

Verbraucherinformationen zu dem Produkt PRO TRIP

Inhaltsverzeichnis

Produktinformationsblatt S. 1

Kundeninformation S. 2

Versicherungsbedingungen und Gesetzesauszüge

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung AG S. 4

Tarif „PRO TRIP“ der Central Krankenversicherung AG S. 6

Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen der Generali Versicherung AG (AHB 2008) S. 7

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen inklusive Zusatzbedingungen der Generali Versicherung AG (AUB 2008) S. 11

Erweiterungen der AUB 88 Fassung 2008 der Generali Versicherung AG S. 14

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Assistance Leistungen (PRO TRIP Zusatzassistance 2010) der Europ Assistance Versicherung-AG S. 17

Allgemeine Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck (AVB Reisegepäck 2008) der Generali Versicherung AG S. 18

Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Reisegepäck- und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG PRO TRIP (2008) S. 21

Gesetzesauszüge S. 23

Erklärung zum Datenschutz S. 23

Merkbblatt zur Datenverarbeitung S. 23

Widerrufsbelehrung S. 25

Produktinformationsblatt

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über das Ihnen angebotene Produkt PRO TRIP, welches eine Kombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen darstellt.

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Der gesamte verbindliche Inhalt ergibt sich aus

- den folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen:
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung
- Tarif „PRO TRIP“ der Central Krankenversicherung AG
- Allgemeine Haftpflichtversicherungsbedingungen AHB 2008 der Generali Versicherung AG (im Folgenden: AHB 2008)
- Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen inklusive Zusatzbedingungen der Generali Versicherung AG (AUB 2008)
- Erweiterungen der AUB 88 Fassung 2008 der Generali Versicherung AG
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Assistance Leistungen (PRO TRIP Zusatzassistance 2010) der Europ Assistance Versicherung-AG
- Allgemeine Reisegepäckversicherungsbedingungen AVBR 2008 der Generali Versicherung AG (im Folgenden: AVBR 2008)
- Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Unfall- und Reisegepäckversicherung der Generali Versicherung AG PRO TRIP 2008 (im folgenden Besondere Bedingungen PROTRIP)
- dem Versicherungsschein
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen
- Ihrem Antrag

1. Art der Versicherungsverträge

Bei PRO TRIP handelt es sich um **Kombinationen aus Reisekranken-, Reisehaftpflicht-, Reiseunfall- und Reisegepäckversicherung** für Personen, die sich ein bis zwei Jahre im Ausland aufhalten möchten. Die Versicherungen müssen vor Beginn der Auslandsreise abgeschlossen werden. Teile eines Auslandsaufenthaltes können nicht versichert werden.

Das Produkt PRO TRIP ist eine Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen, die exklusiv über die Dr. Walter GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten wird.

2. Was ist versichert?

Siehe folgende Tabelle:

PRO TRIP	S	M	L	Z
Ambulante ärztliche Heilbehandlung	●	●	●	
Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln	●	●	●	

PRO TRIP	S	M	L	Z
Stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen	●	●	●	
Schmerzstillende Zahnbehandlung sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz	●	●	●	
Unfallbedingten Zahnersatz 80% bis 2.500 €	●	●	●	
Erstfeststellung psychischer Leiden bis 2.000€	●	●	●	
Ärztlich verordnete Krankentransporte	●	●	●	
Medizinisch notwendiger Rücktransport ohne Summenbegrenzung	●	●	●	
90 Tage Nachleistung bei Verlängerung des Auslandsaufenthaltes aus medizinischen Gründen	●	●	●	
Reisekostenzuschuss an Angehörige bei stationärem Aufenthalt der versicherten Person über 14 Tage Dauer bis zu 500 €	●	●	●	
Bestattungskosten im Ausland bis 10.000€ und Kosten der Überführung an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person bis 25.000€	●	●	●	
Vorerkrankungen, sofern bei planmäßiger Durchführung der Reise mit einer Behandlung nicht zu rechnen war	●	●	●	
Schutz im Heimatland bei Unterbrechung des Auslandsaufenthalts	●	●	●	●
Weltweiter Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde	●	●	●	●
Privathaftpflichtversicherung inklusive "Berufs-"Haftpflicht für Au-Pairs mit 1.000.000€ Deckungssumme		●	●	●
Mietsachschäden bis 100.000€ mitversichert		●	●	●
Kapitalzahlung bei Unfalltod 5.000€		●	●	●
Kapitalzahlung bei 100% Unfallinvalidität 105.000€		●	●	●
Bergungskosten 3.000€		●	●	●
Unfallbedingte kosmetische Operationen 3.000€		●	●	●
Ersatz von Zahlungsmitteln		●	●	●
Ersatz von Dokumenten		●	●	●
Hilfe bei Strafverfolgungsmaßnahmen		●	●	●
Heimreise im Notfall		●	●	●
Anreise Vertrauensperson im Notfall bis zu einem Betrag von max. 4.000€ pro Schadensfall		●	●	●
Reisegepäckversicherung mit einer Versicherungssumme von 2.500€			●	●

Es sind nicht alle denkbaren Fälle versichert, denn sonst müssten wir eine sehr hohe Prämie verlangen.

Nicht versichert sind zum Beispiel

- in der Krankenversicherung:** Behandlungen, von denen die versicherte Person bei Reiseantritt wusste, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehe- oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde (Näheres s. § 5 AVB-ARK 2010).
- in der Haftpflichtversicherung:** Schäden an geleasteten, gepachteten oder geliehenen Sachen (Näheres s. § 7 AHB 2008).
- in der Unfallversicherung** vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle und Schäden auf Grund vorsätzlicher Straftaten (Näheres s. § 2 AUB 2008).

- **In der Assistance Versicherung** die Leistungen Heimreise im Notfall und Anreise Vertrauensperson im Notfall bei chronischen psychischen Erkrankungen, auch wenn diese schubweise auftreten, sowie bei Suchterkrankungen (Näheres s. § VI PROTRIP Zusatzassistance 2010).
- **in der Reisegepäckversicherung** Schäden, die verursacht werden durch die natürliche oder mangelhafte Beschaffenheit der versicherten Sachen, Abnutzung oder Verschleiß (Näheres s. § 3 AVBR 2008).

3. Beitrag: Höhe, Fälligkeit und Folgen bei Nichtzahlung

Der monatliche Gesamtbeitrag setzt sich wie folgt aus Krankversicherungsbetrag (Anteil KV), Haftpflicht-/Unfallversicherungsprämie (Anteil HU), Assistance Versicherung (Anteil AS) und Reisegepäckversicherung (Anteil RG) zusammen.

PROTRIP S	Beitrag	Anteil KV	Anteil HU	Anteil AS	Anteil RG
Pers. bis 29 Jahre ohne USA	32,00	32,00	0	0	0
Pers. bis 29 Jahre mit USA	36,00	36,00	0	0	0
Pers. bis 69 Jahre ohne USA	54,00	54,00	0	0	0
Pers. bis 69 Jahre mit USA	69,00	69,00	0	0	0
PROTRIP M					
Pers. bis 29 Jahre ohne USA	37,00	32,00	4,00	1,00	0
Pers. bis 29 Jahre mit USA	41,00	36,00	4,00	1,00	0
Pers. bis 69 Jahre ohne USA	59,00	54,00	4,00	1,00	0
Pers. bis 69 Jahre mit USA	74,00	69,00	4,00	1,00	0
PROTRIP L					
Pers. bis 29 Jahre ohne USA	47,50	32,00	4,00	1,00	10,50
Pers. bis 29 Jahre mit USA	51,50	36,00	4,00	1,00	10,50
Pers. bis 69 Jahre ohne USA	69,50	54,00	4,00	1,00	10,50
Pers. bis 69 Jahre mit USA	84,50	69,00	4,00	1,00	10,50
PROTRIP Z					
Pers. bis 69 J. mit/ohne USA	15,50	0	4,00	1,00	10,50

Die Prämie ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer nach Zugang des Versicherungsscheins und nach Ablauf der Widerrufsfrist fällig.

Bei einer über einen Monat hinausgehenden Versicherungsdauer kann die Zahlung des Beitrages in gleichen monatlichen Raten vereinbart werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die erste Beitragsrate ist bei Versicherungsbeginn fällig, die Folgeraten jeweils zu Beginn des Folgemonats.

Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten sofort fällig.

Näheres s. § 5 Tarifblatt PROTRIP und § 4 Besondere Bedingungen PROTRIP.

4. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht zum Beispiel

• in der Krankenversicherung für:

- Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für kur- und sanatoriumsmäßige Rehabilitationsmaßnahmen
- Zahnersatz einschl. Kronen (Ausnahme: einfache Reparaturen), Inlays und Onlays sowie für Kieferorthopädie und Prophylaxe (Näheres s. § 5 AVB-ARK)

• in der Haftpflichtversicherung für:

- Schäden aus der Haltung oder Nutzung eines KFZ
- vorsätzlich herbeigeführten Schäden
- Schäden aus Austausch, Übermittlung und Bereitstellung elektronischer Daten (Näheres s. § 7 AHB 2008)

• in der Unfallversicherung für:

- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind
- Unfälle durch Geistes- und Bewusstseinsstörungen
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorhersehbare Kriegsereignisse verursacht sind (Näheres s. § 2 AUB 2008).

• In der Assistance Versicherung:

- sofern die Erkrankung eine psychische Reaktion auf ein Kriegsereignis, innere Unruhen, einen Terrorakt, ein Flugunglück oder auf die Befürchtung von Kriegsereignissen, inneren Unruhen oder Terrorakten ist
- bei chronischen psychischen Erkrankungen, auch wenn diese schubweise auftreten, sowie bei Suchterkrankungen (Näheres s. § VI PROTRIP Zusatzassistance 2010)

• in der Reisegepäckversicherung:

- Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind
- Schäden, die unmittelbar oder mittelbar durch vorhersehbare Kriegsereignisse verursacht sind
- Schäden durch der Beschlagnahme, Entziehung oder sonstiger Eingriffe von hoher Hand (Näheres s. § 3 AVBR 2008).

5. Obliegenheiten bei Vertragsschluss

Sie haben keine vorvertraglichen Anzeigepflichten zu erfüllen. Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen und bearbeiten können, füllen Sie diesen bitte vollständig und wahrheitsgemäß aus. Falsche Angaben können dazu führen, dass der Versicherungsschutz ganz oder teilweise entfällt. Einzelheiten finden Sie in den Versicherungsbedingungen.

6. Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit

Sie haben – mit Ausnahme der Beitragszahlung – keine besonderen Verpflichtungen während der Laufzeit des Vertrages zu beachten. Bitte informieren Sie uns umgehend über Änderungen der Aufenthaltsdauer.

7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

Um Leistungsfälle schnell und unkompliziert bearbeiten zu können, sind wir auf die Mitwirkung der Versicherten angewiesen.

In Bezug auf die Krankenversicherung kann es im Einzelfall z. B. erforderlich sein, dass die versicherte Person:

- ihre Behandler von der Schweigepflicht entbindet, damit wir die benötigten Informationen einholen können,
- sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen lässt,
- Beginn und Ende der Auslandsreise nachweist.

Schadensfälle in der Haftpflicht-, Unfall-, Assistance- und Reisegepäckversicherung müssen Sie uns unverzüglich anzeigen. Darüber hinaus haben Sie weitere Obliegenheiten zu erfüllen, die unter anderem der Klärung des Versicherungsfalles dienen oder zur Minderung des Schadens führen können.

Bei Nichtbeachtung von Obliegenheiten können Sie Ihren Leistungsanspruch ganz oder teilweise verlieren.

Näheres s. §§ 9 und 10 AVB-ARK, § 25 AHB 2008, §§ 9 und 10 AUB 2008, § VII PROTRIP Zusatzassistance 2010 und § 14 AVBR 2008.

