

Verbraucherinformationen zu dem Produkt PROTRIP-WORLD-GRUPPE

Inhaltsverzeichnis

Produktinformationsblatt S. 1

Kundeninformation S. 2

Begriffsdefinitionen S. 3

Versicherungsbedingungen und Gesetzesauszüge

Versicherungsbedingungen PROTRIP-WORLD-GRUPPE
Auslandskrankenversicherung (AVB-18PW)
der Allianz Partners S. 3

Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen
der Generali Versicherung AG (AHB 2008) S. 8

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen inklusive
Zusatzbedingungen der Generali Versicherung AG (AUB 2008) S. 12

Erweiterungen der AUB 88 Fassung 2008 der Generali Versicherung AG S. 15

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von
Assistance-Leistungen (PROTRIP-WORLD-GRUPPE Zusatzassistance 2014)
der Europ Assistance Versicherung-AG S. 18

Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht- und
Unfallversicherung der Generali Versicherung AG
PROTRIP-WORLD-GRUPPE (2014) S. 19

Gesetzesauszüge S. 20

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten S. 20

Widerrufsrecht S. 21

Dienstleisterliste S. 21

Produktinformationsblatt

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über das Ihnen angebotene Produkt PROTRIP-WORLD-GRUPPE, welches eine Kombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen darstellt, die von der LAC Living Abroad Community e. V. entwickelt und für ihre Mitglieder abgeschlossen wurde. Mit Beitritt zu diesem Vertrag sind Sie im Rahmen der folgenden Versicherungsbedingungen versichert.

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

- den folgenden Versicherungsbedingungen:
 - Versicherungsbedingungen PROTRIP-WORLD-GRUPPE Auslandskrankenversicherung der Allianz Partners (im Folgenden: AVB-18PW),
 - Allgemeine Haftpflichtversicherungsbedingungen AHB 2008 der Generali Versicherung AG (im Folgenden: AHB 2008),
 - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen inklusive Zusatzbedingungen der Generali Versicherung AG (im Folgenden: AUB 2008),
 - Erweiterungen der AUB 88 Fassung 2008 der Generali Versicherung AG,
 - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Assistance-Leistungen (PROTRIP-WORLD-GRUPPE Zusatzassistance 2014) der Europ Assistance Versicherungs-AG,
 - Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht- und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG PROTRIP-WORLD-GRUPPE 2014 (im Folgenden: Besondere Bedingungen PROTRIP-WORLD-GRUPPE),
- der Aufnahmebestätigung (gilt als Versicherungsbestätigung),
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen,
- Ihrem Aufnahmeantrag.

1. Art der Versicherungsverträge

Bei PROTRIP-WORLD-GRUPPE handelt es sich um Kombinationen aus Reisekranken-, Reisehaftpflicht-, Reiseunfall- und Assistanceversicherung für internationale Studenten und Doktoranden, Sprach- und Austauschschüler, Au-pairs, Freiwillige, Highschool- und Work-and-Travel-Teilnehmer, die sich für ein bis zwei Jahre im Ausland aufhalten möchten.

PROTRIP-WORLD-GRUPPE ist eine Gruppenvertragslösung aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen, über die sich Mitglieder der LAC Living Abroad Community e. V. (LAC) sowie Teilnehmer von angeschlossenen Partnerfirmen und Organisationen für Auslandsaufenthalte versichern können.

Mit Beitritt zu diesem Vertrag erhalten Sie eine Aufnahmebestätigung, aus der Sie die versicherten Personen und den versicherten Leistungsumfang entnehmen können.

Das Produkt PROTRIP-WORLD-GRUPPE wird exklusiv über die DR-WALTER GmbH (DR-WALTER) bzw. deren Vertriebspartner angeboten und verwaltet.

2. Was ist versichert?

Dieses Dokument gibt einen Überblick über die wichtigsten Leistungen. Die genauen Regelungen und Leistungsausschlüsse entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

PROTRIP-WORLD-GRUPPE	
Auslandskrankenversicherung	
Stationäre und ambulante Heilbehandlungen, einschließlich Operationen	unbegrenzt
Arznei-, Heil- und Verbandsmittel	unbegrenzt
Schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz und Zahnprothesen, pro Fall bis zu	500 €
Medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung auf Grund eines Unfalles bis zu	1.000 €
Ambulante Erstbehandlung psychischer Erkrankungen bis zu	1.500 €
Stationäre Notfallbehandlung bei erstmals auftretenden geistigen und seelischen Störungen bis zu	20.000 €
Transportkosten zum nächstgelegenen Krankenhaus (z. B. mit Ambulanzfahrzeugen)	unbegrenzt
Krankenrückholung an den Wohnort der versicherten Person im Heimatland	unbegrenzt
Überführung der sterblichen Überreste der versicherten Person	unbegrenzt
Allgemeiner Selbstbehalt je Versicherungsfall	0 €
Selbstbeteiligung nur für USA-Reisen: bei Behandlung im Emergency Room; entfällt bei medizinischer Notwendigkeit bzw. bei nachfolgendem stationären Aufenthalt	250 €
Unbegrenzte Nachleistung bei Verlängerung des Auslandsaufenthaltes aus medizinischen Gründen	✓
Vorerkrankungen, sofern bei planmäßiger Durchführung der Reise mit einer Behandlung nicht zu rechnen war	✓
Schutz im Heimatland bei Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes	✓
Haftpflichtversicherung	
Privathaftpflichtversicherung inklusive "Berufs"-Haftpflicht für Au-pairs pauschal für Personen- und/oder Sachschäden bis	1.000.000 €
Sachschäden am unbeweglichen Eigentum der Gastfamilie bis	1.000.000 €
Mietsachschäden mitversichert bis	100.000 €
Haftpflichtschäden, die in Ausführung einer Praktikums-tätigkeit verursacht werden, bis	10.000 €
Selbstbehalt bei Haftpflichtschäden pro Schadensfall	100 €
Unfallversicherung	
Kapitalzahlung bei Unfalltod	10.000 €
Invaliditätssumme	30.000 €
Invaliditätsstaffel	350 %
Kapitalzahlung bei 100% Unfallinvalidität	105.000 €
Bergungskosten	25.000 €
Unfallbedingte kosmetische Operationen	10.000 €
Assistanceversicherung	
Ersatz von Zahlungsmitteln	✓
Ersatz von Dokumenten	✓
Hilfe bei Strafverfolgungsmaßnahmen	✓
Heimreise im Notfall	✓
Anreise Vertrauensperson im Notfall pro Schadensfall bis zu einem Betrag von max.	4.000 €

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 (Näheres s. § 12 AVB-18PW).
- **in der Haftpflichtversicherung:**
Schäden an geleasteten, gepachteten oder geliehenen Sachen (Näheres s. 7. Ausschlüsse AHB 2008).
- **in der Unfallversicherung:**
vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle und Schäden auf Grund vorsätzlicher Straftaten (Näheres s. § 2 AUB 2008).
- **in der Assistanceversicherung:**
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-WORLD-GRUPPE Zusatzassistance 2014).

3. Beitrag: Höhe, Fälligkeit und Folgen bei Nichtzahlung (alle Angaben in €)

Der monatliche Gesamtbeitrag setzt sich aus Mitgliedsbeitrag LAC (Anteil LAC), Krankenversicherungsbeitrag (Anteil KV), Haftpflicht-/Unfallversicherungsprämie (Anteil HU) und Assistanceversicherung (Anteil AS) zusammen.

In den Beiträgen zur Unfall-, Haftpflicht- und Assistanceversicherung sind jeweils 19% deutsche Versicherungssteuer enthalten. Die Beiträge zur Auslandskrankenversicherung sind gemäß § 4 Nr. 5 VersStg steuerfrei.

Der Beitrag ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer nach Zugang der Aufnahmebestätigung und nach Ablauf der Widerrufsfrist fällig.

Nur bei Konten in Deutschland oder Österreich: 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.

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. § 12 AVB-18PW);
- **in der Haftpflichtversicherung für:**
 - Schäden aus der Haltung oder Nutzung eines Kfz;
 - vorsätzlich herbeigeführte Schäden;
 - Schäden aus Austausch, Übermittlung und Bereitstellung elektronischer Daten (Näheres s. 7. Ausschlüsse 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 Assistanceversicherung für:**
 - 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-WORLD-GRUPPE Zusatzassistance 2014);

5. Obliegenheiten bei Vertragsschluss

Sie haben keine vorvertraglichen Anzeigepflichten zu erfüllen. Damit wir Ihren Antrag auf Mitgliedschaft 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- und Assistanceversicherung

- 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.

8. Beginn des Versicherungsschutzes

Die Mitgliedschaft wird für einen vereinbarten Zeitraum geschlossen. Der Versicherungsschutz beginnt – vorbehaltlich gesetzlicher Widerrufsrechte – mit dem in der Aufnahmebestätigung genannten Zeitpunkt, jedoch

- nicht vor Zahlung des Beitrags und
- nicht vor Beginn des Auslandsaufenthaltes.

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

9. Ihre Möglichkeit zur Beendigung der Verträge

Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf der in der Aufnahmebestätigung dokumentierten vereinbarten Laufzeit automatisch. Beendet die versicherte Person vorzeitig ihren Auslandsaufenthalt, kann die Mitgliedschaft vorzeitig beendet werden.

Kundeninformation

Das Produkt PROTRIP-WORLD-GRUPPE ist eine Versicherungskombination, die exklusiv über die DR-WALTER GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten wird. Mit den folgenden Angaben möchten wir, die DR-WALTER GmbH, 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 die:

Allianz Partners
AWP Health & Life SA,
Registergericht: Marken- und Unternehmensregister Bobigny,
Nummer: 401 154 679,
Eurosquare 2, 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen,
Frankreich

Den Versicherungsschutz für die Unfall- und Haftpflichtversicherung gewährt die:

Generali Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 München, Deutschland.
Sitz: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 177658

Den Versicherungsschutz für die Assistanceversicherung gewährt die:

Europ Assistance Versicherungs-AG, Adenauerring 9, 81737 München, Deutschland. Sitz und Registergericht München, HRB 61 405

Die Vertrags- und Leistungsabwicklung erfolgt über:

DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland. Sitz: Neunkirchen-Seelscheid, Registergericht: Amtsgericht Siegburg HRB 4701. Die DR-WALTER GmbH ist als Mehrfachvertreter nach § 34d Abs. 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. Im Vermittlerregister ist die DR-WALTER GmbH unter der Nummer D-QAMW-L7NVQ-57 registriert. Dies kann im Internet überprüft werden unter der Adresse <https://www.vermittlerregister.info> oder beim Versicherungsvermittlerregister beim Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e. V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, T 0180-600-585-0 (Festnetzpreis 0,20 €/Anruf; Mobilfunkpreise maximal 0,60€/Anruf). Die DR-WALTER GmbH hält eine direkte Beteiligung von 100% an den Stimmrechten der DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH. Kein Versicherungsunternehmen oder Mutter eines Versicherungsunternehmens hält eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10% an den Stimmrechten oder am Kapital der DR-WALTER GmbH.

2. Anwendbares Recht/Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet, soweit nichts anderes vereinbart ist, deutsches Recht Anwendung.

Deutsches Recht und deutscher Gerichtsstand gelten für alle vertraglichen Regelungen, die PROTRIP-WORLD im Allgemeinen, die Mitgliedschaft bei der LAC und die Vertragsbetreuung durch die DR-WALTER GmbH betreffen.

