

VEREINS-GRUPPENUNFALLVERSICHERUNG (Stand 01/2007)

1) VERSICHERTE RISIKEN:

Nach den Versicherungsbedingungen liegt ein Unfall dann vor, wenn eine der versicherten Personen durch ein plötzlich von außen auf deren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Dabei gibt es für die Leistungen aus der Unfallversicherung keinen Unterschied zwischen Fremd- und Eigenverschulden, beides ist versichert.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden. Versichert ist auch der Tod durch Blitzschlag, Vergiftung (bei Kindern unter 10 Jahren), Erstickten und Ertrinken.

Versichert sind alle Unfälle, die bei der Tätigkeit für die versicherte Organisation sowie auf deren Veranstaltungen auftreten. Mitversichert sind auch die Unfälle bei sportlichen Betätigungen (z.B. auch beim Skifahren oder bei Selbstverteidigungskursen; allerdings hier die Ausschlüsse beachten!). Dazu sind ebenfalls die Unfälle auf dem direkten Weg von der heimatischen Wohnung nach und von der dienstlichen Tätigkeit bzw. Veranstaltung versichert.

2) GELTUNGSBEREICH:

- Weltgeltung, ausgenommen in Kriegsgebieten.

3) VERSICHERTER PERSONENKREIS:

- Unfälle während der Maßnahmen, des Dienstes etc. und auf den Wegen von
- allen gesetzlichen und satzungsmäßigen Vertreter/innen der versicherten Organisationen,
- allen Mitgliedern des Hauptausschusses, der Vollversammlungen und des Vorstandes,
- allen aktiven und passiven Vereinsmitglieder,
- allen ehren- und nebenamtlich tätigen Personen und mitarbeitenden Betreuer/innen, sofern und
- solange sie dafür kein steuerpflichtiges Entgelt erhalten,
- allen ehrenamtlichen Aufsichtsführenden der mitversicherten Einrichtungen, die in der Trägerschaft der jeweiligen versicherten Organisationen stehen,
- allen Veranstaltungsteilnehmern, Besuchern und Gästen der versicherten Einrichtungen.

4) VERSICHERUNGSSUMMEN:

4.1) NACH DER STANDARD-DECKUNG:

15.500,00	€	für den Todesfall (Erwachsene)
3.000,00	€	für den Todesfall (Kinder und Jugendliche)
31.000,00	€	für den Invaliditätsfall (bei 100%)

3.000,00	€	für die Bergungskosten
10,00	€	für Krankenhaustagegeld mit verbessertem Genesungsgeld

4.2) NACH DER DOPPEL-STANDARD-DECKUNG:

31.000,00	€	für den Todesfall (Erwachsene)
3.000,00	€	für den Todesfall (Kinder bis 14 Jahre)
5.500,00	€	für den Todesfall (Jugendliche bis 18 Jahre)
62.000,00	€	für den Invaliditätsfall (bei 100%)
3.000,00	€	für kosmetische Operationen nach einem Unfall
5.500,00	€	für die Bergungskosten
16,00	€	für Krankenhaustagegeld mit verbessertem Genesungsgeld

4.3) NACH DER UNFALL PLUS-DECKUNG:

31.000,00	€	für den Todesfall (Erwachsene)
5.500,00	€	für den Todesfall (Kinder und Jugendliche)
77.000,00	€	für den Invaliditätsfall mit 350% Progression
d.h. 269.500,00	€	bei 100%iger Invalidität
5.500,00	€	für kosmetische Operationen nach einem Unfall
5.500,00	€	für die Bergungskosten
26,00	€	für Krankenhaustagegeld mit verbessertem Genesungsgeld

5) VERTRAGSGRUNDLAGEN

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB), Zusatzbedingungen für die Gruppenunfall- und für die Kinderunfallversicherung, besondere Vereinbarungen (UNFJUGEND) sowie besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen.

6) WICHTIGE AUSSCHLÜSSE (AUSZUGSWEISE AUS DEN AUB):

- Festangestellte und hauptberufliche Mitarbeiter sowie auch Honorarkräfte, d.h. alle, die für ihre Tätigkeit ein steuerpflichtiges Entgelt erhalten. Diese sind entweder über die Berufsgenossenschaft versichert oder können andere Zusatzversicherungen abschließen (Mitarbeiter-Unfall, Infos dazu anfordern)
- Unfälle auf den Wegen von oder zu den Veranstaltungen, wenn der Weg durch privatwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. Einkäufe, Umzug etc.) unterbrochen wird
- Unfälle bei der vorsätzlichen Ausführung oder dem Versuch von Verbrechen oder Vergehen
- Unfälle auf Fahrveranstaltungen mit Fahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwin-

digkeiten ankommt, Luftfahrtunfälle (Segelfliegen, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Paragliding u. ä.), Risiko-Sportarten wie Canyoning, Bungee-Jumping, Flaschentauchen u. ä.

- alle Arten von Behandlungs- und Heilkosten sowie Tagegeldern
- Infektionskrankheiten
- Unfälle, die durch Alkoholeinwirkung verursacht werden bzw. unter Medikamenten- oder unter Drogeneinfluss eingetreten sind (grobe Fahrlässigkeit)

7) UNFALLMELDUNGEN:

Bei schwerwiegenden Verletzungen bzw. bei Todesfällen ist der Versicherungsmakler oder die Versicherungsgesellschaft sofort, d.h. innerhalb von 24 Stunden zu verständigen.

Wichtig sind die Angaben über den Schadentag, den Schadensort, die verletzte(n) Person(en), die Art der Verletzungen, das behandelnde Krankenhaus bzw. die behandelnden Ärzte. Die verletzte Person ist verpflichtet, die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden.