8. Beginn des Versicherungsschutzes

Die Versicherungsverträge werden für den vereinbarten Zeitraum geschlossen. Der Versicherungsschutz beginnt – vorbehaltlich gesetzlicher Widerrufsrechte – mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt, jedoch

- nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags,
- nicht vor Zahlung des Beitrags und
- nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.

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

Näheres hierzu in §§ 2 und 3 AVB-ARK und §§ 4, 5 Besondere Bedingungen PROTRIP.

9. Ihre Möglichkeit zur Beendigung der Verträge

Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf der im Versicherungsschein dokumentierten vereinbarten Laufzeit automatisch. Beendet die versicherte Person vorzeitig ihren Auslandsaufenthalt, können die Versicherungen vorzeitig beendet werden.

Näheres hierzu in § 8 AVB-ARK und § 6 Besondere Bedingungen PROTRIP.

Kundeninformation

Diese Kundeninformation möchte Sie als Kunden umfassend über die beteiligten Versicherungsgesellschaften und die zugrundeliegenden Versicherungen informieren.

Das Produkt PROTRIP ist eine Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen, die exklusiv über die Dr. Walter GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten werden. Mit den folgenden Angaben möchten wir Sie als Kunden umfassend über die beteiligten Versicherungsgesellschaften und die zugrundeliegenden Versicherungen informieren:

1. Identität der Versicherer

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die Dr. Walter GmbH mit ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaften zusammen:

Den Versicherungsschutz für die Krankenversicherung gewährt – sofern vereinbart – die:

Central Krankenversicherung Aktiengesellschaft, Hansaring 40-50, 50670 Köln. Sitz: Köln, Handelsregister: Amtsgericht Köln HRB 93

Den Versicherungsschutz für die Unfall-, Reisegepäck- und Haftpflichtversicherung gewährt – sofern vereinbart – die:

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

Den Versicherungsschutz für die Assistance-Versicherung gewährt – sofern vereinbart – die:

Europ Assistance Versicherungs-AG, Infanteriestrasse 11, 80797 München Sitz und Registergericht München, HRB 61 405

Die gesamte Vertrags- und Leistungsabwicklung erfolgt über:

Dr. Walter GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid. Sitz: Neunkirchen-Seelscheid, Registergericht: Amtsgericht Siegburg HRB 4701

Die Dr. Walter GmbH ist als Versicherungsmakler mit einer Erlaubnis durch die Industrie- und Handelskammer Bonn/Rhein-Sieg nach § 34d Absatz 1 der Gewerbeordnung tätig.

Die zuständige Erlaubnisbehörde ist die IHK Bonn/Rhein-Sieg, Bonner Talweg 17, 53113 Bonn, T. +49(0)228 2284-0, F. +49(0)228 2284-170, info@bonn.ihk.de, www.ihk-bonn.de.

Die Dr. Walter GmbH ist im Versicherungsvermittlerregister unter der Nummer D-QAMW-L7NVQ-57 eingetragen. Dies kann im Internet überprüft werden unter der Adresse www.vermittlerregister.info oder beim Versicherungsvermittlerregister beim Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e. V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, T. +49(0)30 20308-0, F. +49(0)30 20308-1000

Die Dr. Walter GmbH hält keine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10% an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens. Kein Versicherungsunternehmen oder Mutterunternehmen eines Versicherungsunternehmens hält eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10% an den Stimmrechten oder am Kapital der Dr. Walter GmbH.

2. Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der Central Krankenversicherung AG ist der Vorstand.

Dieser setzt sich wie folgt zusammen: Dr. Joachim von Rieth (Vorsitzender), Oliver Brütz, Friedrich C. Schmitt.

Gesetzlicher Vertreter der Generali Versicherung AG ist der Vorstand.

Dieser setzt sich wie folgt zusammen: Winfried Spies (Vorsitzender), Roman Blaser, Dr. Karsten Eichmann, Karl Pfister, Volker Seidel, Michael Stille, Heinz Teuscher.

Gesetzlicher Vertreter der Europ Assistance Versicherungs-AG ist der Vorstand.
Dieser setzt sich wie folgt zusammen: Dr. Florian Sallmann (Vors.), Josef Woerner, Cyrille Mariot-Thierry .

Gesetzlicher Vertreter der Dr. Walter GmbH ist der Geschäftsführer.

Geschäftsführer ist: Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen.

3. Hauptgeschäftstätigkeit, Aufsichtsbehörde

Die Central Krankenversicherung AG betreibt die Krankenversicherung im In und Ausland im direkten und indirekten Geschäft. Die Generali Versicherung AG betreibt alle Arten der Schaden- und Unfallversicherung. Die Europ Assistance Versicherung-AG betreibt ausgewählte Arten der Schaden und Unfallversicherung im Bereich der Reiseversicherung. Die Rechts- und Finanzaufsicht wird durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn ausgeübt.

4. Garantiefonds

Für die Central Krankenversicherung AG gilt: In dem unwahrscheinlichen Fall einer Zahlungsfähigkeit oder Überschuldung eines Unternehmens der privaten Krankenversicherung können Sie sich an die Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln wenden. Das Bundesministerium für Finanzen hat der Medicator AG die Aufgaben eines Sicherungsfonds übertragen. Die Medicator AG hat damit im Fall der Insolvenz des Krankenversicherungsunternehmens die Aufgabe, Ihre Rechte zu schützen.

Für die Generali Versicherung AG und die Europ Assistance AG gilt: Die Einrichtung eines Garantiefonds entfällt, da für Schaden- und Unfallversicherer generell keine Garantiefonds eingerichtet sind.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung:

5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

Bei Abschluss mit Antragsformular (Papierform)

- Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen (AVB) beschreiben die Versicherungsleistungen im Detail und enthalten alle sonstigen Regelungen.
- Der von Ihnen einzureichende Antrag dient insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes.
- Die Versicherungsbestätigung dokumentiert den geschlossenen Versicherungsvertrag.

Bei Online-Abschluss:

- Die Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen (AVB) beschreiben die Versicherungsleistungen im Detail und enthalten alle sonstigen Regelungen.
- Ihre Angaben in unserem Online-Formular: Sie dienen insbesondere der Konkretisierung des gewünschten Versicherungsschutzes.
- Die Ihnen auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung, die Sie sich unbedingt ausdrucken sollten, dokumentiert den geschlossenen Versicherungsvertrag; sie gilt als Versicherungsschein.

Nebenabreden (z.B. mündliche Zusagen Ihres Versicherungsvermittlers) sind nur verbindlich, wenn diese von der Dr. Walter GmbH bzw. einer der beteiligten Versicherungsgesellschaften schriftlich bestätigt werden.

5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

In der Reisekrankenversicherung ersetzt der Versicherer im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, die im Zusammenhang mit einer Reise entstehen, und für sonst vereinbarte Leistungen. (sofern vereinbart) Die Einzelheiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung 2010 (AVB-ARK 2010).

In der Unfallversicherung unterstützt Sie der Versicherer finanziell, um die Folgen eines Unfalles für die versicherte Person abzumildern. (sofern vereinbart) Für die Unfallversicherung gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) sowie die Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Reisegepäck- und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG PRO TRIP (2008).

In der Privathaftpflichtversicherung schützt der Versicherer die versicherte Person als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens vor gesetzlichen Haftpflichtansprüchen Dritter.

(sofern vereinbart) Für die Haftpflichtversicherung gelten die Allgemeinen Haftpflicht-Versicherungsbedingungen (AHB 2008) sowie die Besonderen Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Reisegepäck- und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG PRO TRIP (2008).

In der Assistance Versicherung unterstützt Sie der Versicherer finanziell sowie mit Rat und Tat, wenn Sie aus verschiedenen Gründen in eine Notlage geraten. (sofern vereinbart) Für die Assistance Versicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Assistance Leistungen (PROTRIP Zusatzassistance 2010) der Europ Assistance Versicherung-AG.

Mit der Reisegepäckversicherung schützt Sie der Versicherer bei Verlust oder Beschädigung des versicherten Gepäcks gegen die finanziellen Schäden. (sofern vereinbart) Für die Reisegepäckversicherung gelten die Allgemeinen Reisegepäck-Versicherungsbedingungen (RVB 2008) sowie die Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Reisegepäck- und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG PRO TRIP (2008).

5.3 Anwendbares Recht

Die Versicherungsverhältnisse unterliegen deutschem Recht.

5.4 Fälligkeit der Versicherungsleistungen und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, sobald Sie Ihre Ansprüche angemeldet und uns alle für die Leistungsprüfung erforderlichen Unterlagen zur Prüfung eingereicht haben. Die Erfüllung der Leistung durch uns erfolgt in der Regel durch Überweisung des fälligen Betrages auf Ihr Konto.

6. Gesamtpreis der Versicherung

Die Prämie für die versicherte Person ergibt sich aus der Prämienübersicht, die Sie in der Produktbroschüre bzw. auf der Internetseite finden. Sie wird, soweit nichts anderes vereinbart wurde, pro Monat der Versicherungsdauer berechnet.

Die Monatsprämie setzt sich zusammen aus den jeweiligen Einzelpremien der ausgewählten Versicherungen. Dies ist, sofern vereinbart, die jeweilige Prämie

für die Krankenversicherung, sofern vereinbart, einer Prämie von 4€ für die Unfall- und Haftpflichtversicherung (inklusive Versicherungssteuer), sofern vereinbart, einer Prämie von 1€ für die Assistance Versicherung (inklusive Versicherungssteuer) und, sofern vereinbart, einer Prämie von 13€ für die Reisegepäckversicherung (inklusive Versicherungssteuer).

Die jeweilige Gesamtprämie wird im Antrag bzw. Online-Formular angezeigt und in der Versicherungsbestätigung ebenfalls genannt.

7. Zusätzlich anfallende Kosten

Außer der Versicherungsprämie, die sich aus der Versicherungsbestätigung ergibt, erheben wir von Ihnen eine Bearbeitungsgebühr von 15€ für jede nicht eingelöste Lastschrift.

8. Prämienzahlung, Fälligkeit der Prämien

Die Prämie ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer nach Zugang des Versicherungsscheins und nach Ablauf der Widerrufsfrist fällig. Bei einer über einen Monat hinausgehenden Versicherungsdauer kann die Zahlung des Betrages in gleichen monatlichen Raten vereinbart werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die erste Beitragsrate ist bei Versicherungsbeginn fällig, die Folgeraten jeweils zu Beginn des Folgemonats. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten sofort fällig.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Information

Bei unseren Broschüren beachten Sie bitte den jeweiligen Gültigkeitsvermerk auf der Rückumschlaginnenseite. Die auf unseren Internetseiten zur Verfügung gestellten Informationen halten wir ständig für Sie aktuell.

10. Zustandekommen des Vertrages

- a) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordruckes (z.B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins) zustande.
- b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Bezahlung bzw. Überweisung des Betrages (Datum Poststempel bzw. Datum auf dem Quittungsabschnitt des Geldinstituts) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordruckes.
- c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Absendung (Datum des Poststempels) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordruckes.
- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des E-Mail-Versands) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Für a - d gilt: Der Versicherungsvertrag kommt endgültig erst zustande, wenn Sie innerhalb der Widerrufsfrist Ihr Widerrufsrecht nicht ausgeübt haben.

Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Betrages zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch der Beitrag gezahlt, so steht der Beitrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zur Verfügung.

11. Widerrufsbelehrung

11.1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung zugegangen sind.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

Central Krankenversicherung AG, Europ Assistance Versicherung-AG bzw. Generali Versicherung AG

c/o Dr. Walter GmbH

Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Fax: +49(0)2247 9194-40

E-Mail: vertrag@dr-walter.com

11.2. Widerrufsfolgen

Im Falle des wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Für Versicherungsschutz, der vor Ende der Widerrufsfrist gewährt wurde, steht dem Versicherer der auf die Zeit bis Zugang des Widerrufs entfallende Teil des Beitrags zu. Darüber hinaus gezahlte Beiträge hat der Versicherer zu erstatten.