Deutsches Recht und deutscher Gerichtsstand gelten für den Versicherungsschutz, der über die Unfall-, Haftpflicht- und Assistanceversicherung abgedeckt wird.

Lediglich für den Versicherungsschutz der Auslandskrankenversicherung, der über die Allianz Frankreich abgedeckt wird, gelten im Streitfall französisches Recht und französischer Gerichtsstand.

3. Sprachen

Wir kommunizieren mit Ihnen in englischer und deutscher Sprache.

4. 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, Deutschland
T +49(0)2247 9194-0
F +49(0)2247 9194-306
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:

Bitte wenden Sie sich 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.

Beschwerden, die die Auslandskrankenversicherung betreffen, richten Sie bitte per Brief oder E-Mail an

- **Allianz Partners, AWP Health & Life SA – Relations Clients,**
Eurosquare 2, 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich.
E-Mail: clients@allianz.fr

Allianz Partners ist Mitunterzeichner des Vermittlungs-Charters des Französischen Verbandes der Versicherungsgesellschaften (FFSA). Daher können, im Falle einer anhaltenden und endgültigen Meinungsverschiedenheit und nach Erschöpfung aller unten aufgeführten innerstaatlichen Rechtsbehelfe, die Versicherungsgesellschaft, die Mitgliedsgesellschaft oder die versicherten Personen den Mediator des FFSA in Anspruch nehmen, der – ohne Nachteil für andere mögliche Rechtswege – per Post kontaktiert werden kann unter: BP 290 – 75425 Paris cedex 09.

gesetzlich zugelassenen Arzt, Zahnarzt oder anderen Therapeuten erbracht werden. Ansprüche/Kosten werden nur bezahlt/erstattet, wenn die medizinische Diagnose und/oder die verschriebene Behandlung mit allgemein akzeptierten medizinischen Verfahren übereinstimmt. Nicht medizinisch notwendig sind insbesondere Behandlungen, die die versicherte Person gegen ärztlichen Rat vornehmen lässt.

2. Medizinische Leistungen oder Versorgung werden nur dann als medizinisch notwendig und angemessen erachtet, wenn

- a) sie erforderlich sind, um den Zustand, die Erkrankung oder Verletzung eines Patienten zu diagnostizieren oder zu behandeln;
- b) die Beschwerden, die Diagnose und Behandlung mit der zugrunde liegenden Erkrankung übereinstimmen;
- c) sie die angemessenste Art und Stufe der medizinischen Versorgung darstellen und
- d) sie nur über einen angemessenen Behandlungszeitraum hinweg erbracht werden.

- **Elementarereignisse**
Elementarereignisse sind: Explosion, Sturm, Hagel, Blitzschlag, Hochwasser, Überschwemmung, Lawinen, Vulkanausbruch, Erdbeben, Erdbeben.

- **Versicherungsnehmer**
Versicherungsnehmer ist der Verein LAC Living Abroad Community e.V. für seine Mitglieder sowie für Firmen und Organisationen, die ihre Teilnehmer über die LAC für Auslandsaufenthalte absichern.

- **Angehörige**
Als Angehörige gelten der Ehe- bzw. Lebenspartner oder der Lebensgefährte, mit dem die versicherte Person vor Antritt des versicherten Aufenthaltes in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat, Kinder, Eltern, Adoptivkinder, Adoptiveltern, Stiefkinder, Stiefeltern, Großeltern, Geschwister, Enkel, Schwiegereltern, Schwiegerkinder und Schwäger.

- **Reise**
Als Reise im Sinne dieser Verbraucherinformationen gelten alle Reisen, die während des versicherten Aufenthaltes unternommen werden, wenn die Entfernung zwischen dem Aufenthaltsort im Aufenthaltsland und dem Zielort der Reise mehr als 50 km beträgt.

Begriffsdefinitionen

Die Wörter und Ausdrücke, die in dieser Verbraucherinformation verwandt werden, haben die folgenden Bedeutungen:

- **Ausland**
Als Ausland gelten alle Länder, jedoch nicht das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat bzw. vor Antritt des versicherten Aufenthaltes zuletzt hatte.
- **Eingriffe von hoher Hand**
Eingriffe von hoher Hand sind Maßnahmen der Staatsgewalt (z. B. Beschlagnahme von exotischen Souvenirs durch den Zoll oder Einreiseverweigerung aufgrund fehlender vorgeschriebener Einreisepapiere).
- **Chronische Erkrankungen**
Eine chronische Erkrankung liegt vor, wenn sich die versicherte Person aufgrund eines Grundleidens regelmäßig und über einen Zeitraum von mindestens einem Jahr in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung befindet. Zu chronischen Erkrankungen zählen auch solche, die schubweise auftreten.
- **Antritt der Reise/Reiseantritt**
Die Reise ist mit dem Verlassen der Wohnung angetreten.
- **Aufenthaltsland**
Als Aufenthaltsland gilt das Land im Ausland bzw. das Gastland, in dem sich die versicherte Person beispielsweise zum Zweck des Studiums, der Au-pair-Tätigkeit, des Praktikums, des Schulbesuchs oder der Teilnahme an einem Work-and-Travel-Programm vorübergehend aufhält.
- **Heimatland**
Heimatland ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat bzw. vor Antritt des versicherten Aufenthaltes zuletzt hatte.
- **Heimaturlaub**
Als Heimaturlaub gilt die Unterbrechung des Auslandsaufenthaltes für einen vorübergehenden Besuch/Urlaub im Heimatland.
- **Gastland**
Als Gastland gelten alle Länder weltweit. Als Gastland gilt nicht das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat bzw. vor Antritt des versicherten Aufenthaltes zuletzt hatte.
- **Gastfamilie**
Die Gastfamilie umfasst eine oder mehrere natürliche Personen, die verantwortlich sind für die Bereitstellung der Unterbringung, den Lebensunterhalt und die allgemeine Betreuung während des versicherten Aufenthaltes.
- **Unverzüglich**
Ohne schuldhaftes Zögern.
- **Versicherte Personen**
Versicherte Personen sind die in der Versicherungsbestätigung namentlich genannten Personen oder die im Versicherungsschein beschriebenen Personenkreise, die im Rahmen der Versicherung Versicherungsschutz genießen.
- **Versicherter Aufenthalt**
Versicherungsschutz besteht für den in der Versicherungsbestätigung genannten Zeitraum. Die Versicherung sollte immer für den gesamten Aufenthalt im Ausland abgeschlossen werden und gilt dann auch für die direkte Hin- und Rückreise in das Aufenthaltsland bzw. in das Heimatland.
- **LAC**
LAC steht für LAC Living Abroad Community e.V. Die LAC ist ein Verein, der sich um die Interessen von Personen im Ausland kümmert und diesen Personen Informationen und Serviceleistungen anbietet. Eine dieser Serviceleistungen ist der Rahmenvertrag PROTRIP-WORLD-GRUPPE, den die LAC als Versicherungsnehmer abgeschlossen hat und über den Mitglieder für die Dauer ihres Auslandsaufenthaltes abgesichert werden können.
- **Medizinisch notwendig/Medizinisch notwendige Heilbehandlung**
1. Behandlungen und diagnostische Verfahren sind nur versichert, wenn sie einen diagnostischen, kurativen und/oder palliativen Zweck haben, medizinisch notwendig und angemessen sind. Sie müssen von einem

Versicherungsbedingungen PROTRIP-WORLD-GRUPPE Auslandskrankenversicherung der AWP Health & Life SA (AVB 18PW)

Einleitung

Der Verein Living Abroad Community (LAC) hat im Namen eines seiner Mitglieder eine Krankenversicherung mit Allianz Partners abgeschlossen. Zweck dieser Versicherung ist die Bereitstellung von Erstattungen an die Verbandsmitglieder, die den Sachleistungen entsprechen, wie sie von der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) gezahlt werden.

Die hierdurch entstehenden Rechte und Obliegenheiten

- für den die Police abschließenden Versicherungsnehmer-Verein, nachfolgend als "der Versicherungsnehmer-Verein" oder "der LAC-Verband" bezeichnet,
- für das Mitglied des Versicherungsnehmer-Vereins, nachfolgend als "die Mitgliedsgesellschaft" bezeichnet,
- für internationale Studenten und Doktoranden, Studenten in den Bereichen Sprache und Kulturaustausch, Au-pairs, Praktikanten, Freiwillige sowie „Work and Travel“-Teilnehmer an internationalen Mobilitätsprogrammen, die den Status einer versicherten Person erwerben,
- für den Versicherer, vertreten durch Allianz Partners und nachfolgend als „der Versicherer“ bezeichnet,

werden im vorliegenden Vertrag festgelegt, der französischem Recht unterliegt.

Titel I – Vertragszweck und -grundlagen

Artikel 1 – Vertragszweck

Für den vorliegenden Gruppenversicherungsvertrag findet das Französische Versicherungsgesetz Anwendung und dabei im Speziellen die Bestimmungen in Titel IV von Buch I des genannten Gesetzes, die den Bereich der Gruppenversicherungen regeln. Vertragsgrundlage sind die Erklärungen des Versicherungsnehmer-Vereins, der Mitgliedsgesellschaft und der versicherten Personen.

Zweck der vorliegenden Versicherungspolice ist die Bereitstellung von Erstattungen an internationale Studenten und Doktoranden, Studenten in den Bereichen Sprache und Kulturaustausch, Au-pairs, Praktikanten, Freiwillige sowie „Work and Travel“-Teilnehmer an internationalen Mobilitätsprogrammen des Versicherungsnehmer-Vereins gemäß der Definition im vorliegenden Vertrag, wobei die erstatteten Leistungen den Sachleistungen entsprechen, wie sie von der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) gezahlt werden.

Der Vertrag besteht aus:

- der Mitgliedschaftsurkunde, ausgefüllt und unterzeichnet von den Vertretern des LAC-Verbands und der Mitgliedsgesellschaft.
- einer an den LAC-Verband übergebenen Broschüre mit Einzelheiten über den Versicherungsschutz, die Bedingungen für dessen Wirksamwerden und Anwendung sowie die im Schadensfall zu erfüllenden Formalitäten.

Der oben genannte Personenkreis wird durch diesen Vertrag versichert.

Artikel 2 – Datum des Inkrafttretens, Dauer und Verlängerungsdatum des Vertrags

Gemäß der Unterschrift des Versicherungsnehmer-Vereins tritt der vorliegende Vertrag am 1. August 2014 in Kraft und läuft bis zum 31. Dezember 2014.

Danach verlängert sich der Vertrag durch stillschweigende Vereinbarung an jedem 1. Januar um ein weiteres Jahr, sofern er nicht von einer der Parteien per Einschreiben mit Rückschein gekündigt wird, wobei selbiges Einschreiben spätestens am 31. Oktober aufgegeben werden muss.

Auf Bestreben des Versicherers kann der Vertrag auch beendet werden:

- zu jedem Zeitpunkt falls die Anzahl der Versicherten nicht länger, gemäß der vorab aufgeführten Definition, der vollständigen Kategorie bestehend aus an weltweiten Mobilitätsprogrammen teilnehmenden internationalen Studenten und Doktoranden entspricht,
- im Falle der Nichtzahlung der Prämie gemäß den Bestimmungen aus Artikel 21 der vorliegenden Police,
- am Auslaufdatum der Mitgliedschaftsurkunde der Mitgliedsgesellschaft,
- infolge einer Zwangsliquidation (oder ähnlicher Verfahren) des Versicherungsnehmer-Vereins.