8) ANMELDEVERFAHREN:

Die Anmeldung zum Rahmenvertrag erfolgt mit beigefügtem Anmeldeformular. Unbedingt erforderlich sind folgende Angaben:

- Name und Anschrift der anmeldenden Organisation,
- der Vertragsbeginn,
- die gewünschte Versicherungsform je nach Höhe der Versicherungssummen,
- die Anzahl der Personen (siehe auch bei Berechnung der Jahresprämien)

➤ bitte möglichst Bankverbindung für Lastschriftzug.

Die Berechnung der Jahresprämien ist immer abhängig von der Art der zu versichernden Organisation, der Art und dem Umfang der zu versichernden Maßnahmen und der Anzahl der Mitglieder bzw. Teilnehmer oder Besucher/Gäste. Im Einzelnen benötigen wir folgende Daten und Angaben für:

9) PRÄMIENBERECHNUNG:

- **Tarif 1 für:**
Vereine, Stiftungen, Gruppen und sonstige soziale, kulturelle oder gemeinnützige Organisationen sowie Jugendhäuser, Freizeitheime, Kindergärten u. a.
- **Tarif 2 für:**
Kommunale Jugendarbeit der Landratsämter, Städte, Märkte und Gemeinden sowie der von ihnen betriebenen Jugendhäuser, Freizeitheime, Kindergärten etc.
- **Tarif 3 für:**
Dachverbände und Organisationen mit mehr als 1.000 Vereinsmitgliedern und die von ihnen betriebenen Einrichtungen wie Jugendzentren, -häuser, Freizeitheime, Kindergärten, -tagesstätten, Bildungsstätten
- **Tarif 4 für:**
Jugendringe, Bundes- und Landesverbände, Dachverbände und -organisationen, Arbeitsgemeinschaft (ohne Einzelpersonen) und die von ihnen betriebenen Einrichtungen wie Jugendtreffs, -zentren, -häuser, Freizeitheime, Kindergärten, -tagesstätten u. ä.

Alle Anfragen und Schadenmeldungen richten Sie bitte an die:



Mühlweg 2b, 82054 Sauerlach, Telefon: 08104 - 89 16 28 / Telefax: 08104 - 89 17 35
internet: www.bernhard-assekuranz.com / e-mail: jugend@bernhard-assekuranz.com

Tarif 1 (01/2007)

UNFALLVERSICHERUNG

Vereine, Stiftungen, Gruppen und sonstige soziale, kulturelle oder gemeinnützige Organisationen sowie Jugendhäuser, Freizeitheime, Kindergärten u. ä.

Alle angegebenen Beiträge sind Bruttojahresprämien inkl. der derzeit gesetzlichen Versicherungssteuer.

1) TRÄGER- UND FÖRDERVEREINE, STIFTUNGEN, INITIATIVGRUPPEN:

Prämienberechnung nach Anzahl der aktiven und passiven Mitglieder und/oder der zu betreuenden Personen, Besucher oder Gäste (täglicher Durchschnitt) in Häusern/Heimen.

1.1) VERSICHERUNGSSUMMEN NACH STANDARD-DECKUNG:

96,50	€	für kleinere Vereine/Gruppen	bis max.	50	Personen
129,30	€	für mittlere Vereine/Gruppen	bis max.	100	Personen
169,80	€	für mittlere Vereine/Gruppen	bis max.	200	Personen
210,30	€	für größere Vereine/Gruppen	bis max.	300	Personen
331,40	€	für große Vereine/Gruppen	bis max.	600	Personen
32,30	€	je weitere 100 Personen (evtl. Nachlässe anfragen)			

➤ für Großorganisationen über 1.000 Mitglieder bzw. für Großveranstalter gelten separate Tarife.

1.2) ZUSCHLÄGE FÜR AKTIONEN MIT ERHÖHTEM UNFALLRISIKO WIE Z. B.: ERLEBNISPÄDAGOGIK, HÖHLENBEGEHUNGEN, ABSEILAKTIONEN, KLETTERPARCOURS:

pauschale Zuschläge zwischen 50 % und 300 %,

je nach Art der Maßnahmen; Art, Alter und Anzahl der Teilnehmer; Anzahl und Ausbildung der Leiter (oder mit Einzelabrechnung)

mind. aber	1,50	€je	Teilnehmer
Jahresmindestprämie	153,90	€	

2.1) VERSICHERUNGSSUMMEN NACH DOPPELSTANDARDDECKUNG:

129,30	€	für kleinere Vereine/Gruppen	bis max.	50	Personen
178,50	€	für mittlere Vereine/Gruppen	bis max.	100	Personen
245,70	€	für mittlere Vereine/Gruppen	bis max.	200	Personen
312,90	€	für größere Vereine/Gruppen	bis max.	300	Personen
547,80	€	für große Vereine/Gruppen	bis max.	600	Personen
56,90	€	je weiter 100 Personen (evtl. Nachlässe anfragen)			

➤ für Großorganisationen über 1.000 Mitglieder bzw. für Großveranstalter gelten separate Tarife.

2.2) ZUSCHLÄGE FÜR AKTIONEN MIT ERHÖHTEM UNFALLRISIKO WIE Z. B.: ERLEBNISPÄDAGOGIK, HÖHLENBEGEHUNGEN, ABSEILAKTIONEN, KLETTERPARCOURS:

pauschale Zuschläge zwischen 50 % und 300 %,

je nach Art der Maßnahmen; Art, Alter und Anzahl der Teilnehmer; Anzahl und Ausbildung der Leiter
(oder mit Einzelabrechnung)

mind. aber	2,60	€	je	Teilnehmer
Jahresmindestprämie	238,00	€		

3.1) VERSICHERUNGSSUMMEN NACH UNFALLPLUS-DECKUNG:

159,00	€	für kleinere Vereine/Gruppen	bis max.	50	Personen
229,80	€	für mittlere Vereine/Gruppen	bis max.	100	Personen
325,20	€	für mittlere Vereine/Gruppen	bis max.	200	Personen
420,60	€	für größere Vereine/Gruppen	bis max.	300	Personen
662,70	€	für große Vereine/Gruppen	bis max.	600	Personen
64,60	€	je weiter 100 Personen (evtl. Nachlässe anfragen)			

➤ für Großorganisationen über 1.000 Mitglieder bzw. für Großveranstalter gelten separate Tarife.