11.3. Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Auch bei Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat besteht kein Widerrufsrecht.

12. Vertragslaufzeit

Der Versicherungsvertrag wird für die einzelne Reise abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt einen Monat. Die Höchstversicherungsdauer beträgt ein Jahr. Eine Verlängerung darüber hinaus ist nur nach besonderer Vereinbarung möglich.

Die genaue Versicherungsdauer entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein.

13. Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

Nach Ablauf des beantragten Zeitraums endet die Versicherung automatisch. Reist die versicherte Person vorzeitig ab, teilen Sie uns dies bitte sofort mit. Ein Anruf genügt. Sie bezahlen dann nur die bis zum Eingang dieser Mitteilung ange-

fallenen Monatsbeiträge. Das Lastschriftverfahren wird gestoppt, und eventuelle Überzahlungen bekommen Sie umgehend und ohne Abzug einer Verwaltungsgebühr zurück überwiesen.

14. Anwendbares Recht/Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

Sollte einmal die gerichtliche Klärung einer Streitfrage erforderlich sein, können Sie an den Gerichten mit folgender örtlicher Zuständigkeit klagen:

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort
- Köln als Sitz der Central für Klagen gegen die Central, München als Sitz der Generali für Klagen gegen die Generali

Für eventuelle Klagen gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Bei Wegzug ins Ausland außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraums gilt der Gerichtsstand Köln für Klagen gegen die Central und München für Klagen gegen die Generali. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

15. Sprachen

Wir kommunizieren mit Ihnen in deutscher Sprache.

16. Beschwerdemöglichkeiten

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, wenden Sie sich bitte an die Dr. Walter GmbH. So erreichen Sie uns:

Dr. Walter GmbH
Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid
T +49 (0) 2247 9194-0
F +49 (0) 2247 9194-40
E-Mail: info@dr-walter.com

Wir werden versuchen, schnellstmöglich eine einvernehmliche Lösung zu finden. Gelingt dies nicht, können Sie sich auch an einen außergerichtlichen Streitschlichter wenden:

bei Beschwerden zum Thema Krankenversicherung an den

- Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 060222, 10052 Berlin.

bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung betreffen, an den

- Versicherungs-Ombudsmann
Postfach 080632, 10006 Berlin.

Der Ombudsmann ist zugleich Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten bei Versicherungsverträgen mit Verbrauchern und zwischen Versicherungsvermittlern und Versicherungsnehmern. Seine Entscheidungen sind für den Versicherer nicht bindend. Die Möglichkeit zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens bleibt unberührt.

Beschwerden können Sie außerdem richten an die

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslandsreise-Krankenversicherung 2010 (AVB-ARK 2010) der Central Krankenversicherung AG

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Vertragsdauer

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

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

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:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung;
 - b) der Tod.
- (2) Der Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, den sonstigen schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

- (3) Als Ausland gelten alle Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält und zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auch nicht ihren überwiegenden Aufenthalt hat.

In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Versicherte Personen, die sich in einem Land aufhalten, für das erst nach Beginn des Versicherungsschutzes eine Reisewarnung ausgesprochen wird, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Diese Regelungen gelten für eventuell mitversicherte Familienangehörige entsprechend.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsvertrag zustande kommt, beginnt der Versicherungsschutz mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor der Ausreise. Als Versicherungsbeginn muss immer der erste Tag der Auslandsreise angegeben werden.

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

§ 3 Zustandekommen des Versicherungsvertrages

- (1) Je nachdem, welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung stellt, kann der Versicherungsvertrag jeweils nach Ablauf einer eventuellen Widerrufsfrist nach § 8 VVG (siehe Anhang) wie folgt zustande kommen.

- a) Der Versicherungsvertrag kommt durch die Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordruckes (z. B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheines) zustande.
- b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular abgeschlossen und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits durch die Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrages als zustande gekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur dann, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrages, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Versicherungsnehmer gilt der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Vordruckes.
- c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordruckes.
- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Für Personen, die die Voraussetzungen der Aufnahmefähigkeit gemäß den tariflichen Bestimmungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrages zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch ein Beitrag gezahlt, wird dieser – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – auf Antrag zurückgezahlt.

Für einen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland muss der Versicherungsvertrag vor Reiseantritt abgeschlossen werden, für einen Aufenthalt innerhalb der Bundesrepublik Deutschland spätestens einen Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland. Andernfalls besteht kein Versicherungsschutz, auch wenn eine Beitragszahlung erfolgt ist. Der gezahlte Beitrag wird dann – unter Abzug einer Geschäftsgebühr – zurückgezahlt. Das Datum des Reiseantritts bzw. der Einreise ist auf Verlangen glaubhaft zu machen.

Wenn sich der vorübergehende Auslandsaufenthalt über das Ende der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer hinaus verlängert, kann vor deren Ablauf die Vertragsdauer bis zur tariflichen Höchstversicherungsdauer ausgedehnt werden. Bei einer Ausdehnung besteht Versicherungsschutz nur für Versicherungsfälle, die nach dem Tag der Beantragung der Verlängerung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind.

Im Rahmen von Sondervereinbarungen, die mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. als Versicherungsnehmer zum Zwecke der Versicherung von Personengruppen abgeschlossen werden, sind abweichende Vereinbarungen über das Zustandekommen und die Verlängerung der einzelnen Versicherungsverhältnisse sowie über die Beitragszahlung möglich.

- (2) Versicherungsbestätigungen werden nur aufgrund besonderer Vereinbarung ausgestellt.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.

- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch.

Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und ähnliches werden nicht erstattet.

Heilmittel müssen von einem der unter Absatz 2 aufgeführten Therapeuten bzw. von einem staatlich geprüften Masseur, von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister oder – bei Leistungserbringung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland – gegebenenfalls von einem entsprechend qualifizierten Behandler erbracht 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. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 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. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch 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) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht**
- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist;
- b) vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde 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;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt. Die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel werden auch bei ambulanten Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet;
- f) für Behandlungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- h) für Beseitigung von Schönheitsfehlern oder körperlichen Anomalien, für Impfungen, Desinfektionen, ärztliche Gutachten, Atteste oder für Pflegepersonal außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung, soweit derartige nicht ausdrücklich tariflich vorgesehen sind;
- i) für Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, dieser ist unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten;
- j) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung);
- k) für Behandlungen, von denen die versicherte Person bei Reiseantritt wusste, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehe- oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;
- l) für Inlays, Zahnersatz, Zahnkronen oder Kieferregulierung, sofern der Tarif hierfür nicht ausdrücklich Leistungen vorsieht;
- m) für eine regelrecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die regelrecht verlaufende Entbindung. Bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen. Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen;
- n) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung).
- (2) Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen verbleiben. Hierdurch werden die Leistungsausschlüsse in Abs. 1 Buchstaben j) und k) nicht berührt.
- (3) 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, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen. Der Versicherer ist nur für Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**
- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigte für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingeht, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank. Wurden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben und war dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt, so gilt dieser Kurs.
- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Wünscht der Versicherungsnehmer Überweisungen ins Ausland oder besondere Überweisungsformen und kommt der Versicherer diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für erforderliche Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunahmen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In einigen Fällen ist neben der Originalrechnung noch ein Nachweis bzw. eine Bescheinigung mit vorzulegen, die nicht vom Ehe- oder Lebenspartner, einem Elternteil oder einem Kind des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ausgestellt sein dürfen. Hierbei handelt es sich um folgende zusätzliche Nachweise bzw. Bescheinigungen:
- a) ein vor dem Rücktransport ausgestellter ärztlicher Nachweis über dessen medizinische Notwendigkeit;
- b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;
- c) bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Heilbehandlers vorgelegt werden.
- § 7 Verjährung**
- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Anhang) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.
- § 8 Ende des Versicherungsschutzes**
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Ablauf des Versicherungsvertrages, mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Rücktransportes.
- Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Versicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen längstens für weitere 90 Tage, sofern die Rückreise wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist.
- § 9 Beitragszahlung**
- Der Beitrag ist für die gesamte Vertragsdauer bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Bei einer Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer ist der Mehrbeitrag für die zusätzliche Vertragsdauer bei Stellung des Antrages auf Verlängerung zu entrichten. Im Rahmen von Sondervereinbarungen mit Firmen, Vereinen, Veranstaltern etc. sind abweichende Regelungen möglich.
- § 10 Obliegenheiten**
- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ist der Versicherungsnehmer ein Unternehmen, das die Versicherung für einen seiner Mitarbeiter abgeschlossen hat, so trifft diese Pflicht auch diesen Mitarbeiter und die betroffenen versicherten Personen. Die geforderten Auskünfte sind einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Sofern bei Vertragsabschluss noch nicht geschehen, ist dem Versicherer auf Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei den in § 213 VVG (siehe Anhang) genannten Personen und Stellen einzuholen. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- § 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**
- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 Abs. 1 bis 4 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- § 12 Ansprüche gegen Dritte**
- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, 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 den Versicherer schriftlich abzutreten.

- (2) Der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person hat seinen (ihren) 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 er infolge dessen 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 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.

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 15 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Tarif PROTRIP

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010).

I. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die in das Ausland reisen und sich dort vorübergehend – bis zu 24 Monaten – aufhalten und die bei Antritt der Reise das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

II. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Versicherungsfälle im Ausland.

1. Abweichend von § 1 Absatz 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Versicherungsschutz auch in Ländern, für die vom auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.
2. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland. Wird der Auslandsaufenthalt während der Laufzeit des Vertrages durch einen vorübergehenden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland unterbrochen, werden für dort akut und unerwartet eintretende Versicherungsfälle die tariflichen Leistungen erstattet, wenn der Versicherungsvertrag für die Dauer von mindestens 6 Monaten abgeschlossen wurde und der vorübergehende Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, dessen Beginn im Schadensfall vom Versicherungsnehmer nachzuweisen ist, die Dauer von 4 Wochen noch nicht überschritten hat.

III. Versicherungsleistungen

Erstattet werden

1. **bei ambulanter Heilbehandlung zu 100% die Aufwendungen für**
- 1.1 ärztliche Leistungen
 - 1.2 Arzneien und Verbandmittel
 - 1.3 behandlungsbedingte Hilfsmittel zur Fixierung von Körperteilen und ärztlich verordnete Gehstützen sowie folgende Hilfsmittel, soweit sie unfallbedingt benötigt werden:
 - 1.3.1 Sehhilfen bis zu 150€
 - 1.3.2 Krankenfahrstühle bis zu 675€
 - 1.3.3 orthopädische Schuhe zu 100% nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75€ je Versicherungsfall
 - 1.3.4 Bandagen, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, künstliche Kehlköpfe, Hörgeräte und Stützapparate zu 100%
 - 1.4 ärztlich verordnete Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen
 - 1.5 Röntgendiagnostik
 - 1.6 Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes
 - 1.7 die nach Eintritt des Versicherungsfalles entstehenden Kosten der Reise des Ehegatten, Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades an den Aufenthaltsort der versicherten Person im Ausland, wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen voraussichtlich übersteigen wird, bis zu 500€.
 - 1.8 Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die Erstfeststellung eines psychischen Leidens werden zusammen mit den entsprechenden Aufwendungen nach Absatz III. Nummer 2.4. bis zu 2.000€ erstattet.

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

2. bei stationärer Heilbehandlung zu 100% die Aufwendungen für

2.1 ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus
Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:

- 2.1.1 allgemeine Krankenhausleistungen
- 2.1.2 belegärztliche Leistungen
- 2.2 medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km

Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

2.3 Die versicherte Person kann bei einer stationären Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland Kontakt zum Versicherer herstellen mit der Folge, dass dieser vor Ort die Prüfung der Heilbehandlung und eine besonders enge persönliche Begleitung der Versicherungsfälle veranlasst. Im Falle der Leistungspflicht können die Rechnungen direkt vor Ort beglichen werden.