Artikel 3 – Datum des Inkrafttretens, Dauer und Verlängerungsdatum der Mitgliedschaftsurkunde

Die Mitgliedschaft in der Versicherung begründet sich durch eine Mitgliedschaftsurkunde, unterzeichnet vom LAC-Verband sowie dem Mitglied; diese weist insbesondere Folgendes auf:

- Mitgliedsnummer,
- Datum des Inkrafttretens der Police,
- betroffene Person,
- Geltungsbereich der Police,
- Art und Menge des abgeschlossenen Versicherungsschutzes,
- Prämienhöhe.

Für die Mitgliedsgesellschaft tritt die Versicherungspolice am in der Mitgliedschaftsurkunde aufgeführten Datum in Kraft, frühestens jedoch am 1. August 2014, und läuft bis zum 31. Dezember desselben Jahres.

Danach verlängert sich der Vertrag durch stillschweigende Vereinbarung an jedem 1. Januar um ein weiteres Jahr, sofern er nicht von der Mitgliedsgesellschaft per Einschreiben mit Rückschein an den Versicherungsnehmer-Verein gekündigt wird, wobei selbiges Einschreiben spätestens am 31. Oktober aufgegeben werden muss; die Kündigung wird daraufhin am 31. Dezember des laufenden Jahres wirksam. Der Versicherungsnehmer-Verein verpflichtet sich, den Versicherer unverzüglich darüber zu informieren.

Die Mitgliedschaftsurkunde kann darüber hinaus auch in einem der folgenden Fälle enden:

- am Datum, an dem die Mitgliedsgesellschaft nicht länger Mitglied des LAC-Verbands ist,
- Zu jedem Zeitpunkt falls die Anzahl der Versicherten nicht länger, wie in der Mitgliedschaftsurkunde definiert, der vollständigen Kategorie bestehend aus an weltweiten Mobilitätsprogrammen teilnehmenden internationalen Studenten und Doktoranden entspricht,
- infolge eines Sanierungsplans bzw. einer Zwangsliquidation des Versicherungsnehmer-Vereins.

Artikel 4 – Obliegenheiten des Versicherungsnehmer-Vereins und der Mitgliedsgesellschaft

Obliegenheiten des Versicherungsnehmer-Vereins

Der Versicherungsnehmer-Verein verpflichtet sich,

- der Mitgliedsgesellschaft die vom Versicherer bereitgestellte Broschüre zu übermitteln, die den Versicherungsschutz, die Bedingungen seines Inkrafttretens und des Antrags darauf sowie die im Schadensfall einzuhaltenden Formalitäten zusammenfasst,
- die Mitgliedsgesellschaft schriftlich über sämtliche Änderungen (insofern zutreffend) an ihren Rechten und Obliegenheiten zu informieren, insbesondere vor jeder Reduzierung des Versicherungsschutzes, jeglicher Änderung der Prämie oder Kündigung der Police oder der Mitgliedschaftsurkunde.

Obliegenheiten der Mitgliedsgesellschaft:

Der Versicherungsnehmer-Verein verpflichtet sich, die Mitgliedsgesellschaft über die im Folgenden aufgelisteten Obliegenheiten zu informieren. Die Mitgliedsgesellschaft verpflichtet sich im Gegenzug:

- 4.1 alle gegenwärtigen und künftigen Mitglieder der Kategorie internationale Studenten und Doktoranden, wie in diesem Vertrag definiert und entsprechend dem Versicherer gegenüber bekanntgegeben, für den vollständigen in der abgeschlossenen Police enthaltenen Versicherungsschutz anzumelden.
- 4.2 dem Versicherer durch den Versicherungsnehmer-Verein die folgenden Dokumente zukommen zu lassen:
 - 4.2.1 **Bei Beantragung der Mitgliedschaft:**
 - ein Antragsformular auf Mitgliedschaft, unterzeichnet vom Versicherungsnehmer-Verein, in dem der Austauschstudent genannt und als solcher gegenüber dem Versicherer erklärt wird, sowie die Höhe und der Geltungsbereich des gewählten Versicherungsschutzes und die Prämienhöhen; dieses Formular muss enthalten:
 - Persönliche Anträge auf Mitgliedschaft der zu versichernden internationalen Studenten und Doktoranden, in denen ihre jeweiligen Studienländer aufgeführt sind.

Die Mitgliedsgesellschaft erklärt sich bereit, seine Aussagen jederzeit zu bekräftigen.

Im Falle einer Auslassung oder fehlerhaften Darstellung seitens der Mitgliedsgesellschaft ist der Versicherer gemäß der Artikel L.113-8 und L.113-9 des Französischen Versicherungsgesetzes berechtigt, die Police entweder für null und nichtig zu erklären oder sie unter neuen, von ihm festgelegten Bedingungen fortzuführen.

4.2.2 Innerhalb von 15 Tagen ab dem Datum ihres Studienbeginns im Ausland:

- Persönliche Anträge auf Mitgliedschaft der neuen in Frage kommenden Mitglieder. Wird diese Frist nicht eingehalten, tritt die Mitgliedschaft erst von dem Tag an in Kraft, an dem der Versicherer diesen Mitgliedschaftsantrag erhält, selbst wenn vom Versicherungsnehmer-Verein bereits Prämien für die betroffenen internationalen Studenten und Doktoranden gezahlt wurden.

4.2.3 Innerhalb von 15 Tagen nach Ablauf eines jeden Quartals:

- Die Prämienzahlung, wie in Artikel 16 festgelegt, ggf. zusammen mit neu hinzugekommenen Änderungen:
 - an der Zusammensetzung der versicherten Gruppe, einschließlich des Beginns bzw. Endes des Studiums im Ausland,
 - im Studienland,
 - bei den Namen und Adressen der internationalen Studenten und Doktoranden.

4.2.4 An jedem jährlichen Verlängerungsdatum und spätestens am 31. Januar des darauffolgenden Geschäftsjahres:

- eine Jahresprämienrechnung mit Auflistung der während des vorangegangenen Geschäftsjahres versicherten Personen und der Daten über Beginn bzw. Ende des Studiums im Ausland.

4.3 jeder versicherten Person zum Zeitpunkt der Anmeldung gemäß Artikel L.141-4 des Französischen Versicherungsgesetzes die vom Versicherer erstellte und an den Versicherungsnehmer-Verein bereitgestellte Broschüre zu übergeben mit den Einzelheiten über den Versicherungsschutz, die Bedingungen für dessen Wirksamwerden und Anwendung sowie die im Schadensfall zu erfüllenden Formalitäten.

4.4 die versicherten Personen schriftlich über ggf. an ihren Rechten und Obliegenheiten vorzunehmende Änderungen zu informieren, insbesondere vor jeglicher Verringerung des Versicherungsschutzes, jeglicher Änderung an der Prämienhöhe oder an der Beendigung der Police, jeweils in Übereinstimmung mit dem Französischen Versicherungsgesetz.

Der Versicherungsnehmer-Verein haftet gegenüber seinen Studenten und Doktoranden im Falle der Nichteinhaltung der oben genannten Obliegenheiten (für die Absätze 4.3 und 4.4 gemäß Artikel 12 des Gesetzes Nr. 89-1009 vom 31. Dezember 1989 sowie Artikel L.141 – 4 des Französischen Versicherungsgesetzes).

Artikel 5 – Weitere Bestimmungen

5.1 Klausel über Gewinn- und Verlustrechnungen

Für jedes Kalenderjahr und sämtliche ähnlichen Verträge, denen die vorliegende Police unterliegt, erstellt der Versicherer eine allgemeine Kosten- und Leistungsrechnung.

5.2 Änderungen

Die Bedingungen der vorliegenden Police berücksichtigen die geltenden rechtlichen und behördlichen Bestimmungen am Datum des Inkrafttretens der Police.

Werden diese Bestimmungen jedoch während der Laufzeit der Police geändert, behält sich der Versicherer vor, die Police entsprechend zu ändern, frühestens jedoch ab dem Inkrafttreten der neuen rechtlichen oder behördlichen Bestimmungen.

Nichtsdestoweniger behält sich der Versicherungsnehmer-Verein vor, innerhalb von 30 Tagen nach der entsprechenden Benachrichtigung darüber durch den Versicherer, die fristlose Kündigung der Police zu verlangen.

Eine derartige Kündigung wird am ersten Tag des Kalendermonats wirksam, der auf die Forderung des Versicherungsnehmer-Vereins folgt bzw. ab dem Inkrafttreten der vorgeschlagenen Änderungen, sofern dies zu einem späteren Zeitpunkt geschieht.

In letzterem Fall bleiben der Versicherungsschutz sowie die Prämienkonditionen wie zum Zeitpunkt vor den genannten Änderungen bestehend vollumfänglich bis zum Kündigungsdatum in Kraft.

Der Versicherungsnehmer-Verein informiert die Mitgliedsgesellschaft über die Kündigung.

5.3 Versicherungsumfang

Sofern in der vorliegenden Police nicht anderweitig festgelegt, kann sich die versicherte Person bei Unfällen oder im Krankheitsfall in dem in Artikel 14 beschriebenen geografischen Gebiet 24 Stunden am Tag auf den Versicherungsschutz berufen, sowohl im Berufs- als auch im Privatleben.

5.4 Schadensfall

Jedes Ereignis, das einen möglichen Anspruch auf Versicherungsleistungen begründet, muss während der Gültigkeit des betreffenden Versicherungsschutzes eintreten und innerhalb der hierin festgelegten Zeiträume oder, falls kein Zeitraum festgelegt wurde, bis spätestens 6 Monate nach Ende des Versicherungszeitraums gemeldet werden.

5.5 Verjährung im Rahmen der vorliegenden Versicherungspolice

Die Bestimmungen bezüglich Verjährung aus dem vorliegenden Versicherungsvertrag sind in den Artikeln L.114-1 bis L.114-3 des Französischen Versicherungsgesetzes wie folgt festgelegt:

Artikel L.114-1 des Französischen Versicherungsgesetzes:

Sämtliche rechtlichen Schritte als Folge eines Versicherungsvertrags sind für einen Zeitraum von 2 Jahren nach dem Ereignis, infolge dessen sie erfolgten, ausgeschlossen.

Der besagte Zeitraum läuft jedoch:

- 1 im Falle der Geheimhaltung, arglistigen Täuschung oder Vorspiegelung falscher Tatsachen in Bezug auf das eingegangene Risiko erst ab dem Datum, an dem der Versicherer davon Kenntnis erlangt;
- 2 im Schadensfall erst ab dem Datum, an dem die betroffenen Parteien davon Kenntnis erlangen, wenn sie nachweisen, dass sie von diesen Umständen bis dahin keinerlei Kenntnis hatten.

Wenn die rechtlichen Schritte der versicherten Person gegen den Versicherer aus dem Regress eines Dritten entstehen, beginnt die Verjährungsfrist erst ab dem Datum, an dem besagter Dritter rechtliche Schritte gegen die versicherte Person ergreift oder selbige dem Dritten Schadenersatz geleistet hat.

Die Verjährungsfrist für Lebensversicherungsverträge wird auf 10 Jahre erhöht, falls der Leistungsempfänger eine andere Person als der Versicherungsnehmer ist und, bei Versicherungsverträgen zur Abdeckung von Personenschäden, falls die Leistungsempfänger die Bevollmächtigten der verstorbenen versicherten Person sind.

Ungeachtet der Bestimmungen aus Absatz 2 unterliegen im Falle von Lebensversicherungsverträgen die rechtlichen Schritte des Leistungsempfängers einer maximalen Verjährungsfrist von 30 Jahren ab dem Todesdatum der versicherten Person.