3.2) ZUSCHLÄGE FÜR AKTIONEN MIT ERHÖHTEM UNFALLRISIKO WIE Z. B.: ERLEBNISPÄDAGOGIK, HÖHLENBEGEHUNGEN, ABSEILAKTIONEN, KLETTERPARCOURS:

pauschale Zuschläge zwischen 50 % und 300 %,

je nach Art der Maßnahmen; Art, Alter und Anzahl der Teilnehmer; Anzahl und Ausbildung der Leiter
(oder mit Einzelabrechnung)

mind. aber	3,10	€	je	Teilnehmer
Jahresmindestprämie	307,80	€		

4) ZUSCHLÄGE FÜR ERHÖHTE BERGUNGSKOSTEN U. Ä.:

Erhöhung der Bergungskosten u. ä. auf Versicherungssumme	25.000,00	€
--	-----------	---

pauschal jährlich mind. 11,30 € je 100 Personen auf die Grundprämien

oder einzeln über Reise-Anmeldung je Tag und Teilnehmer 0,26 €

Alle Anfragen und Schadenmeldungen richten Sie bitte an die:



B E R N H A R D

ASSEKURANZMAKLER GMBH | SEIT 1950
INTERNATIONAL

Mühlweg 2b, 82054 Sauerlach, Telefon: 08104 - 89 16 28 / Telefax: 08104 - 89 17 35
internet: www.bernhard-assekuranz.com / e-mail: jugend@bernhard-assekuranz.com

vhs-Versicherungen

Stand: 01/2007

© Bayerischer Volkshochschulverband

(AUB 88 Version 2009)

§ 1	Der Versicherungsfall	
§ 2	Ausschlüsse	
§ 3	Nicht versicherbare Personen	
§ 3a	Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers oder seines Vertreters bis zum Vertragsabschluss	
§ 4	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / vertragliche Gestaltungsrechte	
§ 5	Beiträge, Fälligkeit und Verzug	
§ 6	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst	
§ 7	Die Leistungsarten	
§ 8	Einschränkung der Leistungen	
§ 9	Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles	
§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen	
§ 11	Fälligkeit der Leistungen	
§ 12	Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen	
§ 13	Anzeigen und Willenserklärungen	
§ 14	Verjährung	
§ 15	Gerichtsstände	

§ 1 Der Versicherungsfall

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

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I. 1. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere

Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

2. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich der Versicherte aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA. Bei Terroranschlägen, die außerhalb der Territorien von Krieg führenden Parteien ausgeführt werden, beruft sich der Versicherer nicht auf diesen Ausschluss. Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

4. Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
5. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
6. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
 - II. 1. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
 2. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -

therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

3. Infektionen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt 2. Satz 2 entsprechend.

4. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

III. 1. Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

2. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III die überwiegende Ursache ist.

IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

I. Nicht versicherbar sind Personen, die auf Dauer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen.

Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in die Pflegestufe II (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 14.06.1996) eingestuft sind.

II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

III. Der für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird erstattet.

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

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

Fragen im Sinne von Satz 1 stellt.

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

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

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

II. 1. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats in Schriftform gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, erlangt.

2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn

a) der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat;

b) der Versicherungsnehmer im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

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

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

III. 1. Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dabei hat der

- Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zum 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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Schriftform kündigen.
- V. 1. Der Versicherer muss die nach den Ziffern II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt hat. Dabei sind die Umstände anzugeben auf die sich die Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben.
2. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.
 3. Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern II. bis IV. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte
- VI. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- VII. Die Rechte des Versicherers nach den Ziffern II. bis IV. erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt hat.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte

- I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 5 I. zahlt.
- II. Der Vertrag kann beendet werden durch Kündigung in Schriftform eines der Vertragspartner.
 1. zum Ablauf der vereinbarten Dauer. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;
 2. zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als drei Jahren vereinbart wurde. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des dritten oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein;
 3. wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist.
Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.
Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. Der Versicherungsschutz für die versicherte Person tritt außer Kraft, sobald der Versicherte Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

- I. Die Beiträge enthalten die jeweilige Versicherungssteuer und die vereinbarten Nebenkosten. Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.

Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

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

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

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, 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 Ziff. 5 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.-

6. Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der

Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät.

Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

7. Der Versicherer ist bei Verzug berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

8. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer III. 5 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.

Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer III. 5. Absatz. 2 hinzuweisen.

IV.

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat

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

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

I. Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung des Versicherten ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist die geltende Berufsgruppeneinteilung des Versicherers (Erläuterungen zu Einteilungskriterien: siehe Antragsunterlagen).

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten ist daher dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen

Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

II.1. Ergeben sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

2. Errechnen sich dagegen bei unverändertem Beitrag höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

3. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer die Versicherung zu den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt.

4. Bietet der Versicherer für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Änderung kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

§ 7 Die Leistungsarten

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

I. Invaliditätsleistung

1. Ist die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität), so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.

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

eines Armes	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %

eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels

60 %

eines Beines bis unterhalb des Knies

50 %

eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels

45 %

eines Fußes

40 %

einer großen Zehe

5 %

einer anderen Zehe

2 %

eines Auges

50 %

des Gehörs auf einem Ohr

30 %

des Geruchs

10 %

des Geschmacks

5 %

b) Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes nach a) angenommen.

c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach 2. ergeben, zusammengenommen. 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 VI. verwiesen.