2.4 Aufwendungen für stationäre Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die Erstfeststellung eines psychischen Leidens werden zusammen mit den entsprechenden Aufwendungen nach Absatz III. Nummer 1.8 bis zu 2.000€ erstattet.

3. bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

3.1 Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz zu 100%

3.2 unfallbedingten Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80%, höchstens 2.500€ je Versicherungsfall

Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen bis zum 2,3-fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Zahnärzte (GOZ), bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8-fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15-fachen Satz.

4. bei Transporten

4.1 die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde, zu 100%.

Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland. Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden.

Mehrkosten sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten. Die Rücktransportkosten werden um die Reisekosten, die beim normalen Verlauf der Reise entstanden wären, gekürzt, soweit dem Versicherten hierfür Erstattungsansprüche zustehen.

4.2 die notwendigen Kosten einer Rückführung versicherter Kinder unter 16 Jahren, sofern alle ebenfalls nach diesem Tarif versicherten mitreisenden erwachsenen Personen zurücktransportiert wurden bzw. werden oder verstorben sind, zu 100%, höchstens 5.000€.

Zu den notwendigen Kosten gehören die Kosten der Reise in der allgemeinen Beförderungsklasse eines regulären Verkehrsmittels einschließlich der notwendigen Übernachtungskosten und die entsprechenden Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.

4.3 die Kosten für einen Blutkonserventransport ins Ausland, wenn dort Blutkonserven für eine Operation medizinisch notwendig sind und bei dort vorhandenen Blutkonserven mit Infektionen gerechnet werden muss, zu 100%.

5. im Todesfall

5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100%, höchstens 25.000€

5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100%, höchstens 10.000€

IV. Einschränkung der Leistungspflicht

Abweichend von § 5 Absatz 1a) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) besteht Leistungspflicht auch in den Ländern, für die vom Auswärtigen Amt eine Reisewarnung ausgesprochen wurde.

V. Beitragszahlung/Bearbeitungsgebühr

Abweichend von § 9 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2010 (AVB-ARK 2010) gilt:

1. Der Beitrag ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer bei Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Bei einer über 1 Monat hinausgehenden Versicherungsdauer kann die Zahlung des Beitrages in gleichen monatlichen Raten vereinbart werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die erste Beitragsrate ist bei Versicherungsbeginn fällig, die Folgeraten jeweils zu Beginn des Folgemonats. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten sofort fällig.
2. Bei vorzeitigem Abbruch der Reise kann der für die entsprechende Zeit nicht verbrauchte Beitrag nur für volle Monate rückvergütet werden. Der Versicherungsnehmer muss innerhalb einer Woche nach Rückkehr einen entsprechenden schriftlichen Antrag mit Nachweis über die vorzeitige

Rückkehr stellen. Die Versicherung kann frühestens zum Datum dieses Antrages beendet werden. Es gilt das Datum des Poststempels. Eine rückwirkende Beendigung ist nicht möglich.

3. Für jede Rückklatschrift hat der Versicherungsnehmer eine Bearbeitungsgebühr von 15 € zu zahlen.

Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen der Generali Versicherung AG (AHB 2008)

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 vergeblicher 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

- Der Versicherungsschutz umfasst die gesetzliche Haftpflicht
- 3.1 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 des Versicherungsvertrages 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 Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrages 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 begrenzt.
- 4.3 Die 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/Vollmacht des Versicherers

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

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

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

- 5.2 Der Versicherer ist bevollmächtigt, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.
- 5.3 Wird in einem Strafverfahren wegen eines 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 Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist der Versicherer zur Ausübung dieses Rechts bevollmächtigt.

6. Begrenzung der Leistungen

- 6.1 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten 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 Mängeln beruhen.
- 6.4 Falls besonders vereinbart, beteiligt sich der Versicherungsnehmer bei jedem Versicherungsfall mit einem im Versicherungsschein festgelegten Betrag an der Schadensersatzleistung (Selbstbehalt). Soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, ist der Versicherer auch in diesen Fällen zur Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche verpflichtet.
- 6.5 Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die 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, zwischen mehreren Mitversicherten desselben Versicherungsvertrages.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 Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und

nehmer 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 Beitragszahlungen 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 Änderungsmittteilung 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 Beitrages verlangen. Werden die Angaben nachträglich gemacht, findet eine Beitragsregulierung statt. Ein vom Versicherungsnehmer zuviel gezahlter Beitrag wird nur zurückerstattet, wenn die Angaben innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung des erhöhten Beitrages erfolgten.

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.

Dauer und Ende des Versicherungsvertrages / Kündigung

16. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

16.1 Der Versicherungsvertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit 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 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 gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

17. Wegfall des versicherten Risikos

Wenn versicherte Risiken teilweise, vollständig oder 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 Das Versicherungsverhältnis 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 ausübt 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 anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss 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. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat. Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.
- 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 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 Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Schriftform 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 Ziff. 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 Ziff. 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 fünf Jahren nach Vertragsabschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf zehn 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 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 Ziff. 26.1 zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

Weitere Bestimmungen

27. Mitversicherte

- 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 Partnergesellschaft 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.

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen der Generali Versicherung AG (AUB 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 der 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 Gefahrumstände 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 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 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 beruhte, 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 Gefahrabversicherung 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.
 1. 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.
 2. 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.
 3. 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 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
 - I. 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.
 - II. Der Vertrag kann beendet werden durch Kündigung in Schriftform eines der Vertragspartner

1. 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;
2. 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;
3. 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.
- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. 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

- I. 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.
- II. 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, künftige 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.
- III.
 1. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrags gelten die Bestimmungen der §§ 37 und 38 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag.
 2. 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.
 3. 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.
 4. 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.
 5. 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.
 6. 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.
 7. Der Versicherer ist bei Verzug berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
 8. 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.
- IV. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

- V. Im Fall des § 4 IV. (militärische Einsätze) wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- I. 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 Berufsgruppeneinteilung 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.
- II.
 1. 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.
 2. 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.
 3. 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.
 4. 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.

- I. Invaliditätsleistung
 1. 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.
 2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
 - a) Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit

• eines Armes	70%
• eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
• eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
• einer Hand	55%
• eines Daumens	20%
• eines Zeigefingers	10%
• eines anderen Fingers	5%
• eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70%
• eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
• eines Beines bis unterhalb des Knies	50%
• eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
• eines Fußes	40%
• einer großen Zehe	5%
• einer anderen Zehe	2%
• eines Auges	50%
• des Gehörs auf einem Ohr	30%
• des Geruchs	10%
• des Geschmacks	5%
 - 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 Tagelohn gezahlt. Das Tagelohn wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
 2. Das Tagelohn 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-Tagelohn bezogen hat, erhält er ein Genesungsgeld in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt vier 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 zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat sich von dem 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 Übergangslleistung 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 Übergangslleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
 - bei Tagelohn bis zu einem Tagelohnsatz,
 - 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 Unfallversicherung-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, Anerkenntnis, 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

- 1.1 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:

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

- 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

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

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 der Generali Versicherung AG

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.

- 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.

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

Schulausfallgeld

- 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.

- 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€ (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€.

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€.

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€ 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€ Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonore 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€ 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 (Grundsumme) 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 dieses Familienvorsorge beruht, höchstens 25.000€ für Invalidität (Grundsumme) 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/Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin) beschäftigt sind,
- Studentin/Studenten 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 Erkrankunggeht 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 Diphterie 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.

Versehensklausele

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/ihrer 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Assistance Leistungen (PRO TRIP Zusatzassistance 2010) der Europ Assistance AG

I. Ersatz von Zahlungsmitteln

1. Gerät die versicherte Person auf einer Reise im Ausland aufgrund von Diebstahl, Raub oder sonstigem Abhandenkommen ihrer Reisezahlungsmittel in eine finanzielle Notlage, stellt der Versicherer die Verbindung zur Hausbank der versicherten Person her.

Ist die Kontaktaufnahme zur Hausbank nicht binnen 24 Stunden nach dem der Schadenmeldung folgenden Werktag möglich, kann die versicherte Person ein Darlehen des Versicherers bis zu 1.600€ je Schadenfall in Anspruch nehmen.

2. Die Auszahlung des Darlehens erfolgt nur gegen schriftliche, unbedingte Verpflichtung der versicherten Person zur Rückzahlung bis spätestens 30 Tagen nach Auszahlung an den Versicherer.
3. Der Verlust ist bei Verdacht auf eine strafbare Handlung unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen; die versicherte Person hat sich dies polizeilich bescheinigen zu lassen. In jedem Falle sind Nachforschungen beim Fundbüro anzustellen und bescheinigen zu lassen.

II. Ersatz von Dokumenten

1. Gerät die versicherte Person auf einer Reise im Ausland aufgrund von Diebstahl, Raub oder sonstigem Abhandenkommen ihrer Reisedokumente in eine Notlage, benennt der Versicherer die zuständigen Behörden und notwendigen Unterlagen für die Ausstellung der für die Beendigung der Reise erforderlichen Ersatzdokumente.
2. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Ersatzbeschaffung der für die Beendigung der Reise im Ausland erforderlichen Ersatzdokumente. Kosten für die Ausstellung von Ersatzdokumenten nach Beendigung der Reise werden nicht erstattet.
3. Der Verlust ist bei Verdacht auf eine strafbare Handlung unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen; die versicherte Person hat sich dies polizeilich bescheinigen zu lassen. In jedem Falle sind Nachforschungen beim Fundbüro anzustellen und bescheinigen zu lassen.

III. Hilfe bei Strafverfolgungsmaßnahmen

1. Wird die versicherte Person mit Haft bedroht oder verhaftet, ist der Versicherer bei der Vermittlung eines Anwalts und eines Dolmetschers behilflich.
2. Die versicherte Person kann ein Darlehen des Versicherers für die Begleichung von Gerichts-, Anwalts- und Dolmetscherkosten oder einer Strafkaution von insgesamt bis zu 12.000€ in Anspruch nehmen.
3. Die Auszahlung des Darlehens erfolgt nur gegen schriftliche, unbedingte Verpflichtung der versicherten Person zur Rückzahlung bis spätestens 30 Tagen nach Auszahlung an den Versicherer.

IV. Heimreise im Notfall

1. Bei Tod, einer schweren Unfallverletzung oder unerwartet schwerer Erkrankung eines Angehörigen organisiert der Versicherer die Heimreise aus dem Ausland und erstattet die zusätzlichen Fahrtkosten per Bahn oder Flugzeug (Economy Klasse).
Als Angehörige der versicherten Person zählen Ehepartner, Kinder, Eltern, Lebensgefährte (eheähnliche Gemeinschaft), Lebenspartner (gem. LPartG), Stiefeltern, Stiefkinder, Großeltern, Enkel, Geschwister, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Schwager und Schwägerin.
2. Bei einem Schaden am Eigentum der versicherten Person durch Feuer, Elementarereignisse oder Straftat eines Dritten organisiert der Versicherer die Heimreise aus dem Ausland und erstattet die zusätzlichen Fahrtkosten per Bahn oder Flugzeug (Economy Klasse).

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Schaden im Verhältnis zu der wirtschaftlichen Lage und dem Vermögen des Geschädigten erheblich oder die Anwesenheit der versicherten Person zur Schadenfeststellung notwendig ist.

3. Nicht genutzte Reiseleistungen werden nicht erstattet. Je Versicherungsjahr wird für maximal zwei derartige Versicherungsfälle geleistet.

V. Anreise einer Vertrauensperson im Notfall

1. Wird die versicherte Person während der Reise im Ausland aufgrund schwerer Unfallverletzung oder unerwarteter schwerer Erkrankung für einen Zeitraum von mehr als fünf Tagen stationär behandelt organisiert der Versicherer auf Wunsch der versicherten Person die An- und Abreise einer nahe stehenden Person zum Ort des Krankenhauses und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die Fahrtkosten per Bahn oder Flugzeug (Economy Klasse) sowie die Kosten einer einfachen Unterbringung. Erstattet werden diese Leistungen bis zu einem Betrag von max. 4.000€ pro Schadensfall.