Artikel L.114-2 des Französischen Versicherungsgesetzes:

Die Verjährungsfrist kann entweder durch einen üblichen gesetzlichen Grund oder durch die Ernennung von Sachverständigen im Schadensfall unterbrochen werden. Die Verjährungsfrist für Klagen kann auch dann unterbrochen werden, wenn der Versicherer die versicherte Person per Einschreiben mit Rückschein über die Prämienrückerstattung informiert und wenn die versicherte Person gegenüber dem Versicherer die Schadenzahlung anerkennt.

Artikel L.114-3 des Französischen Versicherungsgesetzes:

Abweichend von Artikel 2254 des französischen Gesetzbuches zum Zivilrecht dürfen unter keinen Umständen die Verjährungsfrist geändert oder weitere Gründe für die Aussetzung oder Unterbrechung derselben von den Vertragsparteien hinzugefügt werden, selbst wenn diese dies gegenseitig vereinbaren.

Weitere Informationen:

Die gewöhnlichen Fälle einer Unterbrechung der Verjährungsfrist sind in den Artikeln 2240 ff. des französischen Gesetzbuches zum Zivilrecht beschrieben; insbesondere sind dies: das Anerkenntnis der Rechte des Anspruchsgegners; ein Widerspruchsverfahren, auch zwischenzeitlicher Natur; das Durchsetzen von Ansprüchen. Die vollständige Auflistung der gewöhnlichen Fälle einer Unterbrechung der Verjährungsfrist findet sich in den genannten Artikeln des französischen Gesetzbuches zum Zivilrecht.

5.6 Regress

Gemäß dem Französischen Versicherungsgesetz können die Ersatzansprüche der leistungsberechtigten Person auf den Versicherer übergehen, um jegliche Regressverfahren gegen einen Dritten durchführen zu können.

Der Versicherer verzichtet auf sein Recht eines Regressverfahrens gegen den Versicherungsnehmer-Verein und die Mitgliedsgesellschaft.

5.7 Beschwerde

Im Falle einer Meinungsverschiedenheit mit dem Versicherer müssen der Versicherungsnehmer-Verein, die Mitgliedsgesellschaft oder die versicherten Personen als Erstes den dafür zuständigen Ansprechpartner bei Allianz Partnern kontaktieren.

Erfüllt die vorgeschlagene Lösung nicht die Erwartungen der versicherten Personen, des Versicherungsnehmer-Vereins oder der Mitgliedsgesellschaft, können sie auf dem Postweg oder per E-Mail eine Beschwerde richten an:

- **Allianz Partners**
AWP Health & Life SA - Relations Clients,
Eurosquare 2, 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, Frankreich.
E-Mail: clients@allianz.fr

Allianz Partners ist einer der Unterzeichner der Schlichtungsvereinbarung des Verbands der französischen Versicherungsunternehmen. Daher können der Versicherungsnehmer-Verein, die Mitgliedsgesellschaft bzw. die versicherten Personen im Falle einer anhaltenden und abschließenden Meinungsverschiedenheit und nach Ausschöpfung sämtlicher unten aufgelisteter Rechtsmittel den **Schlichter des Verbands der französischen Versicherungsunternehmen** anrufen

(Postanschrift: BP 290 – 75425 Paris cedex 09);

die Möglichkeit gerichtlichen Vorgehens bleibt davon unberührt.

5.8 Verwaltungsvereinbarung

Eine Verfahrensbeschreibung bestimmt die Abläufe bezüglich der vorliegenden Police, die der Versicherer an den Versicherungsnehmer-Verein delegiert, insbesondere die Obliegenheiten des Letztgenannten im Hinblick auf Anerkennung, Erklärung, Rückerstattung der Prämie sowie Auflistung der Zahlen.

5.9 Klausel bezüglich der Französischen Datenschutzkommission (CNIL)

Alle Informationen über den Versicherungsnehmer-Verein, die Mitgliedsgesellschaft bzw. die versicherten Personen dienen dem Zweck des Vertragsmanagements.

Der Versicherungsnehmer-Verein, die Mitgliedsgesellschaft bzw. die versicherten Personen haben ein Recht auf Zugang zu ihren Daten bzw. Berichtigung derselben oder Widerspruch gegen diese, gemäß Gesetz Nr. 78-17 vom 6. Januar 1978 über Informationstechnologie, Dateien und Bürgerrechte.

5.10 Erklärung zur Haftungsbeschränkung

Sollte ein Einzelereignis mehrere Schadensfälle gemäß den Bestimmungen des nachfolgenden Abschnitts verursachen, beträgt der Höchstbetrag der angehäuften, vom Versicherer in dieser Hinsicht für sämtliche vom Mitglied des Versicherungsnehmer-Vereins abgeschlossenen Gruppenpolice aus den Bereichen Lebensversicherung und Invalidität (Life & Disability) 60 Millionen Euro. Wird dieser Betrag erreicht, wird er zwischen allen betroffenen versicherten Personen im Verhältnis zur jeweiligen Höhe ihrer versicherten Leistungen vor Erreichen der Haftungsbeschränkung aufgeteilt.

Titel II – Die versicherten Personen

Artikel 6 – Kategorie der anzumeldenden Personen

Alle Mitglieder aus der Kategorie internationale Studenten und Doktoranden, Studenten in den Bereichen Sprache und Kulturaustausch, Au-pairs, Praktikanten, Freiwillige sowie „Work and Travel“-Teilnehmer an internationalen Mobilitätsprogrammen des Versicherungsnehmer-Vereins sind Mitglieder dieses Gruppenversicherungspakets.

Zu Beginn der Laufzeit der Versicherungspolice darf eine versicherte Person noch nicht ihr 40. Lebensjahr vollendet haben.

Artikel 7 – Bedingungen der Mitgliedschaft

Zu versichernde Mitglieder der oben genannten Kategorie müssen zum Zeitpunkt ihres Antrags auf Mitgliedschaft:

- einen persönlichen Antrag auf Mitgliedschaft ausfüllen und unterzeichnen.

Auf der Grundlage der zuvor genannten Dokumente und Informationen behält sich der Versicherer das Recht vor, den Versicherungsschutz zu beschränken bzw. die im Antrag auf Mitgliedschaft genannte Versicherungsprämie neu zu bewerten oder sogar eine Mitgliedschaft der Gesellschaft abzulehnen.

Während der Laufzeit der Versicherungspolice und für den Fall, dass weitere teilnahmeberechtigzte Personen, die ein erhöhtes Risiko darstellen, der Kategorie internationaler Studenten und Doktoranden beitreten, kann der Versicherer ferner die Versicherungsprämien am 1. Januar des darauffolgenden Versicherungsjahres neu bewerten.

Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer-Verein durch Zusendung eines Vermerks über die **ausschließlich für Neumitglieder** geltenden, neu festgelegten Prämien.

Der Versicherungsnehmer-Verein kann eine solche Erhöhung ablehnen und die Versicherungspolice durch ein Einschreiben mit Empfangsbestätigung an den Versicherer innerhalb von 30 Tagen ab dem Datum des Erhalts des vom Versicherer geschickten Vermerks kündigen. Die Kündigung tritt am ersten Tag des Kalenderquartals in Kraft, das auf die Mitteilung über die Ablehnung folgt.

Der Versicherungsnehmer-Verein informiert die Mitgliedsgesellschaft über die Kündigung.

Versäuml es der Versicherungsnehmer-Verein, die Police innerhalb von 30 Tagen zu kündigen, gilt die Erhöhung als angenommen.

Artikel 8 – Datum des Inkrafttretens des Versicherungsschutzes

Sobald die Police wirksam geworden ist, tritt der Versicherungsschutz für alle Studenten und Doktoranden, die den Status einer versicherten Person erwerben, an den folgenden Daten in Kraft:

- 8.1 **Studenten, die am Datum des Inkrafttretens der Police bereits immatrikuliert sind:**
 - ab diesem Datum in Übereinstimmung mit Artikel 4.2.1.
- 8.2 **Studenten, die sich erst nach dem Datum des Inkrafttretens der Police immatrikulieren:**
 - ab dem Datum, an dem sie zur Kategorie der zu versichernden internationalen Studenten und Doktoranden zählen, sofern ihre Einzelanträge auf Mitgliedschaft innerhalb von 15 Tagen ab diesem Datum eingegangen sind; ansonsten am Datum des Erhalts eines solchen Antrags.

Artikel 9 – Kündigung bzw. Aufhebung des Versicherungsschutzes

- 9.1 Außer im Falle arglistigen Verschweigens bzw. arglistiger Auslassung oder fehlerhafter Darstellung kann die versicherte Person, sobald einmal akzeptiert, nicht mehr gegen ihren Willen von der Versicherung ausgeschlossen werden, solange sie zur Kategorie der zu versichernden internationalen Studenten und Doktoranden gehört, gemäß den Bestimmungen von Artikel L.141-3 des Französischen Versicherungsgesetzes.

In den genannten Fällen endet jedoch die Wirksamkeit des Versicherungsschutzes:

- 9.1.1 **für jede versicherte Person:**
 - sobald sie nicht mehr zur Kategorie internationale Studenten und Doktoranden, Studenten in den Bereichen Sprache und Kulturaustausch, Au-pairs, Praktikanten, Freiwillige sowie „Work and Travel“-Teilnehmer an internationalen Mobilitätsprogrammen gehört, für welche die vorliegende Police gilt;
 - der Versicherungsschutz endet in jedem Fall nach Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 24 Monaten.
- 9.1.2 **für alle versicherten Personen aus der zuvor genannten Kategorie internationale Studenten und Doktoranden:**
 - am Kündigungsdatum der Police
 - oder an dem Kündigungsdatum der Mitgliedschaftsurkunde der Mitgliedsgesellschaft.

Die Kündigung (bzw. Aufhebung) des Versicherungsschutzes führt zur Aufhebung des Rechts auf Leistungen für jegliche medizinischen Leistungen, die nach dem Kündigungsdatum stattgefunden haben, selbst wenn sie vor diesem Datum begonnen haben oder verschrieben wurden.

Titel III – Krankenversicherungsschutz

Artikel 10 – Leistungsberechtigte

Einzig und allein die versicherten Personen.

Artikel 11 – Medizinische Leistungen

11.1 Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherer leistet bei während des versicherten Aufenthalts im Ausland akut eintretenden Krankheiten und Unfällen Entschädigung für die Kosten der
 - a) Heilbehandlungen;
 - b) Krankentransporte;
 - c) Überführung bei Tod.
2. Reisen außerhalb der Tarifzone während des versicherten Aufenthaltes sind bis zu jeweils maximal 42 Tagen mitversichert. Bei Unterbrechung der Reise ist ein Heimataufenthalt bis 6 Wochen mitversichert. Auch mehrere Heimataufenthalte sind möglich, wenn die Gesamtdauer 6 Wochen nicht übersteigt.

11.2 Heilbehandlungen

1. Der Versicherer erstattet die Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlungen, die von Ärzten durchgeführt oder verordnet werden. Dazu gehören insbesondere
 - a) stationäre Behandlungen im Krankenhaus einschließlich Operationen;
 - b) ambulante Heilbehandlungen;
 - c) Arznei-, Heil- und Verbandsmittel;

- d) die ambulante Erstbehandlung psychischer Erkrankungen bis zu insgesamt 1.500 €;
- e) die stationäre Notfallbehandlung bei erstmals auftretenden geistigen und seelischen Störungen bis insgesamt 20.000 €;
- f) Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Miete eines Rollstuhls), sofern sie auf Grund eines Unfalls oder einer Krankheit während des versicherten Aufenthaltes erstmals notwendig werden.