III. Tagegeld

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

2. Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

1. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld

1. Für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die der Versicherte Unfall-Krankenhaus-Tagegeld bezogen hat, erhält er ein Genesungsgeld in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt 4 Wochen je Unfallereignis.

2. Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

3. Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI. Todesfall-Leistung

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

§ 8 Einschränkung der Leistungen

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

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und unverzüglich an den Versicherer zurück zu senden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

III. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.

IV. Die Ärzte, die den Versicherten - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere

Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

V. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

VI. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine nach Eintritt des Unfalls zu erfüllende Obliegenheit nach § 9 oder eine in den vereinbarten Besonderen Bedingungen genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Verletzt der Versicherungsnehmer eine der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungs-obliegenheiten, 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 Kranken-
haustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

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

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

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

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

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle zu richten.

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

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

§ 14 Verjährung

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

II. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 15 Gerichtsstände

I. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

II. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnergesellschaft ist.

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

IV. Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Zusatz-Bedingungen für die Gruppen- Unfallversicherung

§ 1 Versicherungen ohne Namensangabe

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

§2 Versicherungen mit Namensangabe

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

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

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

Versicherungsschutzbegrenzung

Die Versicherung umfasst nur die Unfälle, von denen die antragsgemäß in die Versicherung einbezogenen Personen bei der Ausübung der im Versicherungsschein/Nachtrag bezeichneten Tätigkeit (en) betroffen werden. Unfälle auf den direkten Wegen nach und von der versicherten Tätigkeit sind eingeschlossen, ausgenommen Fahrten mit Luftfahrzeugen. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg durch reine private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. Einkauf) unterbrochen wird.

Begrenzung der Versicherungssummen

1. Fluggastrisiko

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

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

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

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

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

Bei allen anderen Unfällen gilt:

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

Erweiterungen der AUB 88 Fassung 2008

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Vergiftungen durch Gase und Dämpfe

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

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

Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerbekrankheiten.

Besondere Bedingungen bei der Rettung von Menschenleben und Sachen

Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in der Unfallversicherung eingeschlossen.

Auf den Einwand des Vorsatzes gem. § 181 VVG wird verzichtet

Besondere Bedingungen bei Heilmaßnahmen

In Abänderung von Ziffer § 2.2. AUB gelten Maniküre, Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme.

Besondere Bedingungen „Raufhändel“

Unfälle bei Raufhändeln und Schlägereien, in die der Versicherte nicht als Urheber oder in Ausübung seines Berufes gerät, sind eingeschlossen.

Besondere Bedingungen „Pflichtgefühl“

Sofern der Versicherte nach einem Unfall aus Pflichtgefühl seinem Beruf soweit wie möglich nachkommt, wird dies nicht zu seinen Ungunsten ausgelegt. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit ist nur der objektive ärztliche Befund maßgebend.

Besondere Bedingung zu Genesungsgeld

Die Leistungsdauer für Genesungsgeld gemäß § 7 V 1. wird von 4 Wochen auf 100 Tage verlängert.

Besondere Bedingungen für Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder Medikamente

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

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

Besondere Bedingungen für Unfälle durch epileptische Anfälle

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen

Abweichend von § 2 I (1) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs- Bedingungen besteht Versicherungsschutz für Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt bei Eintritt des Unfalles unter 1,0 ‰ liegt.

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

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

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

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

1. In Abänderung des § 2 I (3) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen er streckt 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.

Unfälle mit Strahlen

In Ergänzung von § 2 II (1) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen Versicherungsschutz, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt. Der Ausschluss von § 2 I (6) AUB (Kernenergie) wird davon nicht berührt und gilt unverändert.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen durch Zeckenbiss

Ergänzend zu § 2 II (3) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) besteht auch Versicherungsschutz für die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Infektionskrankheiten Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose. Versicherungsfall ist die erstmalige Infizierung mit dem Erreger dieser Infektionskrankheiten. Abweichend von § 9 AUB ist der Versicherer unverzüglich zu unterrichten, nachdem die erstmalige Infektion durch einen Arzt festgestellt wurde.

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

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen bei geringfügigen Hautverletzungen

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

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

§ 2 II (4) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert:
Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme schädlicher Stoffe sind mitversichert, sofern es sich nicht um Nahrungsmittel handelt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen

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

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

Psychische Reaktionen

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

Besondere Bedingungen zur Geltendmachung der Invalidität

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

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein
und

- spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 6 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer, oder der versicherten Person geltend gemacht werden.

Besondere Bedingungen für die verbesserte Invaliditätsleistung

§ 7 I (2) a) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und soweit vereinbart, Ziffer 1 Absatz 3 der Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer Unfallrente der Invaliditätsleistung werden wie folgt geändert:

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

eines Armes	80%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	70%
einer Hand	70%
eines Daumens	28%
eines Zeigefingers	20%
anderer Finger	15%
(bei Verlust von sämtlichen Fingern einer Hand werden max. 70 % ersetzt)	
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80%
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
eines Beines bis unterhalb des Knies	60%
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	55%
eines Fußes	50%
einer großen Zehe	15%
einer anderen Zehe	8%
eines Auges	50%
sofern das andere Auge vor Eintritt des Unfalles bereits verloren war	70%
des Gehörs auf einem Ohr	30%
sofern das Gehör auf dem anderen Ohr bereits vor Eintritt des Unfalles verloren war	45%
des Geruchssinns	20%
des Geschmackssinns	15%
einer Niere bei Erhaltung der anderen Niere	20%
der Milz	10%
des Sprechvermögens	100%

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

Besondere Bedingungen für Krankenhaustage- und Genesungsgeld bei ambulanten Operationen

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

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 die Versicherung einer Reha-Beihilfe in der Unfallversicherung

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

1. Voraussetzungen für die Leistung:

1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter die Versicherung fallenden Entschädigungspflichtigen Unfall nach §1 der AUB)
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige stationäre Reha-Maßnahme durchgeführt.