VI. Besondere Ausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für die Leistungen nach IV. und V.,

1. sofern die Erkrankung eine psychische Reaktion auf ein Kriegsereignis, innere Unruhen, einen Terrorakt, ein Flugunglück oder auf die Befürchtung von Kriegsereignissen, inneren Unruhen oder Terrorakten ist;
2. bei chronischen psychischen Erkrankungen, auch wenn diese schubweise auftreten, sowie bei Suchterkrankungen;

VII. Obliegenheiten nach Eintritt des Schadensfalles

1. Die versicherte Person hat folgende Unterlagen beim Versicherer einzureichen:
 - a) Versicherungsnachweis, Buchungunterlagen und Rechnungen;
 - b) bei schwerer Unfallverletzung, unerwarteter schwerer Erkrankung ein Attest eines Arztes, bei psychischer Erkrankung ein Attest eines Facharztes für Psychiatrie;
 - c) bei Tod eine Sterbeurkunde;
 - d) bei Schaden am Eigentum und bei Feuer oder Elementarereignissen während der Reise geeignete Nachweise (z. B. Polizeiprotokoll)
 - e) bei Verlust von Zahlungsmitteln oder Dokumenten eine Bescheinigung des Fundbüros und ggfs. ein Nachweis der polizeilichen Anzeige
 - f) einen Nachweis für drohende oder tatsächliche Strafverfolgungsmaßnahmen
2. Die versicherte Person ist zum Nachweis des versicherten Ereignisses außerdem verpflichtet, dem Versicherer auf Verlangen das Recht einzuräumen, die Frage einer schweren Unfallverletzung oder einer unerwarteten schweren Erkrankung durch ein fachärztliches Gutachten überprüfen zu lassen.
3. Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, ist die EA von ihrer Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist die EA berechtigt, Ihre Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer zu beweisen. Die EA bleibt insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung der EA gehabt hat, es sei denn, dass die versicherte Person arglistig gehandelt hat.

Allgemeine Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck (AVB Reisegepäck 2008)

1 Welche Sachen und Personen sind versichert?

1.1 Versichert ist Ihr gesamtes Reisegepäck, das Ihrer mitreisenden Familienangehörigen sowie Ihres namentlich im Versicherungsschein aufgeführten Lebensgefährten und dessen Kinder, soweit diese Personen mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben (Versicherte).

Für Reisen, die mit Ihnen in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen gemäß Absatz 1 getrennt oder allein unternehmen, besteht Versicherungsschutz nur, wenn dies besonders vereinbart ist.

1.2 Als Reisegepäck gelten sämtliche Sachen des persönlichen 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 der Reise erworben werden. Gegenstände, die üblicherweise nur zu beruflichen Zwecken mitgeführt werden, sind nur gemäß besonderer Vereinbarung versichert.

Sachen, die dauernd außerhalb Ihres Hauptwohnsitzes aufbewahrt werden (z. B. in Zweitwohnungen, Booten, Campingwagen), gelten nur als Reisegepäck, solange sie von dort aus zu Fahrten, Gängen oder Reisen mitgenommen werden.

1.3 falt- und Schlauchboote sowie andere Sportgeräte, jeweils mit Zubehör, sind nur versichert, solange sie sich nicht in bestimmungsgemäßem Gebrauch befinden; Außenbordmotore sind stets ausgeschlossen.

1.4 Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall sowie Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme, jeweils mit Zubehör, sind – unbeschadet der Entschädigungsgrenze in Ziffer 4.1 – nur versichert, solange sie

1.4.1 bestimmungsgemäß getragen bzw. benutzt werden oder

1.4.2 in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden oder

1.4.3 einem Beherbergungsbetrieb zur Aufbewahrung übergeben sind oder

1.4.4 sich in einem ordnungsgemäß verschlossenen Raum eines Gebäudes, eines Passagierschiffes oder in einer bewachten Garderobe 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 einseharen Behältnissen einem Beförderungsunternehmen oder einer Gepäckaufbewahrung übergeben sind.

1.5 Nicht versichert sind: Geld, Wertpapiere, Fahrkarten, Urkunden und Dokumente aller Art, Gegenstände mit überwiegendem Kunst- oder Liebhaberwert, Kontaktlinsen, Prothesen jeder Art, sowie Land-, Luft-, und Wasserfahrzeuge jeweils mit Zubehör, einschließlich Fahrräder, Hängegleiter und Segelsurfergeräte (falt- und Schlauchboote – s. aber Ziffer 1.3). Ausweispapiere (Ziffer 11.1.4) sind jedoch versichert.

2 Welche Gefahren und Schäden sind versichert?

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, Mut- 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 Sie oder andere Versicherte erreicht). Ersetzt werden die nachgewiesenen Aufwendungen für Ersatzkäufe bis zu 10% der Versicherungssumme; höchstens 400€ je Versicherungsfall.

3 Welche Gefahren und Schäden sind nicht versichert?

3.1 Ausgeschlossen sind die Gefahren

3.1.1 des Krieges, Bürgerkrieges oder kriegsähnlicher Ereignisse und solche, die sich unabhängig vom Kriegszustand aus der feindlichen Verwendung von Kriegswerkzeugen sowie aus dem Vorhandensein von Kriegswerkzeugen als Folge einer dieser Gefahren ergeben;

3.1.2 von Streik, Aussperrung, Arbeitsunruhen, terroristischen oder politischen Gwalthandlungen, unabhängig von der Anzahl der daran beteiligten Personen, Aufruhr und sonstigen bürgerlichen Unruhen;

3.1.3 der Beschlagnahme, Entziehung oder sonstiger Eingriffe von hoher Hand;

3.1.4 aus der Verwendung von chemischen, biologischen, biochemischen Substanzen oder elektromagnetischen Wellen als Waffen mit gemeingefährlicher Wirkung, und zwar ohne Rücksicht auf sonstige mitwirkende Ursachen;

3.1.5 der Kernenergie oder sonstiger ionisierender Strahlung.*

*) 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 u. a. Haftpflichtversicherungen ab.

3.2 Wir leisten keinen Ersatz für Schäden, die

3.2.1 verursacht werden durch die natürliche oder mangelhafte Beschaffenheit der versicherten Sachen, Abnutzung oder Verschleiß;

3.2.2 während des Zeltens oder Campings innerhalb des hierfür benutzten Geländes eintreten.

4 Für welche Sachen und Schäden ist die Ersatzpflicht begrenzt?

4.1 Schäden an Pelzen, Schmucksachen und Gegenständen aus Edelmetall sowie an Foto-, Filmapparaten und tragbaren Videosystemen jeweils mit Zubehör (Ziffer

1.4) werden je Versicherungsfall insgesamt mit höchstens 50% der Versicherungssumme ersetzt. Ziffern 5.1.3 und 5.2 Satz 2 bleiben unberührt.

4.2 Schäden

4.2.1 durch Verlieren (Ziffer 2.2.2),

4.2.2 an Geschenken und Reiseandenken, die auf der Reise erworben wurden, werden jeweils insgesamt mit bis zu 10% der Versicherungssumme, maximal mit 400€ je Versicherungsfall ersetzt.

5 Wie ist der Versicherungsschutz in Kraftfahrzeugen und Wassersportfahrzeugen geregelt?

5.1 Es besteht Versicherungsschutz gegen Diebstahl oder Einbruchdiebstahl aus unbeaufsichtigt abgestellten Kraftfahrzeugen oder Anhängern nur, soweit sich das Reisegepäck in einem fest umschlossenen und durch Verschluss gesicherten Innen- oder Kofferraum befindet.

5.1.1 Wir haften im Rahmen der Versicherungssumme in voller Höhe nur, wenn nachweislich

5.1.1.1 der Schaden tagsüber eingetreten ist. Als Tageszeit gilt allgemein die Zeit zwischen 6.00 Uhr und 22.00 Uhr;

5.1.1.2 das Kraftfahrzeug oder der Anhänger in einer abgeschlossenen Garage – Parkhäuser oder Tiefgaragen, die zur allgemeinen Benutzung offen stehen, genügen nicht – abgestellt war oder

5.1.1.3 der Schaden während einer Fahrtunterbrechung von nicht länger als 2 Stunden Dauer eingetreten ist.

5.1.2 Können Sie und die anderen Versicherten keine der unter Ziffer 5.1.1 genannten Voraussetzungen nachweisen, so ist die Entschädigung je Versicherungsfall auf 250€ begrenzt.

5.1.3 In unbeaufsichtigt abgestellten Kraftfahrzeugen oder Anhängern sind Pelze, Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall sowie Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör nicht versichert.

5.2 Es besteht Versicherungsschutz im unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeug 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.

5.3 Als Beaufsichtigung gilt nur Ihre ständige Anwesenheit oder die eines anderen Versicherten oder einer von Ihnen bzw. einem anderen Versicherten beauftragten Vertrauensperson beim zu sichernden Objekt, nicht jedoch z. B. die Bewachung eines zur allgemeinen Benutzung offen stehenden Platzes o. ä.

5.4 Verletzen Sie oder andere Versicherte eine der vorstehenden Obliegenheiten, so richten sich die Rechtsfolgen nach Ziffer 14.4.

6 Welche Anzeigepflichten müssen bis zum Vertragsabschluss eingehalten werden und was sind die Folgen, wenn Sie diese verletzen?

6.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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

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

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

6.2 Rücktritt

6.2.1 Voraussetzungen des Rücktritts

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

6.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, dass Sie bzw. der andere Versicherte die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig falsch gemacht haben.

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

6.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, 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 Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