2. Zahnbehandlungen

- a) Der Versicherer erstattet die Kosten für schmerzstillende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz und Zahnprothesen bis zu 500 € je Versicherungsfall.
 - b) Wird auf Grund eines Unfalls, den die versicherte Person während des versicherten Aufenthaltes erleidet, eine medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung erforderlich, so erstattet der Versicherer die Kosten bis zu 1.000 € je Versicherungsfall. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
3. Sofern ein Krankenrücktransport bis zum Ende des versicherten Aufenthaltes wegen Transportunfähigkeit der versicherten Person nicht möglich ist, erstattet der Versicherer die Kosten der Heilbehandlung bis zum Tag der Transportfähigkeit.
4. Telefonkosten
Telefonkosten zur Kontaktaufnahme mit der Notrufzentrale des Versicherers werden bis zu 25 € je Versicherungsfall erstattet.

11.3 Schwangerschaft/Entbindung

1. Der Versicherer erstattet im Rahmen einer Schwangerschaft, wenn diese während des versicherten Aufenthaltes entstanden ist, die Kosten für
- a) Vorsorgeuntersuchungen bis einschließlich der 12. Schwangerschaftswoche;
 - b) zwei Ultraschalluntersuchungen, es sei denn, dass weitere auf Grund besonderer Umstände medizinisch notwendig sind;
 - c) Behandlungen von Schwangerschaftskomplikationen;
 - d) die ambulante oder stationäre Entbindung. Mehrkosten für einen Kaiserschnitt sind, sofern er medizinisch notwendig ist, erstattungsfähig;
 - e) den medizinisch bedingten Schwangerschaftsabbruch;
 - f) Geburtshelfer und Hebammen;
 - g) die postnatale Versorgung der Mutter und des Neugeborenen. Die Leistungen für das Neugeborene sind auf 50.000 € beschränkt.
2. Bestand die Schwangerschaft bereits vor Antritt des versicherten Aufenthaltes, so besteht Versicherungsschutz nur bei einer akuten und unvorhersehbaren Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Mutter und/oder Kind.

11.4 Krankentransporte/Überführung

- Der Versicherer erstattet die Kosten für
- a) den medizinisch notwendigen Krankentransport im Ausland zum stationären Aufenthalt oder zur ambulanten Erstversorgung ins Krankenhaus, der durch einen anerkannten Rettungsdienst durchgeführt wird;
 - b) den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport der versicherten Person an ihren Wohnort im Heimatland bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus, sofern der versicherte Aufenthalt auf Grund einer Erkrankung/Verletzung voraussichtlich endgültig abgebrochen werden muss. Bei Reisen übernimmt der Versicherer auch die Kosten für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport an den Aufenthaltsort im Aufenthaltsland bzw. in das dem Aufenthaltsort im Aufenthaltsland nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
 - c) die Überführung der sterblichen Reste der versicherten Person an den vor Reiseantritt bestehenden ständigen Wohnort oder wahlweise die Bestattung im Ausland bis zur Höhe der Überführungskosten.

11.5 Anspruch auf Heilkosten

Das Schadenformular für Heilkosten wird vom Versicherer bereitgestellt und ist dem Versicherer zusammen mit den relevanten weiteren Unterlagen zuzusenden.

Alle Belege sind im Original vorzulegen.

Der Versicherer kann ggf. weitere, für den Antrag auf Versicherungsschutz erforderliche Unterlagen verlangen.

Die versicherte Person haftet für jegliche von ihr übermittelten Informationen, die sich als falsch, gefälscht oder übertrieben herausstellen sollten bzw. für jegliches betrügerische oder arglistige Verhalten ihrerseits; sämtliche von Versicherer auf Grundlage dieser nicht korrekten Daten entsprechend unrechtmäßig geleisteten Zahlungen sind zurückzuzahlen.

11.6 Leistungshöhe

Die Rückerstattungen für Heilkosten werden in Euro bis zu den Maximalbeträgen gezahlt, die unten in der Leistungstabelle wie folgt aufgeführt sind: pro versicherte Person, pro Jahr und bis zur Höchstgrenze der eigentlichen Kosten.

Die Höhe der Leistungen wird für jede angemessene und übliche Kostenposition und gemäß den Bestimmungen der vorliegenden Police berechnet.

Die Frage, ob die Kosten angemessen und üblich sind, wird gemäß der medizinisch üblichen Praxis im jeweiligen Land, in dem die medizinische Behandlung stattgefunden hat, bewertet (Behandlungsart, Qualität der Behandlung und der medizinischen Ausstattung, geografisches Gebiet und Land) und unterliegt den jeweils landesüblichen Kodierungs- und Bewertungsstandards für medizinische Verfahren und Behandlungsmethoden.

Sind die Kosten unangemessen und unüblich, kann dies zur Ablehnung der Erstattung der Heilkosten bzw. zu einer Beschränkung der Erstattungshöhe führen.

11.7 Beschränkung auf die eigentlichen Kosten

Gemäß Artikel 9 des Gesetzes Nr. 89-1009 vom 30. August 1990 und dem Beschluss Nr. 90-769 vom 30. August 1990 dürfen die Erstattungen bzw. Ersatzleistungen für Kosten auf Grund von Krankheit, Mutterschaft oder Unfall den Betrag der noch von der versicherten Person zu zahlenden Kosten nach Auszahlung der von ihr beanspruchbaren Leistungen jeglicher Art nicht übersteigen.

Gleiche Leistungen, die bei verschiedenen Versicherungsanbietern versichert wurden, sind bis zur Maximalhöhe jeder Einzelleistung vollstreckbar,

unabhängig vom Datum, an dem sie abgeschlossen wurden. Innerhalb dieser Beschränkung kann der Leistungsempfänger eine zusätzliche Erstattung erhalten, indem er eine Aufgliederung der Versicherungsleistungen übermittelt, die vom bzw. von den anderen Versicherungsanbieter(n) gezahlt wurden.

Zum Zweck der zuvor genannten Bestimmungen wird die Beschränkung auf die noch von der versicherten Person zu zahlenden Kosten vom Versicherer für jedes medizinische Verfahren bzw. jede Kostenposition bestimmt.

Artikel 12 – Risikoausschlüsse

Jegliche Kosten infolge eines der im Folgenden genannten Ereignisse sind nicht im Versicherungsschutz enthalten:

- ein Schadensanspruch, der direkt oder indirekt aus dem Zerfall eines Atomkerns resultiert,
- die Folgen von Krieg oder Bürgerkrieg, Aufständen, Unruhen, Angriffen, Aufruhr, Terroranschlägen, unabhängig vom Ort dieser Ereignisse und deren Hauptbeteiligten, außer wenn die versicherte Person nicht aktiv an einem solchen Ereignis teilnimmt oder wenn sie für den Versicherungsnehmer-Verein entsandt wurde, um eine Wartungs- oder Überwachungsmission zur Gewährleistung der Sicherheit von Menschen und Gütern auszuführen.

Der Versicherer behält sich vor, den Versicherungsschutz für ein oder mehrere spezielle Territorien zu ändern, wobei er den Versicherungsnehmer-Verein darüber mindestens 15 Tage im Voraus informiert. Dieser kann jedoch die Änderung ablehnen und die Police per Einschreiben mit Rückschein an den Versicherer innerhalb von 30 Tagen ab Erhalt des vom Versicherer übermittelten Vermerks kündigen. Die Kündigung wird am ersten Tag des Kalenderquartals wirksam, das auf die Benachrichtigung über die Weigerung folgt.

Der Versicherungsnehmer-Verein informiert die Mitgliedsgesellschaft entsprechend über die Kündigung.

Artikel 13 – Leistungsausschlüsse

Die folgenden Leistungen werden von der vorliegenden Police nicht gedeckt, mit Ausnahme der Leistungen, die in der dem vorliegenden Dokument beige-fügten Leistungstabelle als versichert aufgeführt werden:

- Kosten für die Heilbehandlung von Vorerkrankungen einschließlich chronischer Erkrankungen, es sei denn, es liegt eine akute und unvorhersehbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor;
- Heilbehandlungen und andere ärztlich angeordnete Maßnahmen, bei denen der versicherten Person bei Antritt des versicherten Aufenthaltes bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung des versicherten Aufenthaltes aus medizinischen Gründen stattfinden mussten (z. B. Dialysen);
- Anschaffung und Reparatur von Herzschrittmachern, Prothesen, Sehhilfen und Hörgeräten;
- Unfall- oder Krankheitskosten hervorgerufen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Konsum von Alkohol, Drogen, Rausch- oder Betäubungsmitteln, Schlaftabletten oder sonstigen narkotischen Stoffen beruhen;
- Akupunktur, Fango und Massage;
- Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung;
- psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen, soweit diese nicht im Rahmen der oben genannten Leistungsbeschreibungen übernommen werden, sowie Hypnose;
- Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, wenn die Schwangerschaft bereits vor Antritt des versicherten Aufenthaltes bestand, es sei denn, es liegt eine akute und unvorhersehbare Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Mutter und/oder Kind vor.

Bei Heimaturlauben besteht ein Versicherungsschutz unter den folgenden Bedingungen:

- während einer weniger als sechswöchigen Reise und ausschließlich für Kosten, die infolge eines Unfalls oder einer akut auftretenden Krankheit (gemäß der Definition dieser Begriffe unter Titel V) auftreten, wenn die Behandlung von einem Allgemein- oder Facharzt vorgenommen wurde oder ein Krankenhausaufenthalt auf Grund des Notfallcharakters der Situation und innerhalb von 24 Stunden stattgefunden hat,
- in sämtlichen anderen Fällen nur nach ausdrücklicher Genehmigung durch den Versicherer.

Titel IV – Medizinische Notfallhilfe

Hiermit wird vereinbart, dass der Versicherer die Ausführung der folgenden Assistance-Leistungen an die DR-WALTER GmbH überträgt, wie in der Verwaltungsvereinbarung festgelegt.

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer erbringt durch die Notrufzentrale im 24-Stunden-Service Beistandsleistungen in den nachstehenden medizinischen Notfällen, die der versicherten Person während des versicherten Aufenthaltes zustoßen.

Die medizinische Notfallhilfe gilt auch bei Reisen während des versicherten Aufenthaltes bis zu jeweils maximal 42 Tagen, jedoch nicht bei Heimaturlauben.

Krankheit/Unfall

1. Informationen über ärztliche Versorgung

Der Versicherer informiert auf Anfrage vor und während des versicherten Aufenthaltes über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung der versicherten Person. Soweit möglich, benennt er einen Deutsch oder Englisch sprechenden Arzt.

2. Krankenhausaufenthalt

Wird die versicherte Person in einem Krankenhaus stationär behandelt, erbringt der Versicherer die nachstehenden Leistungen:

- a) Betreuung
Der Versicherer stellt über einen von ihm beauftragten Arzt den Kontakt zu den behandelnden Krankenhausärzten sowie ggf. zum Hausarzt der versicherten Person her und sorgt für die Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten. Auf Wunsch informiert der Versicherer Angehörige der versicherten Person.

