gegen Mut- und Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung) nur solange sich die Sachen in einem fest umschlossenen und durch Sicherheitsschloss gesicherten Innenraum (Kajüte, Backkiste o. ä.) des Wassersportfahrzeuges befinden. Pelze, Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall, sowie Foto-, Filmapparate, Laptops, Organizer, Taschencomputer und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör, sind in unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeugen nicht versichert.

Besondere Reisegepäckversicherungsbedingungen für Freiwillige

Einleitung

Für die Gruppen-Reisegepäckversicherung gelten – basierend auf den Allgemeinen Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck – folgende Bedingungen:

§1 Deckungsumfang

Die angemeldeten Personen sind während ihrer Auslandsreise weltweit versichert.

§2 Versicherungssumme

Für die versicherten Personen sind je Person 2.500 € als Versicherungssumme vereinbart. Wertsachen sind bis 50% der Versicherungssumme mitversichert.

Ausschlüsse:

Die wichtigsten Ausschlüsse sind die Gefahren des Krieges, Bürgerkrieges sowie innere Unruhen und die Beschlagnahme, Entziehung oder sonstige Eingriffe von hoher Hand; Schäden durch mangelhafte Beschaffenheit der versicherten Sachen, Abnutzung oder Verschleiß; Schäden die während des Zeltens oder Campings entstehen; einfacher Diebstahl während der Unterbringung in Restaurants, Hotels oder anderen Unterkunftsstätten.

Wertsachen, die im Auto zurückgelassen werden, fallen nicht unter die Leistungspflicht.

* sofern nicht per Police ausgeschlossen

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme, Fragen im Sinne des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

- (2) § 38 ist auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Zahlungsfrist nach § 38 Abs. 1 Satz 1 mindestens zwei Monate betragen muss. Zusätzlich zu den Angaben nach § 38 Abs. 1 Satz 2 hat der Versicherer den Versicherungsnehmer darauf hinzuweisen, dass
 1. der Abschluss einer neuen Krankenversicherung nach der Kündigung des Versicherers nach § 38 Abs. 3 für den Versicherungsnehmer mit einer neuen Gesundheitsprüfung, einer Einschränkung des Umfangs des bisherigen Versicherungsschutzes sowie einer höheren Prämie verbunden sein kann,
 2. Beziehung von Arbeitslosengeld II unter den Voraussetzungen des § 26 Abs. 2 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch einen Zuschuss zu den Beiträgen erhalten können, die sie für eine private Kranken- oder Pflegeversicherung zahlen,
 3. der Träger der Sozialhilfe unter den Voraussetzungen des § 32 Abs. 2 und 3 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch Beiträge zur privaten Kranken- oder Pflegeversicherung übernehmen kann.

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts begründen eine Lebenspartnerschaft, wenn sie gegenseitig persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner). Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden. Die Erklärungen werden wirksam, wenn sie vor der zuständigen Behörde erfolgen.
- (2) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (3) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

DR. WALTER
weltweit gut versichert



Dr. Walter GmbH
Versicherungsmakler
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-
Seelscheid

T +49 (0) 22 47 91 94 -0
F +49 (0) 22 47 91 94 -20

info@dr-walter.com
www.dr-walter.com