6.3 Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

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

6.4 Rückwirkende Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie, noch andere Versicherte die

- Pflichtverletzung zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen. In unserer Mitteilung haben wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hinzuweisen.
- 6.5 Ausübung unserer Rechte**
- Wir müssen die uns nach Ziffern 6.2 bis 6.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Wir haben die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen; wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.
- Uns stehen die Rechte nach den Ziffern 6.2 bis 6.4 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Wir können uns auf die in den Ziffern 6.2 bis 6.4 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige gekannt haben.
- 6.6 Erlöschen unserer Rechte**
- Unsere Rechte zum Rücktritt (Ziffer 6.2), zur Kündigung (Ziffer 6.3) und zur Vertragsänderung (Ziffer 6.4) erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn Sie oder Ihre Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.
- 6.7 Anfechtung**
- Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.
- 7 Was haben Sie bei einer Gefahrerhöhung zubeachten**
- 7.1 Begriff der Gefahrerhöhung**
- 7.1.1** Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung die tatsächlich vorhandenen Umstände so verändert werden, dass der Eintritt des Versicherungsfalles oder eine Vergrößerung des Schadens oder unsere ungerechtfertigte Inanspruchnahme wahrscheinlicher wird.
- 7.1.2** Eine Gefahrerhöhung kann insbesondere – aber nicht nur – vorliegen, wenn sich ein gefahrerheblicher Umstand ändert, nach dem wir vor Vertragsabschluss in Textform gefragt haben.
- 7.1.3** Eine Gefahrerhöhung nach Ziffer 7.1.1 liegt nicht vor, wenn sich die Gefahr nur unerheblich erhöht hat oder nach den Umständen als mitversichert gelten soll.
- 7.2 Pflichten von Ihnen und anderen Versicherten**
- 7.2.1** Nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung dürfen weder Sie, noch andere Versicherte ohne unsere vorherige Zustimmung eine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- 7.2.2** Erkennen Sie oder ein anderer Versicherter nachträglich, dass ohne unsere vorherige Zustimmung eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder gestattet wurde, so müssen Sie oder ein anderer Versicherter uns dies unverzüglich anzeigen.
- 7.2.3** Eine Gefahrerhöhung, die nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung unabhängig von Ihrem Willen eintritt, müssen Sie oder ein anderer Versicherter uns unverzüglich anzeigen, nachdem Sie bzw. ein anderer Versicherter davon Kenntnis erlangt haben.
- 7.3 Kündigung oder Vertragsänderung durch uns**
- 7.3.1** Unser Kündigungsrecht
- Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter die Verpflichtung nach Ziffer 7.2.1, können wir den Vertrag fristlos kündigen, wenn Sie oder ein anderer Versicherter die Verpflichtung vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt haben.
- Beruhet die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- Wird uns eine Gefahrerhöhung in den Fällen nach Ziffer 7.2.2 und 7.2.3 bekannt, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- 7.3.2** Vertragsänderung
- Statt der Kündigung können wir ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden erhöhten Beitrag verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr ausschließen. Erhöht sich in diesem Fall der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir die Absicherung der höheren Gefahr aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In unserer Mitteilung haben wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hinzuweisen.
- 7.4 Erlöschen unserer Rechte**
- Unsere Rechte zur Kündigung oder Vertragsänderung nach Ziffer 7.3 erlöschen, wenn wir diese nicht innerhalb eines Monats ab unserer Kenntnis von der Gefahrerhöhung ausüben oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Gefahrerhöhung bestanden hat.
- 7.5 Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung**
- 7.5.1** Tritt nach einer Gefahrerhöhung der Versicherungsfall ein, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn Sie oder ein anderer Versicherter die Pflichten nach Ziffer 7.2.1 vorsätzlich verletzt haben.
- Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter diese Pflichten grob fahrlässig, so sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie oder ein anderer Versicherter zu beweisen.
- 7.5.2** Bei einer Gefahrerhöhung nach Ziffer 7.2.2 und 7.2.3 sind wir bei vorsätzlicher Verletzung Ihrer Pflichten nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem uns die Anzeige hätte zugegangen sein müssen. Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter die Pflichten grob fahrlässig, so gelten Ziffer 7.5.1 Satz 2 und 3 entsprechend. Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn uns die Gefahrerhöhung zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt bekannt war.
- 7.5.3** Unsere Leistungspflicht bleibt ferner bestehen,
- 7.5.3.1** soweit Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, dass die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war oder
- 7.5.3.2** wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für unsere Kündigung abgelaufen war und wir nicht gekündigt haben oder
- 7.5.3.3** wenn wir statt der Kündigung ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden erhöhten Beitrag verlangt haben.
- 8 Was gilt hinsichtlich Beginn, Ende und zum Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?**
- 8.1** Innerhalb der vereinbarten Laufzeit des Vertrages beginnt der Versicherungsschutz mit dem Zeitpunkt, an dem zum Zwecke des unverzüglichen Antritts der Reise versicherte Sachen aus Ihrer ständigen Wohnung 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.
- 8.2** 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 von Ihnen sowie anderen Versicherten nicht zu vertretenden Gründen verzögert und Sie sowie andere Versicherte nicht in der Lage sind, eine Verlängerung zu beantragen.
- 8.3** Die Versicherung gilt für den vereinbarten Bereich.
- 8.4** Fahrten, Gänge und Aufenthalte innerhalb Ihres ständigen Wohnorts gelten nicht als Reisen.
- 9 Wie sollen Sie die Versicherungssumme bemessen; was ist der Versicherungswert?**
- 9.1** Die Versicherungssumme soll dem Versicherungswert des gesamten versicherten Reisegepäcks gemäß Ziffer 1 entsprechen. Auf der Reise erworbene Geschenke und Reiseandenken bleiben unberücksichtigt.
- 9.2** Als Versicherungswert gilt derjenige Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte an Ihrem ständigen Wohnort anzuschaffen, abzüglich eines dem Zustand der versicherten Sachen (Alter, Abnutzung, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages (Zeitwert).
- 10 Was ist zur Beitragszahlung sowie zur Dauer des Vertrages zu beachten?**
- 10.1** Beginn des Versicherungsschutzes
- Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2.1 zahlen.
- 10.2** Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung zum ersten oder einmaligen Beitrag
- 10.2.1** Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor Beginn des Versicherungsschutzes. Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.
- 10.2.2** Verzug
- Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, geraten Sie 30 Tage nach Ablauf der in Ziffer 10.2.1 genannten Frist und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- 10.2.3** Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
- Zahlen weder Sie, noch ein anderer Versicherter den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 10.2.4** Rücktritt
- Zahlen weder Sie, noch ein anderer Versicherter den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 10.3** Fälligkeit und Folgen verspäteter Zahlung eines Folgebeitrages
- 10.3.1** Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
- Ein Folgebeitrag wird zu dem vereinbarten Zeitpunkt der jeweiligen Versicherungsperiode fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraumes bewirkt ist.
- Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 10.3.2** Zahlungsaufforderung
- Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss (Mahnung). Die Mahnung ist nur wirksam, wenn wir die rückständigen Beträge des Beitrages, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und außerdem auf die Rechtsfolgen – Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht – aufgrund der nicht fristgerechten Zahlung hinweisen.
- 10.3.3** Wegfall des Versicherungsschutzes
- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz (Leistungsfreiheit), wenn wir Sie mit unserer Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 hierauf hingewiesen haben.
- 10.3.4** Kündigung
- Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 hierauf hingewiesen haben.
- Haben wir gekündigt, und zahlen Sie nach Erhalt unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist nach Ziffer 10.3.2 und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 10.4** Lastschrift
- 10.4.1** Ihre Pflichten
- Ist zur Einziehung des Beitrages das Lastschriftverfahren vereinbart worden, haben Sie zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages für eine ausreichende Deckung Ihres Kontos zu sorgen.

- 10.4.2 Änderung des Zahlungsweges
Haben Sie es zu vertreten, dass ein oder mehrere Beiträge, trotz wiederholtem Einziehungsversuch, nicht eingezogen werden können, sind wir berechtigt, die Lastschriftvereinbarung in Textform zu kündigen. Wir haben in der Kündigung darauf hinzuweisen, dass Sie verpflichtet sind, den ausstehenden Beitrag und zukünftige Beiträge selbst zu übermitteln. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können Ihnen in Rechnung gestellt werden.
- 10.5 Ratenzahlung
Ist Ratenzahlung vereinbart, so gelten die ausstehenden Raten bis zu den vereinbarten Zahlungsterminen als gestundet.
Die gestundeten Raten der laufenden Versicherungsperiode werden sofort fällig, wenn Sie mit einer Rate ganz oder teilweise in Verzug geraten oder wenn eine Entschädigung fällig wird.
- 10.6 Vertragsdauer
10.6.1 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
10.6.2 Stillschweigende Verlängerung
Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.
- 10.6.3 Vertragsbeendigung
10.6.3.1 Vertragsdauer von weniger als einem Jahr
Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
10.6.3.2 Kündigung bei mehrjährigen Verträgen
Der Vertrag kann bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren von Ihnen zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Schriftform zugehen.
- 10.6.4 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
10.6.4.1 Allgemeiner Grundsatz
Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht uns für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil des Beitrages zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
10.6.4.2 Beitrag bei Widerruf
Üben Sie Ihr Recht aus, Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen zu widerrufen, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages zu erstatten. Voraussetzung ist, dass wir in der Belehrung über das Widerrufsrecht, über die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.
Ist die Belehrung nach Satz 2 unterblieben, haben wir zusätzlich den für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beitrag zu erstatten; dies gilt jedoch nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.
10.6.4.3 Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf und Rücktritt
Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen einer Anzeigepflichtverletzung (Ziffer 6.2) oder durch Anfechtung durch uns wegen arglistiger Täuschung (Ziffer 6.7) beendet, steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.
Treten wir nach Ziffer 10.2.4 wegen nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrages zurück, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- 11 Was wird von uns ersetzt; was gilt bei Unterversicherung?**
11.1 Wir ersetzen
11.1.1 für zerstörte oder abhanden gekommene Sachen ihren Versicherungswert zur Zeit des Schadeneintritts;
11.1.2 für beschädigte reparaturfähige Sachen die notwendigen Reparaturkosten und gegebenenfalls eine bleibende Wertminderung, höchstens jedoch den Versicherungswert;
11.1.3 für Filme, Bild-, Ton- und Datenträger nur den Materialwert;
11.1.4 für die Wiederbeschaffung von Personal-Ausweisen, Reisepässen, Kraftfahrzeug-Papieren und sonstigen Ausweispapieren die amtlichen Gebühren.
11.2 Vermögensfolgeschäden werden nicht ersetzt.
11.3 Ist die Versicherungssumme gemäß Ziffer 9 bei Eintritt des Versicherungsfalles niedriger als der Versicherungswert (Unterversicherung), so haften wir nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zum Versicherungswert.
- 12 Wann liegt Überversicherung vor und was gilt für diesen Fall?**
12.1 Übersteigt die Versicherungssumme den Wert der versicherten Sachen, so können sowohl Sie, als auch wir verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung die Versicherungssumme mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird.
12.2 Von diesem Zeitpunkt an ist für die Höhe des Beitrages der Betrag maßgebend, den wir berechnet haben würden, wenn der Vertrag von vornherein mit dem neuen Inhalt geschlossen worden wäre.
12.3 Haben Sie eine Überversicherung in der Absicht geschlossen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig. Uns steht in diesen Fällen der Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem wir von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt haben. Unsere etwaigen Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.
- 13 Was ist Mehrfachversicherung und was gilt hierzu?**
13.1 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.
13.2 Wenn die Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass Sie dies wussten, können Sie die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.
- Sie können 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.
- 13.3 Das Recht auf Aufhebung oder Herabsetzung erlischt, wenn Sie es nicht innerhalb eines Monats geltend machen, nach dem Sie von der Mehrfachversicherung Kenntnis erlangt haben. Die Aufhebung oder Herabsetzung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem uns die Erklärung, mit der sie verlangt wird zugeht.
- 13.4 Haben Sie eine Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig. In diesem Fall haben wir auf den Beitrag Anspruch, der auf den Zeitraum bis zu unserer Kenntniserlangung von den die Nichtigkeit begründenden Umständen entfällt.
- 14 Welche Obliegenheiten müssen Sie und die anderen Versicherten einhalten; was sind die Folgen, wenn dagegen verstoßen wird?**
14.1 Sie oder ein anderer Versicherter haben
14.1.1 uns jeden Schadenfall unverzüglich anzuzeigen;
14.1.2 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 unsere Weisungen zu beachten;
14.1.3 alles zu tun, was zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sein kann. Sie oder ein anderer Versicherter haben alle Belege, die den Entschädigungsanspruch nach Grund und Höhe beweisen, einzureichen, soweit ihre Beschaffung Ihnen bzw. dem anderen Versicherten billigerweise zugemutet werden kann, sowie auf Verlangen ein Verzeichnis über alle bei Eintritt des Schadens gemäß Ziffer 1 versicherten Sachen vorzulegen.
14.2 Schäden, die im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens (einschließlich Schäden durch nicht fristgerechte Auslieferung gemäß Ziffer 2.3) oder eines Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, müssen von Ihnen bzw. einem anderen Versicherten diesen unverzüglich gemeldet werden. Uns 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.
14.3 Schäden durch strafbare Handlungen (z.B. Diebstahl, Raub, vorsätzliche Sachbeschädigung) sind außerdem von Ihnen oder einem anderen Versicherten unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle unter Einreichung einer Liste aller in Verlust geratenen Sachen anzuzeigen. Sie bzw. ein anderer Versicherter haben sich dies polizeilich bescheinigen zu lassen. Bei Schäden durch Verlieren (Ziffer 2.2.2) haben Sie oder ein anderer Versicherter Nachforschungen beim Fundbüro anzustellen.
14.4 Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter vorsätzlich eine Obliegenheit, die bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber uns zu erfüllen ist, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens der Obliegenheitsverletzung entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen.
14.5 Außer im Falle der Arglist sind wir jedoch zur Leistungsverpflichtet, soweit Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.
14.6 Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- 15 In welchen Fällen kann es noch zum Wegfall der Entschädigungspflicht kommen?**
15.1 Führen Sie oder ein anderer Versicherter den Schaden vorsätzlich herbei, so sind wir von der Entschädigungspflicht frei.
15.2 Führen Sie oder ein anderer Versicherter den Schaden grob fahrlässig herbei, so sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
15.3 Versuchen Sie oder ein anderer Versicherter uns arglistig über Tatsachen zu täuschen, die für den Grund oder die Höhe der Entschädigung von Bedeutung sind, so sind wir von der Entschädigungspflicht frei.
- 16 Wann ist die Entschädigung zu zahlen und ab wann zu verzinsen?**
16.1 Fälligkeit der Entschädigung
Die Entschädigung wird fällig, wenn unsere Feststellungen zum Grunde und zur Höhe des Anspruchs abgeschlossen sind.
Sie können einen Monat nach Meldung des Schadens den Betrag als Abschlagszahlung beanspruchen, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.
16.2 Verzinsung
Für die Verzinsung gilt, soweit nicht aus einem anderen Rechtsgrund eine weitergehende Zinspflicht besteht:
16.2.1 Die Entschädigung ist – soweit sie nicht innerhalb eines Monats nach Meldung des Schadens geleistet wird – seit Anzeige des Schadens zu verzinsen.
16.2.2 Der Zinssatz liegt bei 4%.
16.2.3 Die Zinsen werden zusammen mit der Entschädigung fällig.
16.3 Hemmung
Bei der Berechnung der Fristen gemäß Ziffer 16.2 ist der Zeitraum nicht zu berücksichtigen, in dem infolge Ihres Verschuldens oder des eines anderen Versicherten die Entschädigung nicht ermittelt oder nicht gezahlt werden kann.
16.4 Aufschiebung der Zahlung
Wir können die Zahlung aufschieben, solange
16.4.1 Zweifel an Ihrer Empfangsberechtigung bestehen;
16.4.2 ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren gegen Sie oder einen anderen Versicherten aus Anlass dieses Versicherungsfalles noch nicht abgeschlossen ist.
- 17 Wann, wie und zu welchem Zeitpunkt kann der Vertrag nach einem Versicherungsfall gekündigt werden?**