- b) Krankenbesuch
Dauert der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich länger als fünf Tage, organisiert der Versicherer auf Wunsch die Hinreise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort die Rückreise zum Wohnort. Der Versicherer übernimmt die Kosten des Beförderungsmittels. Benötigt die versicherte Person eine Unterkunft am Ort des Krankenhauses bzw. der Bestattung, organisiert der Versicherer diese und übernimmt die Kosten der Unterkunft bis zu 70 € pro Tag für maximal sieben Tage.
- c) Kostenübernahmegarantie/Abrechnung
Der Versicherer gibt gegenüber dem Krankenhaus eine Kostenübernahmegarantie bis zu 15.000 € ab. Er übernimmt im Namen und im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit den zuständigen Kostenträgern. Soweit die zuständigen Kostenträger die vom Versicherer gezahlten Beträge nicht übernehmen, sind sie von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungsstellung an den Versicherer zurückzahlen.

3. Krankenrücktransport

Der Versicherer organisiert den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport der versicherten Person mit medizinisch adäquaten Transportmitteln (einschließlich Ambulanzflugzeugen) an den Wohnort der versicherten Person im Heimatland oder in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus, sofern der versicherte Aufenthalt auf Grund einer Erkrankung/Verletzung voraussichtlich endgültig abgebrochen werden muss.

Bei Reisen übernimmt der Versicherer auch die Organisation für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Krankenrücktransport an den Aufenthaltsort im Aufenthaltsland bzw. in das dem Aufenthaltsort im Aufenthaltsland nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

Arzneimittelversand

- Benötigt die versicherte Person Arzneimittel, die ihr während des versicherten Aufenthaltes abhandengekommen sind, organisiert der Versicherer die Beschaffung der Ersatzpräparate und bezahlt deren Versand.
- Die Kosten der Präparate sind von der versicherten Person binnen eines Monats nach Rechnungsstellung an den Versicherer zurückzahlen.

Tod

Stirbt die versicherte Person während des versicherten Aufenthaltes, organisiert der Versicherer auf Wunsch der Angehörigen die Bestattung im Ausland oder die Überführung der verstorbenen Person an den Bestattungsort.

Psychologische Hilfestellung

Gerät die versicherte Person während des versicherten Aufenthaltes in eine akute Notsituation, in der sie psychologischen Beistand benötigt, leistet der Versicherer telefonisch eine erste psychologische Hilfestellung.

Obliegenheit nach Eintritt des Versicherungsfalles

- Die versicherte Person hat nach Eintritt des Versicherungsfalles unverzüglich mit der Notrufzentrale des Versicherers Kontakt aufzunehmen.
- Wird diese Obliegenheit vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von seiner Verpflichtung zur Leistung frei. Die Obliegenheit zur Leistung einer Zahlung bleibt bestehen, sofern die Nichteinhaltung der Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig geschieht.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens der versicherten Person entspricht. Der Versicherer bleibt insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungsverpflichtung des Versicherers gehabt hat, es sei denn, dass die versicherte Person arglistig gehandelt hat.

Titel V – Leistungstabelle – Geltungsbereich

Artikel 14 – Leistungstabelle

Zweck dieser Versicherung ist die Bereitstellung von Erstattungen, die den Leistungen entsprechen, wie sie von der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC) gezahlt werden.

Krankenversicherungsschutz	
Stationäre und ambulante Heilbehandlungen einschließlich Operationen	unbegrenzt
Arznei-, Heil- und Verbandsmittel	unbegrenzt
Schmerzstillende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Zahnersatz und Zahnprothesen, je Versicherungsfall bis zu	500 €
Medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlung auf Grund eines Unfalls, je Versicherungsfall bis zu	1.000 €
Ambulante Erstbehandlung psychischer Erkrankungen bis zu insgesamt	1.500 €
Stationäre Notfallbehandlung bei erstmals auftretenden geistigen und seelischen Störungen bis insgesamt	20.000 €
Kosten des Transports zum nächstgelegenen Krankenhaus durch einen anerkannten Rettungsdienst	unbegrenzt
Medizinisch sinnvoller und vertretbarer Krankenrücktransport der versicherten Person an ihren Aufenthaltsort	unbegrenzt
Überführung der versicherten Person im Todesfall	unbegrenzt
Allgemeiner Selbstbehalt je Versicherungsfall	0 €
Selbstbehalt ausschließlich für Aufenthalte in den USA: für die Behandlung in der Notaufnahme; der Selbstbehalt entfällt im Falle einer medizinisch notwendigen Behandlung bzw. eines anschließenden stationären Aufenthalts	250 €

Medizinische Notfallhilfe und Rundum-Sorglos-Reiseschutz	
Informationen über medizinische Versorgung	Serviceleistung
Arzneimittelversand	Versandkosten
Krankenhausbesuch einer der versicherten Person nahestehenden Person, sofern der Krankenhausaufenthalt voraussichtlich mehr als 5 Tage dauern wird	Transportkosten; Hotelkosten bis zu 70 € pro Tag, bis maximal 7 Tage
Unterbrechung eines versicherten Aufenthalts auf Grund schwerer Erkrankung oder eines Unfalls von Familienmitgliedern mit daraus resultierender stationärer Behandlung von mehr als 5 Tagen	Transportkosten

Artikel 15 – Geltungsbereich

Die Heilkosten müssen innerhalb des Versicherungszeitraums in folgenden Gebieten angefallen sein:

- in einer der Regionen oder in einem der Länder des folgenden Geltungsbereichs:
 - Zone 1: Europa – EU, Norwegen, Island, Liechtenstein, Schweiz
 - Zone 2: Weltweit – Weltweit
 - Zone 3: Weltweit – USA und Kanada
- in einem anderen Land:
- während einer weniger als sechswöchigen Reise und ausschließlich für Kosten, die infolge eines Unfalls oder einer akut auftretenden Krankheit (gemäß der Definition dieser Begriffe unter Titel V) auftreten, wenn die Behandlung von einem Allgemein- oder Facharzt vorgenommen wurde oder ein Krankenhausaufenthalt auf Grund eines Notfalls und innerhalb von 24 Stunden danach stattgefunden hat,
- in sämtlichen anderen Fällen nur nach ausdrücklicher Genehmigung durch den Versicherer.

Titel VI – Prämien

Artikel 16 – Tariffhöhe und Berechnungsgrundlage

16.1 Prämien

Die Prämie pro Tag ergibt sich aus der Rahmenvereinbarung mit dem Versicherungsnehmer-Verein.

16.2 Indexierung

Die Prämien werden automatisch an jedem 1. Januar indexiert, gemäß dem Jahresverbrauch an medizinischen Behandlungen und Gütern, deren Kosten von Haushalten und Zusatzversicherern getragen werden (Eurobetrag der medizinischen Behandlungen und Güter, die in der nationalen Statistik für Gesundheitsausgaben unter „Haushaltsausgaben“ und „Gegenseitige Versicherungen und private Versicherungen“ enthalten sind).

16.3 Neuregelung im Falle geänderter rechtlicher und behördlicher Bestimmungen

Die Prämien können gemäß den Bestimmungen in Artikel 5.2. geändert werden.

16.4 Neuregelung gemäß dem versicherungstechnischen Ergebnis

Gemäß Artikel 5.1 können die Beiträge jedes Jahr am 1. Januar entsprechend dem versicherungstechnischen Ergebnis aus ähnlichen Verträgen neu geregelt werden.

Können sich die Parteien hierbei nicht einigen, kann der Versicherungsnehmer-Verein innerhalb eines Monats nach Benachrichtigung durch den Versicherer über die Änderungen per Einschreiben die Kündigung der Police fordern. Die Kündigung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf den Erhalt des Einschreibens durch den Versicherer folgt. Der Versicherungsnehmer-Verein verpflichtet sich, die Mitgliedsgesellschaft über die Kündigung zu informieren.

Der Versicherer erhält den entsprechenden Prämienanteil für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum Beendigungsdatum, welcher sich nach den zuvor gültigen Prämien bemisst.

Notwendige Prämienanpassungen finden jedes Jahr am 1. Januar statt, jedoch nur für neue Mitgliedsgesellschaften. Die Bedingungen bereits abgeschlossener Einzelmitgliedschaften ändern sich während des Vertragszeitraums nicht.

Artikel 17 – Prämienzahlung

Die Prämien der versicherten Person werden unverzüglich nach Abschluss der Versicherung fällig und sind bei Ausstellung der Versicherungsbestätigung zu zahlen.

Danach ist die Prämie monatlich direkt vom Versicherungsnehmer-Verein an den Versicherer zu zahlen; Ersterer ist der Alleinverantwortliche für die Zahlung.

Zu diesem Zweck erstellt der Versicherungsnehmer-Verein die an den Versicherer adressierten Quartals- und Jahresprämienabrechnungen gemäß den darin enthaltenen Hinweisen.

Wurde die Prämie bei Eintritt des ersten Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, wird der Versicherer frei von seiner Obliegenheit zur Zahlung. Die Verantwortung für die Nichtzahlung liegt beim Versicherungsnehmer.

Artikel 18 – Nichtzahlung der Prämien

Versäumt es der Versicherungsnehmer-Verein, sämtliche Prämien innerhalb eines Monats nach ihrem Fälligkeitsdatum zu zahlen, wird der Versicherungsschutz DREISSIG Tage nach Ausstellen eines Einschreibens durch den Versicherer ausgesetzt, das den entsprechenden formalen Hinweis gemäß Artikel L.113-3 des Französischen Versicherungsgesetzes enthält.

Falls der Versicherungsnehmer-Verein nach Ablauf dieses Zeitraums die erforderlichen Zahlungen nicht geleistet hat, kann die Police ohne weitere Formalitäten innerhalb der darauffolgenden 10 Tage gekündigt werden.

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

- 3.1 Der Versicherungsschutz umfasst die gesetzliche Haftpflicht
- 3.1.1 aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken des Versicherungsnehmers,
- 3.1.2 aus Erhöhungen oder Erweiterungen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken. Dies gilt nicht für Risiken aus dem Halten oder Gebrauch von versicherungspflichtigen Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugen sowie für sonstige Risiken, die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen,
- 3.1.3 aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluss 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. Berechtig 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 gebührenden ordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
- 5.4 Erlangt der Versicherungsnehmer oder ein Mitversicherter das Recht, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist der Versicherer zur Ausübung dieses Rechts bevollmächtigt.

6. Begrenzung der Leistungen

- 6.1 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten 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,
- 7.4.3 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 Schadensfällen seiner Angehörigen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören. Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familiärenähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).