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

1.2 Als Reha-Maßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

2. Höhe der Leistung:

Die Reha-Beihilfe wird in Höhe von 3.000,00 EUR 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 Gruppen-Unfallversicherungen mit Direktanspruch der versicherten Person

Die Unfallversicherung wurde gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung) abgeschlossen. Abweichend von den Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen gilt folgendes:

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

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

1. Art der Leistung:

1.1 Der Versicherer ersetzt nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzt der Versicherer auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

1.2 Der Versicherer ersetzt die Kosten für den medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

1.3 Der Versicherer ersetzt den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

1.4 Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzt der Versicherer die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2. Höhe der Leistung:

Die Höhe der Leistungen ist auf die im Versicherungsschein vermerkte Summe begrenzt. Soweit im Schadenfall ein Dritter (z.B. Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit der Versicherungsnehmer aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beanspruchen kann, steht es ihm frei, welchem Versicherer er den Schadenfall meldet. Meldet er den Schaden, bei der Generali Versicherung AG wird diese im Rahmen dieser Bedingungen in Vorleistung treten.

Sofern ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht bestreitet, kann der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person sich unmittelbar an den Versicherer wenden. In diesem Fall sind etwaige Ansprüche gegen andere Ersatzpflichtige an den Versicherer abzutreten.

Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

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

Besondere Bedingungen zur Begründung des Leistungsanspruches

§ 11 I der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen wird wie folgt geändert:

Der Versicherer erstattet die zur Begründung des Leistungsanspruches entstehenden ärztlichen Gebühren in voller Höhe.

Versehensklausel

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

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

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

Nur gemäß besonderer Vereinbarung und Vermerk im Versicherungsschein

Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung (sofern vereinbart)

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

1. Voraussetzungen für die Leistung:

1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen. Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2. Art und Höhe der Leistung:

Der Versicherer leistet insgesamt bis zur vereinbarten Versicherungssumme (vgl. Versicherungsschein) 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 Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 225 % der Invaliditätssumme (sofern vereinbart)

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 300 % der Invaliditätssumme (sofern vereinbart)

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 500 % der Invaliditätssumme (sofern vereinbart)

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Aufhebung der Versicherungsschutzbegrenzung (vgl. Seite 8; sofern vereinbart)

Anstelle der Versicherungsschutzbegrenzung (Tätigkeit inkl. Wegerisiko) gilt der Versicherungsschutz bei privaten Einzelunfallversicherungen 24 Stunden.

Versicherer

Generali Versicherung AG · Adenauerring 7, 81737 München

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dietmar Meister

Vorstand: Dr. Wilhelm Kittel (Vorsitzender), Jörn Stapelfeld (stv. Vorsitzender),

Frank Karsten, Karl Pfister, Dr. Norbert Rollinger, Volker Seidel

Sitz: München · Registergericht: Amtsgericht München HRB 7731



Merkblatt für das Verhalten in Schadenfällen

1. Allgemeine Maßnahmen:

Zunächst sind alle Maßnahmen zu treffen, damit eine Ausweitung des Schadens vermieden wird (bei Verkehrsunfällen: Unfallstelle absichern; bei Brandschäden: sofort zur Brandbekämpfung übergehen; Polizei, Feuerwehr und Rettungsdienst benachrichtigen; Glassplitter, Ölflecken beseitigen usw.).

Halten Sie immer Namen und Anschrift der am Schaden beteiligten fest.

Eingetretenen Schadenumfang schriftlich dokumentieren, wenn notwendig mit Skizze oder Fotos festhalten.

Bei Minderjährigen Eltern oder Erziehungsberechtigte verständigen.

Füllen Sie die angeforderten Schadensformulare so exakt wie möglich aus. Sie erleichtern sich, dem Geschädigten und dem Versicherer die Schadenregulierung.

Senden Sie keine Schadensmeldung direkt an die Versicherungsgesellschaft, sondern nur direkt an uns. Wir vertreten Ihre Interessen und beraten Sie objektiv.

2. Haftpflichtschäden:

Nur für einen schuldhaft verursachten Schaden können Sie ersatzpflichtig gemacht werden. Lassen Sie sich keinen Schaden aufdrängen, von dem Sie nichts wissen.

Geben Sie kein Schuldanerkennnis ab und regulieren Sie keinen Schaden ohne Rücksprache mit dem Versicherer.

Bei Sachschäden mit dem/r Eigentümer/in oder mit einer eigens hierfür ermächtigten Person gemeinsam den Schaden besichtigen, schriftlich festhalten, den oder die Schadenverursacher/in ermitteln.

Der Anspruchsteller muss den Schaden beweisen und hierfür geeignete Beweismittel (Zeugen, Rechnungen etc.) vorlegen.

Unbedingt ist auch darauf zu achten, dass der Anspruchsteller nicht willkürlich einfach einen Betrag in Rechnung stellt, sondern dass die Höhe des eingetretenen wirklichen Schadens nachzuweisen ist.

Bei durchzuführenden Reparaturen, z.B. Installationen bei Tür- oder Fensterverglasung usw., muss der Geschädigte den eingetretenen Schaden durch die Rechnung der Reparaturfirma belegen.

Verständigen Sie möglichst umgehend die Bernhard Assekuranzmakler GmbH, da diese auch unbegründete Schadensersatzansprüche abwehrt. Der Versicherer muss sich ein genaues Bild machen können, wie es zu dem Schaden gekommen ist.

Sind beschädigte Sachen und Gegenstände nicht mehr zu reparieren, kann nur ein Schadenersatz in Höhe des wirklichen Zeitwertes erfolgen. Der Geschädigte muss den Zeitpunkt der Anschaffung und die Höhe des seinerzeitigen Kaufpreises glaubhaft nachweisen.

3. Unfallschäden

Falls notwendig, sofort Maßnahmen der Ersten Hilfe einleiten, jedoch nur dann, wenn der/die Helfer/in darin Kenntnisse hat. Verletzte/n zum Arzt bringen oder in das Krankenhaus transportieren lassen.

Alle Maßnahmen treffen, damit eine Verschlimmerung des Schadens vermieden wird, z. B. Sicherung der Unfallstelle, Verständigung von Arzt, Eltern und Angehörigen.

Sofortige Meldung an die Bernhard Assekuranzmakler GmbH mit den Angaben über Schadensort, Schadentag, Geschädigte/n, Art der Verletzung, das behandelnde Krankenhaus oder den Arzt, der die Behandlung übernimmt.

Bei Unfällen mit Todesfolgen oder dauernder Arbeitsunfähigkeit die Bernhard Assekuranzmakler GmbH sofort benachrichtigen.

4. Rechtsschutz-Schadenfälle:

Sprechen Sie vor der Beauftragung eines Rechtsanwaltes mit der Bernhard Assekuranzmakler GmbH bzw. Ihrer Rechtsschutzversicherung, ob eine Kostenübernahme besteht.



5. Feuerschäden:

Verständigen Sie unmittelbar und unverzüglich Feuerwehr und Polizei und gehen Sie sofort zur Brandbekämpfung über.

6. Einbruchschäden:

Verständigen Sie sofort nach Entdeckung des Einbruchs die Polizei.

Versuchen Sie möglichst wenig zu berühren bis die Polizei die Einbruchsspuren gesichert hat.

7. Schäden in der Reiseversicherung:

Bei Diebstahlschäden ist für die Reisegepäckversicherung eine polizeiliche Bestätigung notwendig, ferner sind Anschaffungsrechnungen einzureichen.

Bei Vorlage von Rechnungen über ärztliche Behandlungen und dergl. ist die Diagnose des Arztes anzugeben, ferner sind Originalbelege nötig.

Vergessen Sie nicht, das Konto, auf das die Leistung erstattet werden soll, anzugeben.

Geben Sie bitte in jedem Fall die Nummer der Reiseanmeldung an, damit der Vorgang zugeordnet werden kann.

Alle Anfragen und Schadenmeldungen richten Sie bitte an die:



B E R N H A R D

ASSEKURANZMAKLER GMBH | SEIT 1950
INTERNATIONAL

Mühlweg 2 b, 82054 Sauerlach, Telefon: 08104 - 89 16 0 / Telefax: 08104 - 89 17 35
internet: www.bernhard-assekuranz.com / e-mail: info@bernhard-assekuranz.com

**WIR HOFFEN, DASS SIE VON SCHADENFÄLLEN
VERSCHONT BLEIBEN!**



Schadenanzeige Unfall

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Versicherungsscheinnr.: _____

Vers. gesellschaft: _____

Schadenort: _____

Schadentag: _____

Tel./ Fax: _____

Bitte beantworten Sie jede Frage wahrheitsgemäß und so genau wie möglich. Beachten Sie: Bewußt unwahre oder unvollständige Angaben haben auch dann den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge, wenn sie für die Schadensfeststellung folgenlos geblieben sind und wenn uns dadurch kein Nachteil entsteht.

Angaben zum Schadenfall

Schadenschilderung: (Bitte möglichst ausführlich und ggf. Skizze/ Fotos beifügen)

Name des Verletzten: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Benutzte der Verletzte ein Kraftfahrzeug? ja / nein Pkw KRAD _____

Amtliches Kennzeichen: _____ Sicherheitsgurt angelegt? ja / nein

War er Fahrer? ja / nein Führerscheindaten: _____

Befand sich das Fahrzeug in verkehrssicherem Zustand? ja / nein

Welche Mängel hatte es? _____

War er Fahrgast? ja / nein Zahl der Insassen einschließlich Fahrer: _____

Polizeiliche Aufnahme? ja / nein

Dienststelle/ Aktenzeichen - ggf. auch Staatsanwaltschaft: _____

Hatte der Verletzte Alkohol zu sich genommen? ja / nein Blutprobe ja / nein ____ Promille

Art und Menge des Alkohols _____

In welchem Zeitraum vor dem Unfall wurden diese Getränke aufgenommen? _____

Hauptberufliche Tätigkeit des Verletzten in der Zeit vor dem Unfall _____

Nebenberufliche Tätigkeit des Verletzten in der Zeit vor dem Unfall _____

Gehörte der Verletzte einer militärischen Einheit an? _____



Welcher Art sind die Unfallverletzungen? _____

Welche Folgen hatte der Unfall? _____

Beginn der ärztlichen Behandlung _____

Name und Anschrift des Ersthelfers _____

Jetzt behandelnder Arzt _____

Voraussichtliche Behandlungsdauer _____

Besteht Arbeitsunfähigkeit? ja / nein

Krankenhausaufenthalt ja / nein von _____ bis _____

Anschrift des Krankenhauses _____

Arbeitsunfall ja / nein

Anschrift des Arbeitgebers _____

Zuständige Berufsgenossenschaft _____

Bei tödlichem Ausgang: Wann und wo ist der Tod eingetreten? _____

Welcher Arzt stellte den Tod fest? _____

War der Verletzte vor dem Unfall gesund? ja / nein

An welchen Krankheiten oder Gebrechen litt der Verletzte vor dem Unfall? _____

Bei welchem Arzt war der Verletzte im letzten Jahr in Behandlung? _____

Bezog der Verletzte vor dem Unfall Rente? ja / nein _____

Ist der Verletzte kriegsversehrt? ja / nein _____

Ist oder war der Verletzte auch noch bei anderen Gesellschaften unfallversichert? ja / nein _____

Ist der Verletzte krankenversichert? ja / nein _____

Wohin soll eine eventuelle Entschädigung gezahlt werden?

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherungsnehmers



Mühlweg 2 b, 82054 Sauerlach, Telefon: 08104 - 89 16 0 / Telefax: 08104 - 89 17 35
internet: www.bernhard-assekuranz.com / e-mail: info@bernhard-assekuranz.com



Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

Wir können heute unseren Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versicherungsgemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die **BERNHARD ASSEKURANZMAKLER GMBH - International** ist ein Versicherungsmakler. Es gehört zu den Aufgaben eines Versicherungsmaklers, Ihre Versicherungsverträge zu betreuen und zu verwalten. Um diese Aufgaben erfüllen zu können, ist auch die Übermittlung der für den Versicherungsvertrag erforderlichen Daten an den jeweiligen Versicherer erforderlich.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt eine Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

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

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim GDV- und beim PKV-Verband zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiele:

Allgemeine Haftpflichtversicherung:

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

Zweck:

Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Kfz-Versicherer:

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

Zweck:

Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.



BERNHARD
ASSEKURANZMAKLER GMBH | SEIT 1950
INTERNATIONAL

Mühlweg 2b, D-82054 Sauerlach, Telefon: 0 81 04 / 89 16 - 0, Telefax: 0 81 04 / 89 17 - 35
internet: www.bernhard-assekuranz.com / e-mail: info@bernhard-assekuranz.com



Merkblatt zur Datenverarbeitung

Lebensversicherer:

Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw.

Annahme mit Beitragszuschlag,

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

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

Zweck:

Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer:

- vorzeitige Kündigungen durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von zwölf Monaten.
- Vorzeitige Kündigungen bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck:

Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer:

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmisbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind.

Zweck:

Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer:

- Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmisbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung.

Zweck:

Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmisbrauch.

Unfallversicherer:

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

Zweck:

Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmisbrauch.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb unseres Unternehmens

Die **BERNHARD ASSEKURANZMAKLER GMBH - International** ist ein rechtlich selbständiges Unternehmen und hat mehrere Niederlassungen im Inland. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie z.B. das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge in verschiedenen Niederlassungen abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Versicherungsunternehmen:

Zum Schutz der Versicherten werden einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Kranken-, Lebens- und Sachversicherungen) durch rechtlich selbstständige Versicherungsunternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Versicherungsunternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei ebenfalls einzelne Bereiche zentralisiert, wie z.B. das Inkasso oder die Datenverarbeitung.

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

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

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

Daneben arbeiten die Versicherungsunternehmen und Vermittler, mit denen wir zusammenarbeiten, zur umfassenden Beratung und Betreuung unserer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften zusammen. Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden.

6. Betreuung

In Ihren Versicherungsangelegenheiten, sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmens bzw. unseres Kooperationspartner, werden Sie durch einen unserer Mitarbeiter betreut. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Mitarbeiter zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen.

Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Mitarbeiter auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

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

8. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte direkt an uns. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten direkt an uns.



BERNHARD

ASSEKURANZMAKLER GMBH | SEIT 1950
INTERNATIONAL

Mühlweg 2b, D-82054 Sauerlach, Telefon: 0 81 04 / 89 16 - 0, Telefax: 0 81 04 / 89 17 - 35
internet: www.bernhard-assekuranz.com / e-mail: info@bernhard-assekuranz.com



Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer, wir danken für das uns entgegengebrachte Vertrauen und dokumentieren mit diesem Versicherungsschein und der beigefügten bzw. Ihnen bereits vorliegenden Verbraucherinformation den von Ihnen gewünschten Versicherungsumfang bzw. die beantragte Änderung. Bitte lesen und beachten Sie die nachstehenden wichtigen Informationen und Hinweise sowie die Rechtsbelehrungen, bevor Sie dieses Dokument zu Ihren Versicherungsunterlagen nehmen. Eine Nichtbefolgung kann zu einer Gefährdung Ihres Versicherungsschutzes führen.

WICHTIGE INFORMATIONEN UND HINWEISE - RECHTE UND PFLICHTEN AUS DEM VERTRAG

1. Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags:

Der im Versicherungsschein genannte erste oder einmalige Beitrag wird zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Sie haben diesen Beitrag dann unverzüglich zu zahlen.

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, haben Sie von Anfang an keinen Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Zahlen Sie nachträglich, beginnt der Versicherungsschutz erst ab der Zahlung.

Außerdem können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Nach dem Rücktritt können wir von Ihnen eine Geschäftsgebühr verlangen.

2. Zahlung des Folgebeitrages:

Ein Folgebeitrag ist zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt fällig.

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag zuzüglich des Verzugschadens (Kosten und Zinsen) innerhalb von zwei Wochen ab Zugang unserer Aufforderung zu zahlen.

Tritt ein Schadenereignis nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist ein und sind zu diesem Zeitpunkt die geschuldeten Beträge noch nicht bezahlt, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wir bleiben jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Sind Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist noch in Verzug, können wir den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen. Unsere Kündigung wird unwirksam, wenn Sie den rückständigen Folgebeitrag zuzüglich des Verzugschadens innerhalb eines Monats ab Zugang der Kündigung zahlen.

Für Schadenereignisse, die in der Zeit nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist bis zu Ihrer Zahlung eintreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Versicherungsschutz besteht erst wieder für Schadenereignisse nach Ihrer Zahlung.

3. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung:

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

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

4. Vorvertragliche Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers:

Der Versicherungsschutz wird im Vertrauen darauf gewährt, dass Sie alle Fragen im Antrag wahrheitsgemäß und schriftlich beantwortet haben.

Verletzen Sie Ihre Pflicht wahrheitsgemäße Angaben zu machen, können

wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie die Pflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. Bei fahrlässiger Verletzung können wir den Vertrag unter Einhaltung von einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung und unser Kündigungsrecht wegen fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht sind ausgeschlossen, wenn wir in Kenntnis der nicht angezeigten Umstände den Vertrag zu anderen Bedingungen bzw. zu einem höheren Beitrag geschlossen hätten. In diesem Fall werden diese Bedingungen auf unser Verlangen hin von Beginn an Vertragsbestandteil. Erhöht sich der Beitrag um mehr als 10 % oder haben wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand ausgeschlossen, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen.