- 17.1 Kündigungsrecht
Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles können Sie und wir den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Schriftform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Entschädigung zugegangen sein.
- 17.2 Kündigung durch Sie
Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
- 17.3 Kündigung durch uns
Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

18 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- 18.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.
- 18.2 Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 18.3 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, zählt der Zeitraum vom Beginn der Verjährung bis zum Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung bei Ihnen oder einem anderen Anspruchsteller bei der Fristberechnung nicht mit.

19 Was gilt hinsichtlich des Überganges von Ersatzansprüchen?

- 19.1 Übergang von Ersatzansprüchen
Steht Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf uns über, soweit wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, kann der Übergang nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- 19.2 Obliegenheiten zur Sicherung von Ersatzansprüchen
Sie haben Ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren, und nach Übergang des Ersatzanspruchs auf uns bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.
Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich, sind wir zur Leistung in soweit nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

20 Was ist zur Übergabe von Erklärungen und Zahlungen zwischen Ihnen und unserem Vermittler zu beachten?

- 20.1 Zu Ihren Erklärungen
Der Versicherungsvertreter (Vermittler) ist bevollmächtigt, von Ihnen abgegebene Erklärungen entgegenzunehmen betreffend:
- 20.1.1 den Abschluss bzw. den Widerruf eines Versicherungsvertrages,
- 20.1.2 ein bestehendes Versicherungsverhältnis einschließlich dessen Beendigung,
- 20.1.3 Anzeige- und Informationspflichten vor Abschluss des Vertrages und während des Versicherungsverhältnisses.
- 20.2 Zu unseren Erklärungen
Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Ihnen die von uns ausgefertigten Versicherungsscheine oder deren Nachträge zu übermitteln.
- 20.3 Zahlungen an den Versicherungsvertreter
Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Zahlungen, die Sie im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrages an ihn leisten, anzunehmen. Eine Beschränkung dieser Vollmacht müssen Sie nur gegen sich gelten lassen, wenn Sie die Beschränkung bei der Vornahme der Zahlung kannten oder in Folge grober Fahrlässigkeit nicht kannten.

21 Was ist bei Ihren Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt, wenn Sie uns Ihre Anschriften- oder Namensänderung nicht mitteilen?

- 21.1 Form
Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind die für uns bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber uns erfolgen, in Textform abzugeben.
Erklärungen und Anzeigen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an unsere im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben unberührt.
- 21.2 Nichtanzeige einer Änderung der Anschrift oder des Namen
Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an Ihre uns zu letzt bekannte Anschrift. Entsprechendes gilt bei einer uns nicht angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

22 Welches Gericht ist zuständig?

- 22.1 Klagen gegen uns
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 22.2 Klagen gegen Sie
Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist eine juristische Person Versicherungsnehmer, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach deren Sitz oder deren Niederlassung. Das gleiche gilt, wenn eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürger-

lichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft Versicherungsnehmer ist.

- 22.3 Unbekannter Wohnsitz oder Wohnsitz außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz
Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit bei Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

23 Welches Recht ist anzuwenden?

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Reisegepäck- und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG PRO TRIP (2008)

Für das Produkt PRO TRIP gelten abweichend bzw. in Ergänzung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Besondere Versicherungsbedingungen:

I. Allgemeines

1. Versicherte Personen

Alle Personen mit ständigem Wohnsitz (Hauptwohnsitz) in Deutschland, die nicht älter als 69 Jahre sind und sich vorübergehend im Ausland aufhalten, können versichert werden.

2. Geltungsbereich

Als Ausland gelten alle Länder außer denjenigen, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat. Besitzt eine versicherte Person sowohl die deutsche Staatsangehörigkeit als auch die eines anderen Staats oder ist sie Staatsangehörige eines EU-Mitglieds- oder EWR-Vertragsstaates, besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt. Die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland. Wird der Auslandsaufenthalt während der Laufzeit des Vertrages durch einen vorübergehenden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland unterbrochen, werden für dort auch eintretende Versicherungsfälle Leistungen erbracht, wenn der Versicherungsvertrag für die Dauer von mindestens 6 Monaten abgeschlossen wurde und der vorübergehende Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, dessen Beginn im Schadensfall vom Versicherungsnehmer nachzuweisen ist, die Dauer von 4 Wochen noch nicht überschritten hat.

3. Zustandekommen des Vertrages

- a) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordruckes (z. B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins) zustande.
- b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrages (Datum Poststempel bzw. Datum auf dem Quittungsabschnitt des Geldinstituts) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordruckes.
- c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Absendung (Datum des Poststempels) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordruckes.
- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des E-Mail-Versands) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

Für a - d gilt: Der Versicherungsvertrag kommt endgültig erst zustande, wenn Sie innerhalb der Widerrufsfrist Ihr Widerrufsrecht nicht ausgeübt haben.

Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrages zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch der Beitrag gezahlt, so steht der Beitrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zur Verfügung.

4. Prämienzahlung, Fälligkeit der Prämien

Die Prämie ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer nach Zugang des Versicherungsscheins und nach Ablauf der Widerrufsfrist fällig. Bei einer über einen Monat hinausgehenden Versicherungsdauer kann die Zahlung des Beitrages in gleichen monatlichen Raten vereinbart werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die erste Beitragsrate ist bei Versicherungsbeginn fällig, die Folgeraten jeweils zu Beginn des Folgemonats. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten sofort fällig.

5. Vertragslaufzeit

Der Versicherungsvertrag wird für die einzelne Reise abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt einen Monat. Die Höchstversicherungsdauer beträgt beträgt fünf Jahre.

Die genaue Versicherungsdauer entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein.

6. Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

Nach Ablauf des beantragten Zeitraums endet die Versicherung automatisch. Reist die versicherte Person vorzeitig ab, teilen Sie uns dies bitte sofort mit. Ein

Anruf genügt. Sie bezahlen dann nur die bis zum Eingang dieser Mitteilung angefallenen Monatsbeiträge. Das Lastschriftverfahren wird gestoppt, und eventuelle Überzahlungen bekommen Sie umgehend und ohne Abzug einer Verwaltungsgebühr zurück überwiesen.

Kommt es zu einem Au-pair- oder Gastfamilienwechsel, rechnen wir auch taggenau ab. Sie zahlen nur für den tatsächlichen Versicherungszeitraum und müssen keinen vollen Monat bezahlen. Die Rückerstattung erfolgt ab einem Rückzahlungsbetrag von 10€. Für die Rückerstattung fallen keine Verwaltungsgebühren an.

II. Privathaftpflichtversicherung

1. Versicherungssummen und Leistungsumfang

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt in der Privathaftpflichtversicherung je Versicherter das Doppelte der folgenden Versicherungssummen:

1.1 Für PROTRIP M, L und Z

1.000.000€ pauschal für Personen- und/oder Sachschäden

100.000€ für Mietsachschäden

Schäden am unbeweglichen Eigentum einer Gastfamilie sind mit einem Selbstbehalt von 250€ mitversichert.

1.2 Für PROTRIP S

Keine Leistungen

2. Besondere Bedingungen für die Privathaftpflichtversicherung

2.1 versichertes Risiko

2.1.1 Versichert ist im Rahmen der vereinbarten Allgemeinen Haftpflicht-Versicherungsbedingungen (AHB) und der nachstehenden Bestimmungen Ihre gesetzliche Haftpflicht als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens.

2.1.2 Ausgenommen sind die Gefahren

2.1.2.1 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;

2.1.2.2 einer verantwortlichen Betätigung in Vereinigungen aller Art;

2.1.2.3 einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung.

2.2 Familie, Haushalt und Sport

Mitversichert ist Ihre gesetzliche Haftpflicht

2.2.1 als Familien- und Haushaltsvorstand, z. B. aus der Aufsichtspflicht über minderjährige Kinder;

2.2.2 als Dienstherr der in seinem Haushalt tätigen Personen;

2.2.3 als Radfahrer;

2.2.4 aus der Ausübung von Sport, ausgenommen sind eine jagdliche Betätigung und die Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen sowie die Vorbereitung hierzu (Training).

2.3 Kraft-, Luft- und Wasserfahrzeuge

Nicht versichert ist Ihre Haftpflicht als Eigentümer, Besitzer, Halter oder Führer eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs oder Kraftfahrzeuganhängers wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.

3. Besondere Bedingungen für die Versicherung der Au-pair Tätigkeit

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht des Au-pairs (Berufshaftpflicht) aus den Tätigkeiten, die die versicherte Person aufgrund ihres Ausbildungsstandes ausüben darf. Dieser Schutz gilt auch für Sprachreisende, die bei Familien mit Kindern wohnen und ähnliche Tätigkeiten wie Au-pairs verrichten.

Personenschäden, die das Au-pair an den Gasteltern und deren Kindern schuldhaft verursacht sind mitversichert. Je nach Tarifvariante sind Schäden am unbeweglichen Eigentum der Gastfamilie mitversichert.

4. Mitversicherung von Mietsachschäden

4.1 Eingeschlossen ist – abweichend von Ziffer 7.6 der vereinbarten Allgemeinen Haftpflicht-Versicherungsbedingungen – Ihre 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.

4.2 Ausgeschlossen sind

4.2.1 Haftpflichtansprüche wegen

- Abnutzung, Verschleiß und übermäßiger Beanspruchung;
- Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden;
- Glasschäden, soweit Sie sich hiergegen besonders versichern können;
- Schäden infolge von Schimmelbildung;

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

4.3 Die Höchstersatzleistung je Schadenereignis ergibt sich aus dem Versicherungsschein und beträgt das Doppelte dieser Summe für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres.