- 7.5.2 von seinen gesetzlichen Vertretern oder Betreuern, wenn der Versicherungsnehmer eine geschäftsunfähige, beschränkt geschäftsfähige oder betreute Person ist;
- 7.5.3 von seinen gesetzlichen Vertretern, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts oder ein nicht rechtsfähiger Verein ist;
- 7.5.4 von seinen unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist;
- 7.5.5 von seinen Partnern, wenn der Versicherungsnehmer eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist;
- 7.5.6 von seinen Liquidatoren, Zwangs- und Insolvenzverwaltern.
- 7.5.7 Die Ausschlüsse unter Ziffer 7.5.2 bis 7.5.6 erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 7.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.
Sind die Voraussetzungen des Ausschlusses in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.
- 7.7 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn
- 7.7.1 die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
- 7.7.2 die Schäden dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dgl.) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;
- 7.7.3 die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers entstanden sind und sich diese Sachen oder – sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt – deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte.
Sind die Voraussetzungen der vorstehenden Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.
- 7.8 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an vom Versicherungsnehmer hergestellten oder gelieferten Sachen, Arbeiten oder sonstigen Leistungen infolge einer in der Herstellung, Lieferung oder Leistung liegenden Ursache und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden. Dies gilt auch dann, wenn die Schadenursache in einem mangelhaften Einzelteil der Sache oder in einer mangelhaften Teilleistung liegt und zur Beschädigung oder Vernichtung der Sache oder Leistung führt. Dieser Ausschluss findet auch dann Anwendung, wenn Dritte im Auftrag oder für Rechnung des Versicherungsnehmers die Herstellung oder Lieferung der Sachen oder die Arbeiten oder sonstigen Leistungen übernommen haben.
- 7.9 Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII sind jedoch mitversichert.
- 7.10 Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung. Darunter fallen auch Schäden hervorgerufen durch Brand und/oder Explosion. Dieser Ausschluss gilt nicht
- a) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken;
- b) für Schäden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftung). Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Schäden durch Umwelteinwirkung, die aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von
- Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen);
 - Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (Umwelt HG-Anlagen);
 - Anlagen, die dem Umweltschutz dienen und den Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht unterliegen;
 - Abwasseranlagen oder Teilen resultieren, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.
- 7.11 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind.
- 7.12 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. Strahlen von radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen).
- 7.13 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die zurückzuführen sind auf
- 7.13.1 gentechnische Arbeiten,
- 7.13.2 gentechnisch veränderte Organismen (GVO),
- 7.13.3 Erzeugnisse, die
- Bestandteile aus GMO enthalten,
 - aus oder mit Hilfe von GMO hergestellt wurden.
- 7.14 Haftpflichtansprüche aus Sachschäden, welche entstehen durch
- 7.14.1 Abwässer, soweit es sich nicht um häusliche Abwässer handelt,
- 7.14.2 Senkungen von Grundstücken oder Erdbeben, 7.14.3 Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer.
- 7.15 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, soweit es sich handelt um Schäden aus
- 7.15.1 Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten,
- 7.15.2 Nichterfassen oder fehlerhaftem Speichern von Daten,
- 7.15.3 Störung des Zugangs zum elektronischen Datenaustausch,
- 7.15.4 Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen.
- 7.16 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Persönlichkeits- oder Namensrechtsverletzungen.
- 7.17 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Anfeindung, Schikane, Belästigung, Ungleichbehandlung oder sonstigen Diskriminierungen.
- 7.18 Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers resultieren. Das Gleiche gilt für Sachschäden, die durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind. In beiden Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.

Beginn des Versicherungsschutzes/ Beitragszahlung

8. Beginn des Versicherungsschutzes/ Beitrag und Versicherungssteuer

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

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

- 9.1 Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 9.2 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
- 9.3 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 9.4 Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerrufsfrist von zwei Wochen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

10. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag

- 10.1 Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 10.2 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
Der Versicherer wird ihn schriftlich zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziff. 10.3 und 10.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 10.3 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.
- 10.4 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 2 darauf hingewiesen hat.
Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 2 hinzuweisen.

Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Versicherungsvertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

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

Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftige Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

12. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

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

Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

13. Beitragsregulierung

13.1 Der Versicherungsnehmer hat nach Aufforderung mitzuteilen, ob und welche Änderungen des versicherten Risikos gegenüber den früheren Angaben eingetreten sind. Diese Aufforderung kann auch durch einen Hinweis auf der Beitragsrechnung erfolgen. Die Angaben sind innerhalb eines Monats nach Zugang der Aufforderung zu machen und auf Wunsch des Versicherers nachzuweisen. Bei unrichtigen Angaben zum Nachteil des Versicherers kann dieser vom Versicherungsnehmer eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschiedes verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass ihn an der Unrichtigkeit der Angaben kein Verschulden trifft.

13.2 Aufgrund der Änderungsmitteilung des Versicherungsnehmers oder sonstiger Feststellungen wird der Beitrag ab dem Zeitpunkt der Veränderung berichtigt (Beitragsregulierung), beim Wegfall versicherter Risiken jedoch erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung beim Versicherer. Der vertraglich vereinbarte Mindestbeitrag darf dadurch nicht unterschritten werden. Alle entsprechend Ziffer 15.1 nach dem Versicherungsabschluss eingetretenen Erhöhungen und Ermäßigungen des Mindestbeitrags werden berücksichtigt.

13.3 Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Mitteilung, kann der Versicherer für den Zeitraum, für den die Angaben zu machen waren, eine Nachzahlung in Höhe des für diesen Zeitraum bereits in Rechnung gestellten Beitrages verlangen. Werden die Angaben nachträglich gemacht, findet eine Beitragsregulierung statt. Ein vom Versicherungsnehmer zuviel gezahlter Beitrag wird nur erstattet, 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 Schadensfall veranlassten 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 Schadensfälle.

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 unternehmenseigenen 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 Textform 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 Textform gekündigt werden.

20.3 Das Kündigungsrecht erlischt, wenn

- der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Dritten Kenntnis erlangt;
- der Dritte es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt.

20.4 Erfolgt der Übergang auf den Dritten während einer laufenden Versicherungsperiode und wird das Versicherungsverhältnis nicht gekündigt, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Dritte für den Versicherungsbeitrag dieser Periode als Gesamtschuldner.

20.5 Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Dritten unverzüglich anzuzeigen. Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer den mit dem Veräußerer bestehenden Versicherungsvertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.

Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

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

21. Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften

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

22. Mehrfachversicherung

22.1 Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn das Risiko in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.

22.2 Wenn die Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.

22.3 Das Recht auf Aufhebung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht innerhalb eines Monats geltend macht, nachdem er von der Mehrfachversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Erklärung, mit der sie verlangt wird, dem Versicherer zugeht.

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

23. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

23.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Abschluss des Versicherungsvertrags 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 Abschluss des Versicherungsvertrags 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 hätte 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 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 Textform kündigen.

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

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

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Textform kündigen. Der Versicherer muss die ihm nach den Ziffern 23.2 und 23.3 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern 23.2 und 23.3 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern 23.2 und 23.3 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

23.4 Erlöschen der Rechte des Versicherers

Die Rechte des Versicherers nach den Ziffern 23.2 und 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 hat.

23.5 Anfechtung

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

24. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

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

25. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

25.2 Der Versicherungsnehmer muss nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens sorgen. Weisungen des Versicherers sind dabei zu befolgen, soweit es für den Versicherungsnehmer zumutbar ist. Er hat dem Versicherer ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten

und ihn bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen. Alle Umstände, die nach Ansicht des Versicherers für die Bearbeitung des Schadens wichtig sind, müssen mitgeteilt sowie alle dafür angeforderten Schriftstücke übersandt werden.

25.3 Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Haftpflichtanspruch erhoben, ein staatsanwaltliches, 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 Aufklärungsobligenheit 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 Ist 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 Gehirmlutungen. 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 gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Dauer fremder Hilfe bedürfen.

Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die aufgrund einer schweren körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigung entsprechend der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in den Pflegegrad 3 (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 21.12.2015) eingestuft werden können.

Der genannte Personenkreis ist auch dann nicht versichert, wenn Beitrag gezahlt wurde.
- II. Sobald eine versicherte Person im Sinne von § 3 Ziffer I nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. 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 die 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 Textform gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, erlangt.
 2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat;
 - b) der Versicherungsnehmer im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
 3. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- III.
 1. Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Textform 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 Gefahrabrisicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Textform kündigen.
 - V.
 1. Der Versicherer muss die ihm nach den Ziffern II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Textform 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 Gefahrenzustand 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 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 Textform 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, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform 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 Jahresbeitrags.

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.

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

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

- 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 § 5 III 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 § 5 III 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 § 5 III 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 ist, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach 2. ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht angenommen.
3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach 2. zu bemessen.
 4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
 5. Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach 1. entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- II. Übergangsleistung
- Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50% und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht. Zur Geltendmachung wird auf § 9 V. verwiesen.
- III. Tagegeld
1. Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
 2. Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
- IV. Krankenhaustagegeld
1. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
 2. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.
- V. Genesungsgeld
1. Für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die der Versicherte Unfall-Krankenhaustagegeld 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. Todesfalleistung
- 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 Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.
- VI. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

Verletzt der Versicherungsnehmer eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, so ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

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

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer
 - bei Invalidität bis zu 1% der versicherten Summe,
 - bei Übergangsleistung bis zu 1% der versicherten Summe,
 - bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
 - bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.
 Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.
- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.
- III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.
- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend Ziffer 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. Ist 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 zur 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 Unfall-Versicherungsbedingungen)

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 Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform 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 Unfall-Versicherungsbedingungen (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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Gewerkrankheiten.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 1 III. der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 anliefert, 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen (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 Unfall-Versicherungsbedingungen (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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen wird wie folgt geändert:

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von § 2 II. 4. der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 von der versicherten Person geltend gemacht werden.

Besondere Bedingungen für die verbesserte Invaliditätsleistung

§ 7 I. 2. a) der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen und, soweit vereinbart, Ziffer 1 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung und 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 Pozensatzes.

Zahlung der Invaliditätsleistung bei Diagnosestellung

In teilweiser Abweichung von § 7 I. der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Notfalleinweisung 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 Unfall-Versicherungsbedingungen leistet der Versicherer das vereinbarte Krankenhaustage- und Genesungsgeld auch nach folgenden Bedingungen:

1. Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person wird aufgrund eines Unfalles unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie, die zumindest an einer ganzen Extremität erfolgt, operiert.

2. Höhe der Leistung

2.1 Das vereinbarte Krankenhaustage- und Genesungsgeld wird für mindestens 3 Tage gezahlt.

2.2 Der Versicherer leistet auch dann, wenn die unfallbedingte Operation nach Ziffer 1. ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.

Besondere Bedingungen für verlängertes Krankenhaustagegeld

Ergänzend zu § 7 IV. 1. der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen wird das Krankenhaustagegeld 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 Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) leistet der Versicherer nach folgenden Bedingungen ein

Rooming-in-Geld.

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Das versicherte Kind

- hat bei Eintritt des Unfalles das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet,
- befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und

- ein Erziehungsberechtigter übernachtet mit dem versicherten Kind im Krankenhaus (Rooming-in).

Diese Voraussetzungen müssen vom Versicherungsnehmer durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2. Höhe und Dauer der Leistung:

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

Schulausfallgeld

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Das versicherte Kind

- hat bei Eintritt des Unfalles das 7. Lebensjahr vollendet;
- kann wegen des Unfalles länger als 6 Wochen nicht am Unterricht einer allgemeinbildenden Schule oder gleichgestellten Einrichtung teilnehmen, wobei mehrere Schulausfälle desselben Unfalles wie ein ununterbrochener Schulausfall gewertet werden.

Diese Voraussetzungen müssen vom Versicherungsnehmer durch ein ärztliches Attest und eine Bescheinigung der Schule nachgewiesen werden. Ferien oder vorübergehende Schulschließung gelten nicht als Schulausfall.

2. Höhe und Dauer der Leistung:

Das Schulausfallgeld zahlt der Versicherer ab der 7. Schulausfallwoche für jeden Schulausfalltag – längstens für 1 Jahr, vom Unfalltag an gerechnet – in Höhe von 40€ (Tagessatz). Dabei wird § 8 der AUB berücksichtigt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Raubüberfall oder Geiselnahme

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 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 wurde bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt und ist 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Unfall-Versicherungsbedingungen (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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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

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

Der Versicherer leistet auch Ersatz für nachgewiesene Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer mehrere Unfallversicherungen, so kann diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 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- und Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich 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 Schadensfall 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 Schadensfall 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 Unfall-Versicherungsbedingungen 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 Krankenhaustagegeld.