5. Änderung der Adresse oder des Namens:

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Anschrift und/oder Ihres Namens unverzüglich mit. Ansonsten gelten Erklärungen, die wir per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Adresse senden, 3 Tage nach Absendung als zugegangen.

6. Abschriften:

Sie können jederzeit gegen Erstattung der Kosten Abschriften der Erklärungen fordern, die Sie mit Bezug auf den Vertrag abgegeben haben.

7. Geltendes Recht, Gerichtsstände, Sprache:

Auf den Vertrag und die vorvertraglichen Beziehungen ist das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar. Die jeweils geltenden Gerichtsstände sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelt. Die Vertragsbedingungen und Informationen teilen wir in deutscher Sprache mit; während der Laufzeit dieses Vertrages kommunizieren wir mit Ihnen in deutscher Sprache.

8. Beratung, Beschwerden:

Sollten Sie im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag, Ihrem Versicherungsschutz oder auch unserer Beratung und Betreuung Fragen, Wünsche oder Beschwerden haben, können Sie sich jederzeit an uns wenden. In Beschwerdefällen steht Ihnen auch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, als zuständige Aufsichtsbehörde zur Verfügung. Sollten Sie im Verlauf des Vertragsverhältnisses mit einer unserer Entscheidungen nicht einverstanden sein, haben Sie zur außergerichtlichen Streitbeilegung die Möglichkeit, den Versicherungsombudsmann als neutralen Schlichter zu kontaktieren:

Versicherungsombudsmann e.V., PF 08 06 32, 10006 Berlin,

Tele: 0 18 04/ 22 44 24, Fax: 0 18 04/22 44 25,

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Für den Versicherer ist dessen Entscheidung bei einem Streitwert bis zu 5.000 € verbindlich.

WIDERRUFSBELEHRUNG

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

Bernhard Assekuranzmakler GmbH, Mühlweg 2 b, 82054 Sauerlach

Abweichungen vom Antrag

Auf Abweichungen des Versicherungsscheins vom Antrag wird im Versicherungsschein besonders hingewiesen. Wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt des Versicherungsscheines in Textform widersprechen, gelten die Abweichungen als genehmigt.

WIDERRUFSFOLGEN

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren. Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Besondere Hinweise:

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Widerrufen Sie einen Ersatzvertrag, so läuft Ihr ursprünglicher Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Bernhard Assekuranzmakler GmbH, Mühlweg 2 b, 82054 Sauerlach
Geschäftsführer: Thorsten M. Kuhr
Registergericht: Amtsgericht München, HR B 49 928

Angaben zu den Informationspflichten gem. § 11 Versicherungsvermittlerverordnung

Unsere Gesellschaft, die **Bernhard Assekuranzmakler GmbH, International**, wurde 1975 als Versicherungsmakler gegründet und ist seitdem ununterbrochen als unabhängiger Vermittler und Betreuer von Versicherungen tätig. Mit unseren 25 hochqualifizierten Mitarbeiter/innen betreuen wir bundesweit Kunden in den unterschiedlichsten Wirtschaftszweigen.

Wir sind Mitglied im Verband Deutscher Versicherungsmakler e.V. (VDVM), dessen Qualitätsanforderungen deutlich über den Zulassungsvoraussetzungen für Versicherungsmakler nach der Gewerbeordnung und Versicherungsvermittlerverordnung liegen.

Aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen sind wir gehalten, Ihnen nachfolgende Informationen zu übermitteln:

Bernhard Assekuranzmakler GmbH, International
Mühlweg 2 b
82054 Sauerlach
Telefon: 0 81 04 / 89 16 - 0
Telefax: 0 81 04 / 89 17 - 35
E-Mail: info@bernhard-assekuranz.com

Registergericht: Amtsgericht München, HRB 49 928
Steuernummer: 143/119/90471
Geschäftsführer: Thorsten M. Kuhr

Die Eintragung im Register besteht als:

**Versicherungsmakler mit Erlaubnis nach § 34d Abs. 1 GewO
mit der Registrierungsnummer: D-6ZU5-GL9SX-22**

Zuständige Erlaubnisbehörde ist die:

Industrie- und Handelskammer für München und Oberbayern
Max-Joseph-Straße 2, 80333 München
Telefon: 0 89 / 51 16 - 0
Telefax: 0 89 / 51 16 - 306
E-Mail: ihkmail@muenchen.ihk.de
www.muenchen.ihk.de

Gemeinsame Registerstelle nach § 11 a Abs. 1 GewO:

Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.
Breite Straße 29, 10178 Berlin
Telefon: 01 80 / 500 585 0 (14 Cent/Min. aus dem dt. Festnetz)
www.vermittlerregister.info

Unser Unternehmen hält keine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 % an den Stimmrechten oder am Kapital eines Versicherungsunternehmens. Umgekehrt hält auch kein Versicherungsunternehmen oder Mutterunternehmen eines Versicherungsunternehmens eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 % an den Stimmrechten oder am Kapital unserer Gesellschaft.

Die für Versicherungen tätigen Schlichtungsstellen - außergerichtliche Streitbeilegung - gem. § 42 k des Gesetzes über den Versicherungsvertrag sind:

- a) **Versicherungsombudsman e.V.**
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
www.versicherungsombudsman.de

- b) **Ombudsman für die Private Kranken- und Pflegeversicherung**
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin
www.pkv-ombudsman.de

Für weitere Angaben stehen wir gerne zur Verfügung.

Ihre
Bernhard Assekuranzmakler GmbH, International