Die Ersatzleistung für Mietsachschäden wird auf die Versicherungssumme für Sachschäden angerechnet.

5. Subsidiärdeckung

Soweit für die versicherten Personen andere Privathaft- oder Berufshaftpflichtversicherungen bestehen, wird Versicherungsschutz nur dann geboten, wenn und soweit der andere Versicherer nicht einzutreten hat.

III. Unfallversicherung

1. Leistungsumfang

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

2. Versicherungssummen

Die Versicherungssummen betragen je Person:

2.1 Für PROTRIP M, L und Z

5.000€ Todesfall

30.000€ Invaliditätssumme

Progression 350%

3.000€ für Bergungskosten

3.000€ für kosmetische Operationen

2.2 Für PROTRIP S

Keine Leistungen

3. Invaliditätsstaffel

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350% – sofern vereinbart

Ergänzend zu Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Tabelle zugrunde gelegt:

Invaliditätsgrad in % / Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme

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

IV. Reisegepäckversicherung

1. Leistungsumfang

Mit der Reisegepäckversicherung schützt Sie der Versicherer bei Verlust oder Beschädigung des versicherten Gepäcks gegen die finanziellen Schäden. Dieser Schutz gilt während der gesamten Dauer Ihrer Reise.

2. Versicherungssummen

2.1 Für PRO TRIP L und Z

Die Versicherungssumme beträgt je Person 2.500€. Versicherungsschutz besteht für die im Versicherungsschein aufgeführte Person, nicht für Familienangehörige, Lebensgefährten und in häuslicher Gemeinschaft lebender Personen.

Für Schäden an Pelzen, Schmucksachen, und Gegenständen aus Edelmetall, Laptops sowie Foto-, Filmapparaten und tragbaren Videosystemen jeweils mit Zubehör ist die Ersatzpflicht je Versicherungsfall begrenzt auf höchstens 50% der Versicherungssumme.

2.2 Für PRO TRIP M und S

Keine Leistungen

3. Laptops

Laptops sind im Rahmen der Versicherungshöchstgrenzen mitversichert.

4. Camping

4.1 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.

4.2 Werden Sachen unbeaufsichtigt im Zelt oder Wohnwagen zurückgelassen, so besteht Versicherungsschutz für Schäden durch Diebstahl, Einbruchdiebstahl sowie Mut- oder Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung) nur, wenn

4.2.1 bei Zelten: der Schaden nicht während der Nachtzeit eingetreten ist. Als Nachtzeit gilt allgemein die Zeit zwischen 22.00 Uhr und 06.00 Uhr. Das Zelt ist mindestens zuzubinden oder zuzuknöpfen.

4.2.2 bei Wohnwagen: dieser durch Verschluss ordnungsgemäß gesichert ist.

4.2.3 Pelze, Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall (Ziffer 1.4 AVB Reisegepäck) sind im unbeaufsichtigten Zelt oder Wohnwagen nicht versichert.

4.2.4 Als Beaufsichtigung gilt nur Ihre ständige Anwesenheit oder die eines anderen Versicherten oder einer von Ihnen bzw. einem anderen Versicherten beauftragten Vertrauensperson beim zu sichernden Objekt, nicht jedoch z. B. die Bewachung eines zur allgemeinen Benutzung offen stehenden Platzes o.ä.

4.3 Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör, Uhren, optische Geräte, Jagd Waffen, Radio- und Fernsehapparate, Tonaufnahme- und Wiedergabegeräte, jeweils mit Zubehör, sind nur versichert, solange sie 4.3.1 in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden oder

- 4.3.2 der Aufsicht des offiziellen Campingplatzes zur Aufbewahrung übergeben sind oder
- 4.3.3 sich in einem durch Verschluss ordnungsgemäß gesicherten Wohnwagen oder in einem fest umschlossenen und durch Verschluss gesicherten Kraftfahrzeug auf einem offiziellen Campingplatz befinden.
- 4.4. Sofern kein offizieller Campingplatz (siehe Ziffer 1.) benutzt wird, sind Schäden durch Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung, Mut- oder Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung) ausgeschlossen.
- 4.5. Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist, können wir den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte. Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verlieren Sie und die anderen Versicherten den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens 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 wir Sie bzw. die anderen Versicherten durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Weisen Sie oder ein anderer Versicherter nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie oder ein anderer Versicherter die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

5. Fahrräder

- 5.1. Abweichend von Ziffer 1.5 AVB Reisegepäck besteht Versicherungsschutz auch für Fahrräder, solange sie sich nicht in bestimmungsgemäßem Gebrauch befinden.
- 5.2. Bei Diebstahl besteht Versicherungsschutz nur, wenn das Fahrrad zur Zeit des Diebstahls durch ein Kabinenschloss oder ein Schloss mit vergleichbarem Sicherheitswert, hierzu zählen regelmäßig keine Rahmenschlösser, gesichert war. Ziffer 2.1 AVB Reisegepäck bleibt unberührt. Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist, können wir den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte. Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verlieren Sie und die anderen Versicherten den Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens 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 wir Sie bzw. die anderen Versicherten durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Weisen Sie oder ein anderer Versicherter nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie oder ein anderer Versicherter die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- 5.3. Wir ersetzen Schäden an mit dem Fahrrad lose verbundenen und regelmäßig seinem Gebrauch dienenden Sachen nur, wenn sie zusammen mit dem Fahrrad abhanden gekommen sind.
- 5.4. Die Entschädigung ist je Versicherungsfall auf 250€ begrenzt, wenn der Diebstahl während der Nachtzeit verübt wird. Als Nachtzeit gilt allgemein die Zeit zwischen 22.00 Uhr und 06.00 Uhr.
- 5.5. Sie oder ein anderer Versicherter haben Unterlagen über den Hersteller, die Marke und die Rahmennummer der versicherten Fahrräder zu beschaffen und aufzubewahren. Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter diese Bestimmung, so können Sie Entschädigung nur verlangen, wenn Sie die Merkmale anderweitig nachweisen.

Gesetzesauszüge

§ 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.

§ 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 nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

[...]

§ 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 infolge dessen 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.

§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

- (1) Die Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten durch den Versicherer darf nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erfolgen; sie ist nur zulässig, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist und die betroffene Person eine Einwilligung erteilt hat.
- (2) Die nach Absatz 1 erforderliche Einwilligung kann vor Abgabe der Vertragserklärung erteilt werden. Die betroffene Person ist vor einer Erhebung nach Absatz 1 zu unterrichten; sie kann der Erhebung widersprechen.
- (3) Die betroffene Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.
- (4) Die betroffene Person ist auf diese Rechte hinzuweisen, auf das Widerspruchsrecht nach Absatz 2 bei der Unterrichtung.

Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Erklärungen zum Datenschutz

Mit Antragsstellung willigen Sie ein, dass wir im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Versicherungsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch für entsprechende Prüfungen anderweitig beantragter (Versicherungs-)Verträge und bei künftigen Anträgen.

Sie willigen ferner ein, dass die Unternehmen der AMB Generali Gruppe, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung Ihrer Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an ihre Vermittler weitergeben.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willigen Sie weiter ein, dass die Vermittler Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen dürfen.

Die Vertragsdaten werden gespeichert.

Diese Einwilligung gilt im Zusammenhang mit dem beiliegenden Merkblatt zur Datenverarbeitung.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

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

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

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

3. Datenübermittlung und Speicherung bei der AMB Generali Schadenmanagement GmbH

Um die Schadenbearbeitung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten, hat die AMB Generali Gruppe eine Schadenmanagementgesellschaft gegründet, die konzernweit als eigenständige Tochtergesellschaft für bestimmte Versicherer der AMB Generali Gruppe tätig wird. Dies sind derzeit die Aachen-Münchener Versicherung AG, die Generali Versicherung AG sowie die Volksfürsorge Deutsche Sachversicherung AG.

Die AMB Generali Schadenmanagement GmbH übernimmt in unserem Auftrag die Bearbeitung von Groß- und Spezialschäden auf dem Gebiet der Schaden-, Unfall, Haftpflicht- und Kfz-Versicherung. Zu diesen Zwecken benötigt die AMB Generali Schadenmanagement GmbH Ihre Vertrags- und Schadendaten. Dazu gehören beispielsweise Ihre Angaben im Antrag, auch Gesundheitsdaten insbesondere in der Unfallversicherung, versicherungstechnische Daten wie Vertragslaufzeit, Versicherungssumme oder Bankverbindung sowie erforderlichenfalls Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, Sachverständigen oder eines Arztes (u. a. Behandlungsberichte).

Die AMB Generali Schadenmanagement GmbH ist verpflichtet, ein angemessenes Datenschutzniveau sicher zu stellen, einen zweckgebundenen und rechtlich zulässigen Umgang mit den Daten zu gewährleisten sowie den Grundsatz der Verschwiegenheit zu beachten.

4. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

5. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risiko- beurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim GDV und PKV-Verband zentrale Hinweissysteme.

Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

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

- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung;

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

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von zwölf Monaten.

- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens drei Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.
- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer – Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer – Meldung bei

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

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und Verhütung.

6. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

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

Zur Kostenersparnis können dabei einzelne Bereiche zentralisiert werden, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten können in einer zentralen Datensammlung geführt werden.

a) Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden.

b) Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

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

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit u. a. folgende Unternehmen an:

- Generali Versicherung AG
- Generali Lebensversicherung AG
- AachenMünchener Lebensversicherung AG
- AachenMünchener Versicherung AG
- AdvoCard Rechtsschutzversicherung AG
- AMB Generali Pensionsfonds AG
- AMB Generali Pensionskasse AG
- AMB Generali Schadenmanagement GmbH
- AMB Generali Services GmbH
- AMPAS- Aachener und Münchener Partner-Service-Gesellschaft mbH.
- Generali Investments Deutschland Kapitalanlagegesellschaft mbH
- Central Krankenversicherung AG
- COSMOS Lebensversicherung-AG
- COSMOS Versicherung AG
- Deutsche Bausparkasse Badenia AG
- Dialog Lebensversicherungs-AG
- ENVIVAS Krankenversicherung AG
- PENSOR Pensionsfonds AG

- Volksfürsorge Deutsche Lebensversicherung AG
- Volksfürsorge Deutsche Sachversicherung AG
- Volksfürsorge Pensionskasse AG

Mit diesen Unternehmen sind Kooperationsverträge geschlossen.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kapitalanlagen, Immobilien, Bausparverträge), auch mit Unternehmen außerhalb der engeren Gruppe zusammen. Zur Zeit kooperieren wir mit:

- COMMERZBANK AG Frankfurt a. M.
- Commerz Grundbesitz-Investmentgesellschaft mbH Wiesbaden
- Europ Assistance Versicherung AG München

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Institute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

7. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Bausparkassen.

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

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

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

8. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

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

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

Widerrufsbelehrung

1. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, wenn Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Kundeninformation (Information gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes) und diese Belehrung zugegangen sind.

Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

Central Krankenversicherung AG, Europ Assistance Versicherung-AG bzw. Generali Versicherung AG
c/o Dr. Walter GmbH

Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Fax: +49(0)2247 9194-40

E-Mail: vertrag@dr-walter.com

2. Widerrufsfolgen

Im Falle des wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zu erstatten. Für Versicherungsschutz, der vor Ende der Widerrufsfrist gewährt wurde, steht dem Versicherer der auf die Zeit bis Zugang des Widerrufs entfallende Teil des Beitrags zu. Darüber hinaus gezahlte Beiträge hat der Versicherer zu erstatten.

3. Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Auch bei Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat besteht kein Widerrufsrecht.

Informationen zu diesem Produkt finden Sie im Internet unter

www.protrip.de

Dr. Walter GmbH
 Versicherungsmakler
 Eisenerzstraße 34
 53819 Neunkirchen-Seelscheid

T +49(0)2247 9194-0
 F +49(0)2247 9194-40

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