2. Höhe der Leistung:

Die Versicherungssummen betragen für den Invaliditäts- und Todesfall sowie für das Krankenhaustagegeld

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

Besondere Bedingungen zur Begründung des Leistungsanspruches

§ 11.1. der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 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, Zahn-techniker/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. 3. der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen (AUB) folgender Versicherungsschutz:

1. Voraussetzungen für die Leistung:

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

1.2 Aus

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

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

1.3 Die Krankheitserreger sind entweder

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

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Für versicherte Personen, die in Heilberufen tätig sind: Versicherungsschutz besteht jedoch für Diphtherie 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, Zahn-techniker/Zahntechnikerin, Heilpraktiker/Heilpraktikerin, Hebamme, Entbindungspfleger, Tierarzt/Tierärztin ausüben,
- in der Krankenpflege (Krankenschwester/Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenschwester, Krankenpflegehelfer/Krankenpflegehelferin) beschäftigt sind,
- Studenten/Studentinnen der Medizin, der Zahnheilkunde und der Tierheilkunde sind, besteht abweichend von § 2 II. 1. der AUB folgender Versicherungsschutz:
Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

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

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

Dies gilt nur für die Leistungsarten:

- Invalidität,
- Unfallrente,

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

Versehensklausel

In Ergänzung zu § 10 der Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 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/i ihrem Erkennen unverzüglich nachgeholt worden ist.

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung von Assistance-Leistungen (PROTRIP-WORLD-GRUPPE Zusatzassistance 2014) der Europ Assistance Versicherungs-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 Schadensfall in Anspruch nehmen.

2. Die Auszahlung des Darlehens erfolgt nur gegen schriftliche, unbedingte Verpflichtung der versicherten Person zur Rückzahlung bis spätestens 30 Tage 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 Strafkautions 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 Tage 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 (Economyklasse).

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 (Economyklasse).

Voraussetzung für die Leistung ist, dass der Schaden im Verhältnis zu der wirtschaftlichen Lage und dem Vermögen des Geschädigten erheblich und 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 nahestehenden

Person zum Ort des Krankenhauses und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die Fahrtkosten per Bahn oder Flugzeug (Economyklasse) 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 Kriegereignis, innere Unruhen, einen Terrorakt, ein Flugunglück oder auf die Befürchtung von Kriegereignissen, 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, Buchungsunterlagen und Rechnungen;
 - b) bei schwerer Unfallverletzung oder 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. einen 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.

Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht- und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG PROTRIP-WORLD-GRUPPE (2014)

Für das Produkt PROTRIP-WORLD-GRUPPE gelten abweichend bzw. in Ergänzung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Besondere Versicherungsbedingungen:

I. Allgemeines

1. Versicherte Personen:

Versichert werden können alle Personen, die bei Versicherungsbeginn nicht älter als 69 Jahre sind und die sich vorübergehend im Ausland aufhalten.

2. Geltungsbereich :

Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Wird der Auslandsaufenthalt während der Laufzeit des Vertrages durch einen vorübergehenden Aufenthalt im Land des ständigen Wohnsitzes unterbrochen, werden für dort akut eintretende Versicherungsfälle Leistungen erbracht, wenn der Versicherungsvertrag für die Dauer von mindestens 3 Monaten abgeschlossen wurde und der vorübergehende Aufenthalt im Land des ständigen Wohnsitzes, dessen Beginn im Schadensfall vom Versicherungsnehmer nachzuweisen ist, die Dauer von 6 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 des Poststempels 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 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 fünf Jahre.

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 zurücküberwiesen.

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 Erstattung erfolgt ab einem Rückzahlungsbetrag von 10€. Für die Erstattung 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:

- 1.000.000 € pauschal für Personen- und/oder Sachschäden;
- 100.000 € für Mietsachschäden;
- 10.000 € für Schäden, die in Ausführung einer Praktikumsstätigkeit verursacht werden.

Schäden am unbeweglichen Eigentum einer Gastfamilie sind mitversichert. Für alle Haftpflichtschäden beträgt der Selbstbehalt pro Schadensfall 100€.

2. Besondere Bedingungen für die Privathaftpflichtversicherung

2.1 Versichertes Risiko

2.1.1 Versichert ist im Rahmen der vereinbarten Allgemeinen Haftpflichtversicherungsbedingungen (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);

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 Haushaltungsvorstand, 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. Schäden am unbeweglichen Eigentum der Gastfamilie sind 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 allen 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 Privat- 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:

- 10.000 € im Todesfall;
- 30.000 € Invaliditätssumme;
- Progression 350%;
- 25.000 € für Bergungskosten;
- 10.000 € für kosmetische Operationen.

3. Invaliditätsstaffel

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

Ergänzend zu § 7 der vereinbarten Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen 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

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 infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 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.

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

a) Die Datenschutzgrundsätze der DR-WALTER GmbH (nachfolgend DR-WALTER genannt)

Der Schutz der Privatsphäre und die Sicherheit Ihrer personenbezogenen Daten sind für uns wichtige Anliegen. Wir garantieren Ihnen, dass Ihre Daten von uns streng vertraulich behandelt werden. Nur mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung können Versicherungen heute ihre Aufgaben erfüllen. Unsere EDV entspricht dem aktuellen Stand der Technik und so können wir sicherstellen, dass Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abgewickelt werden.

Unser Verhalten und unsere Programme stehen im Einklang mit den Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie weiterer bereichsspezifischer Vorschriften des Datenschutzes im Internet. Unsere Datenschutzbeauftragte trägt dafür Sorge, dass unsere Datenschutz-Grundsätze und entsprechende Vorschriften eingehalten werden.

Weitere Informationen finden Sie unter www.dr-walter.com/datenschutz.

b) Informationen zur Verwendung Ihrer Daten bei DR-WALTER

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um Ihre Anträge und Verträge zu bearbeiten, zur Abwicklung von Schadensfällen sowie zur individuellen Beratung und Betreuung. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten ist gesetzlich geregelt. Wir haben Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten aufgestellt, die sich an den Verhaltensregeln des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) orientieren. Datenschutzrechtliche Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes sowie weitere maßgebliche Gesetze fließen ebenso in unsere Verhaltensregeln ein wie weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes. Informieren Sie sich unter www.dr-walter.com/datenschutz/personenbezogeneDaten über unsere Verhaltensregeln für den Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten.

DR-WALTER arbeitet mit verschiedenen Dienstleistern unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten zusammen. Sie können sich unter www.dr-walter.com/datenschutz/dienstleisterliste einen Überblick verschaffen, mit welchen Dienstleistern wir zusammenarbeiten.

Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne einen Ausdruck der Dienstleister sowie der Verhaltensregeln zu. Bitte wenden Sie sich an:
DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid,
T +49 (0) 2247 9194-0, F +49 (0) 2247 9194-306.

c) **Verantwortliche Stelle**

Die DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, erhebt Ihre personenbezogenen Daten (verantwortliche Stelle).

d) **Ihre Rechte**

Sie haben das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre durch uns gespeicherten Daten. Ferner haben Sie das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen und auf Löschung bzw. Sperrung unzulässiger und nicht mehr erforderlicher bzw. Berichtigung unrichtiger Daten.

Diese Rechte können Sie unter o. g. Anschrift direkt gegenüber DR-WALTER geltend machen. Falls Sie weitere Fragen zum Datenschutz haben, können Sie sich direkt an die Datenschutzbeauftragte bei DR-WALTER, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, T +49(0)2247 9194-0 wenden.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Der Widerruf muss innerhalb einer Frist von zwei Wochen ab Vertragsschluss erfolgen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Ihren Widerruf richten Sie an:

Allianz Partners
AWP Health & Life SA
Generali Versicherung AG
Europ Assistance Versicherungs-AG
c/o DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
T +49(0)2247 9194-0, F +49(0)2247 9194-306, info@dr-walter.com

Im Falle des wirksamen Widerrufs sind Sie an Ihren Vertrag nicht mehr gebunden. 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.

Für den Widerruf können Sie folgenden Text benutzen:

Hiermit widerrufe ich den von mir abgeschlossenen Vertrag.
Versicherungsnummer:
Abgeschlossen am:
Name des Versicherungsnehmers:
Anschrift des Versicherungsnehmers:
Unterschrift des Versicherungsnehmers (nur bei Mitteilung auf Papier):
Datum:

Dienstleisterliste

gemäß „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ (Code of Conduct Datenschutz)

Zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten und Ihrer Privatsphäre hat die deutsche Versicherungswirtschaft Verhaltensregeln aufgestellt. Wir, die DR-WALTER GmbH, folgen den Verhaltensregeln/dem Code of Conduct und möchten Ihnen einen Überblick geben, mit welchen beteiligten Stellen (Unternehmen und Personen) wir im Rahmen der Auftragsdatenverarbeitung und der Funktionsübertragung zusammenarbeiten. Die Liste umfasst auch Dienstleister, mit denen wir unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach §203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten zusammenarbeiten. Zudem arbeiten wir auch mit Dienstleistern zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach §203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen.

Versicherungsgesellschaften und Rückversicherer	
Übertragene Aufgaben: Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, Prüfung einer Leistungspflicht)	Beteiligte Stellen/Organisationen: jeweils die in der Versicherungsbestätigung genannten Versicherer, u. a. • Central Krankenversicherung AG, • Generali Versicherung AG, • Würzburger Versicherungs-AG, • HanseMerkur Reiseversicherung, • ERV AG, • AGA International S.A., • Chubb European Group
Assistance-Gesellschaften	
Übertragene Aufgaben: Assistance-Leistungen	Beteiligte Stellen/Organisationen: u. a. • MD-Medicus, • GMMI, • Europ Assistance
Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Sachverständige, Gutachter, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser	
Übertragene Aufgaben: Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen, Gutachten und Sachverständigengutachten zu medizinischen Fragen	Beteiligte Stellen/Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Banken	
Übertragene Aufgaben: Prämienzahlungen, Zahlungen bei Schaden- und Leistungsfällen	Beteiligte Stellen/Organisationen: u. a. • Postbank Köln, • Kreissparkasse Köln
Rechtsanwälte	
Übertragene Aufgaben: Juristische Beratung, Inkassomanagement, Vertretung vor Gericht	Beteiligte Stellen/Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung	Beteiligte Stellen/Organisationen: • TÜV NORD CERT GmbH, • Shopauskunft.de GmbH & Co. KG
Beratungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Unterstützung und Beratung u. a. in Leistungs- und Abrechnungsfragen (In- und Ausland), zur Betrugserkennung, zu Gesundheitsprogrammen; IT-Dienstleistungen	Beteiligte Stellen/Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
IT- und Telekommunikationsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Dienstleister für IT-, Netzwerk- und Telefonieanwendungen	Beteiligte Stellen/Organisationen: • AssFINET AG, • HAUBNER IT GmbH, • NETGO GmbH, • DATEV eG
Online-Support	
Übertragene Aufgaben: Dienstleister für Webhosting, Internet-Portale, Online-Abschlüsse und E-Mail-Marketing	Beteiligte Stellen/Organisationen: • Host Europe GmbH, • 1&1 Internet AG, • JMC Technologieberatung GmbH, • united-domains AG, • STRATO AG, • ALL-INKL.COM, • COREER GmbH, • Einmahl WebSolution GmbH, • emarsys eMarketing Systems AG
Wirtschaftsauskunfteien, Adressermittler	
Übertragene Aufgaben: Einholung von Auskünften bei Antragstellung und Forderungsmanagement	Beteiligte Stellen/Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Entsorgungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Datenträger- und Aktenentsorger, Aktenvernichtung	Beteiligte Stellen/Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung