

Verbraucherinformationen zu dem Produkt EUROPE-CARE

Inhaltsverzeichnis

- S. 1 Produktinformationsblatt
- S. 2 Kundeninformation
- S. 3 Versicherungsbedingungen und Gesetzesauszüge
 - S. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Visitor
 - S. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung (AVB-ARK 2008)
 - S. 6 Besondere Bedingungen EUROPE-CARE-VISITOR (2008)
 - S. 6 Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen der Generali Versicherung AG (AHB 2008)
 - S. 10 Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen der Generali Versicherung AG (AUB 2008)
 - S. 12 Besondere Bedingungen EUROPE-CARE (2008)
 - S. 13 Gesetzesauszüge
- S. 13 Erklärungen zum Datenschutz
- S. 13 Merkblatt zur Datenverarbeitung
- S. 15 Widerrufsbelehrung

Produktinformationsblatt

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über das Ihnen angebotene Produkt EUROPE-CARE, welches eine Kombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen darstellt. Bitte beachten Sie, dass diese Informationen nicht abschließend sind. Der gesamte verbindliche Inhalt ergibt sich aus

- den folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen:
 - Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung (AVB-ARK 2008) der Central Krankenversicherung AG
 - Tarif Visitors der Central Krankenversicherung AG (im Folgenden: Tarif Visitor)
 - Besonderen Bedingungen EUROPE-CARE-VISITOR (2008)
 - Allgemeine Haftpflichtversicherungsbedingungen AHB 2008 der Generali Versicherung AG (im Folgenden: AHB 2008)
 - Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 2008 der Generali Versicherung AG (im Folgenden: AUB 2008)
 - Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht- und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG (im folgenden Besondere Bedingungen EUROPE-CARE)
- dem Versicherungsschein
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen
- Ihrem Antrag

1. Art der Versicherungsverträge

Bei EUROPE-CARE handelt es sich um **Kombinationen aus Reisekranken-, Reisehaftpflicht- und Reiseunfallversicherung** für chinesische Reisende während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland, der Europäischen Union (EU), und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) einschließlich der Schweiz (Schengen-Staaten).

Das Produkt EUROPE-CARE ist eine Versicherungskombination aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen, die exklusiv über die Dr. Walter GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten werden.

2. Was ist versichert?

Siehe folgende Tabelle:

EUROPE-CARE	
Privathaftpflichtversicherung	●
Unfallversicherung	●
Krankenversicherung	●
Ambulante ärztliche Heilbehandlung	•
Stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen	•
Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln	•
Medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahmen (Anschlussheilbehandlung)	•
Medizinisch notwendige Krankentransporte zur stationären Heilbehandlung und zum Notarzt	•

EUROPE-CARE	
Medizinisch notwendiger und ärztlich angeordneter Krankenrücktransport	•
Beitragsfreie Nachleistung für schwebende Versicherungsfälle bei nachgewiesener Transportunfähigkeit bis 90 Tage	•
Überführungskosten bei Tod/Bestattungskosten	•
Gebühren für Heil- und Kostenpläne	•
Kein Selbstbehalt in der Krankenversicherung	•
Kostenfreie Servicrufnummer 0800 678 2222	•
Direkte Abrechnung mit Arzt und Krankenhaus ohne Vorleistung	•
Schmerzstillende Zahnbehandlung	•
Einfache Reparatur eines vorhandenen Zahnersatzes	•
Unfallbedingter Zahnersatz	80% bis 2.500 €

Der Versicherungsschutz von EUROPE-CARE erfüllt alle Anforderungen an Reiseversicherungen für Schengen-Visa.

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

Nicht versichert sind zum Beispiel

- in der Krankenversicherung:
 - Behandlungen mit denen bei planmäßiger Durchführung der Reise zu rechnen war. (Näheres s. § 5 AVB-ARK 2008).
- in der Haftpflichtversicherung:
 - Schäden an geleasten, gepachteten oder geliehenen Sachen (Näheres s. § 7 AHB 2008)
- in der Unfallversicherung:
 - vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle und Schäden auf Grund vorsätzlicher Straftaten (Näheres s. § 2 AUB 2008).

3. Beitrag: Höhe, Fälligkeit und Folgen bei Nichtzahlung

Der Beitrag pro Person ist abhängig von der Reisedauer und setzt sich wie folgt aus Krankversicherungsbeitrag (Anteil KV) und Haftpflicht-/Unfallversicherungsbeitrag (Anteil HU) zusammen.

Tage	Beitrag	Anteil KV	Anteil HU
8	8,00	6,40	1,60
12	12,00	9,60	2,40
16	16,00	12,80	3,20
30	30,00	24,00	6,00
60	60,00	48,00	12,00
90	89,00	71,00	18,00

Die Prämie ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer nach Zugang des Versicherungsscheins und nach Ablauf der Widerrufsfrist fällig. Näheres s. § 3 AVB A124 und § 4 Besondere Bedingungen EUROPE-CARE

4. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht zum Beispiel

- in der Krankenversicherung für:
 - Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen
 - Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für kur- und sanatoriumsmäßige Rehabilitationsmaßnahmen
 - Zahnersatz einschl. Kronen (Ausnahme: einfache Reparaturen), Inlays und Onlays sowie für Kieferorthopädie (Näheres s. § 5 AVB-ARK 2008)
- in der Haftpflichtversicherung für:
 - Schäden aus der Haltung oder Nutzung eines Kfz
 - vorsätzlich herbeigeführten Schäden
 - Schäden aus Austausch, Übermittlung und Bereitstellung elektronischer Daten (Näheres s. § 7 AHB 2008)
- in der Unfallversicherung für:
 - Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind
 - Unfälle durch Geistes- und Bewusstseinsstörungen
 - Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorhersehbare Kriegsereignisse verursacht sind (Näheres s. § 2 AUB 2008).

5. Obliegenheiten bei Vertragsschluss

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

6. Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit

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

7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

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

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

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

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

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

Näheres s. §§ 10 und 11 AVB-ARK 2008, § 25 AHB 2008 und §§ 9 und 10 AUB 2008.

8. Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

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

Näheres hierzu in §§ 2 und 3 AVB A124 und §§ 4, 5 Besondere Bedingungen EUROPE-CARE.

9. Ihre Möglichkeit zur Beendigung der Verträge

Der Versicherungsschutz endet mit Ablauf der im Versicherungsschein dokumentierten vereinbarten Laufzeit automatisch.

Näheres hierzu in § 8 AVB-ARK 2008 und § 6 Besondere Bedingungen EUROPE-CARE.

Dieser setzt sich wie folgt zusammen: Dr. Wilhelm Kittel (Vorsitzender), Jörn Stapelfeld (stv. Vorsitzender), Frank Karsten, Karl Pfister, Dr. Norbert Rollinger, Hans-Herbert Rospleszcz.

Gesetzlicher Vertreter der Dr. Walter GmbH sind die Geschäftsführer.

Geschäftsführer sind: Dr. Siegfried Walter, Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen

3. Hauptgeschäftstätigkeit, Aufsichtsbehörde

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

4. Garantiefonds

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

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

5. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung:

5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

Bei Abschluss mit Antragsformular (Papierform)

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

Bei Online-Abschluss:

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

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

5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

In der Reisekrankenversicherung ersetzt der Versicherer im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen, die im Zusammenhang mit einer Reise entstehen, und für sonst vereinbarte Leistungen. Die Einzelheiten ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Visitor in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung (AVB-ARK 2008) und den Besonderen Bedingungen EUROPE-CARE-VISITOR (2008).

In der Unfallversicherung unterstützt Sie der Versicherer finanziell, um die Folgen eines Unfalles für die versicherte Person abzumildern. Für die Unfallversicherung gelten die Allgemeinen Unfallbedingungen (AUB 2008) sowie die Besonderen Bedingungen EUROPE-CARE (2008).

In der Privathaftpflichtversicherung schützt der Versicherer Sie als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens vor gesetzlichen Haftpflichtansprüchen Dritter. Für die Haftpflichtversicherung gelten die Allgemeinen Haftpflichtbedingungen (AHB 2008) sowie die Besonderen Bedingungen EUROPE-CARE (2008).

5.3 Anwendbares Recht

Die Versicherungsverhältnisse unterliegen deutschem Recht.

5.4 Fälligkeit der Versicherungsleistungen und Erfüllung

Die Versicherungsleistungen werden fällig, sobald Sie Ihre Ansprüche angemeldet und uns alle für die Leistungsprüfung erforderlichen Unterlagen zur Prüfung eingereicht haben.

Die Erfüllung der Leistung durch uns erfolgt in der Regel durch Überweisung des fälligen Betrages auf Ihr Konto.

6. Gesamtpreis der Versicherung

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist abhängig vom gewählten Tarif und der Laufzeit. Die jeweilige Gesamtprämie wird im Antrag bzw. Online-Formular angezeigt und in der Versicherungsbestätigung ebenfalls genannt.

7. Zusätzlich anfallende Kosten

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

8. Prämienzahlung, Fälligkeit der Prämien

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

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Information

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

Kundeninformation

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

1. Identität der Versicherer

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

Den Versicherungsschutz für die Krankenversicherung gewährt die:

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

Den Versicherungsschutz für die Unfall- und Haftpflichtversicherung sowie die Abschiebekostenversicherung gewährt die:

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

Die gesamte Vertrags- und Leistungsabwicklung erfolgt über:

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

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

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

Die Dr. Walter GmbH ist im Versicherungsvermittlerregister unter der Nummer D-QAMW-L7NVQ-57 eingetragen. Dies kann im Internet überprüft werden unter der Adresse www.vermittlerregister.info oder beim Versicherungsvermittlerregister beim Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e. V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, T +49 (0) 30 20308-0, F +49 (0) 30 20308-10 00

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

2. Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der Central Krankenversicherung AG ist der Vorstand.

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

Gesetzlicher Vertreter der Generali Versicherung AG ist der Vorstand.

10. Zustandekommen des Vertrages

Je nachdem welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung steht, kann der Versicherungsvertrag wie folgt zustande kommen:

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

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

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

11. Widerrufsbelehrung

11.1. Widerrufsrecht

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

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

Central Krankenversicherung AG, bzw. Generali Versicherung AG, c/o Dr. Walter GmbH, Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Fax 02247 9194 40, E-Mail: vertrag@dr-walter.com

11.2. Widerrufsfolgen

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

11.3. Besondere Hinweise

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

12. Vertragslaufzeit

Der Versicherungsvertrag wird für die einzelne Reise abgeschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt acht Tage. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 90 Tage. Eine Verlängerung darüber hinaus ist nur nach besonderer Vereinbarung möglich.

Die genaue Versicherungsdauer entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein.

13. Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsvertrag wird für den vereinbarten Zeitraum geschlossen. Nach Ablauf des beantragten Zeitraums endet die Versicherung automatisch. Einzelheiten finden Sie in den Versicherungsbedingungen.

14. Anwendbares Recht/Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

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

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

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

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

15. Sprachen

Wir kommunizieren mit Ihnen in deutscher Sprache.

16. Beschwerdemöglichkeiten

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

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

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

bei Beschwerden zum Thema Krankenversicherung an den

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

bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung auch wenden an

- Versicherungs-Ombudsmann, Postfach 080632, 10006 Berlin.

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

Beschwerden können Sie außerdem richten an die

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Diese Kundeninformation ist gültig bis zum 31.12.2009

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Tarif Visitor

Dieser Tarif gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung 2008 (AVB-ARK 2008).

I. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die in das Ausland reisen und sich dort vorübergehend – bis zu 365 Tagen, bei Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland bis zu 90 Tagen – aufhalten und die bei Antritt der Reise das 74. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

II. Versicherungsleistungen

Erstattet werden

1. bei ambulanter Heilbehandlung zu 100% die Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen
 - Arzneien und Verbandmittel
 - behandlungsbedingte Hilfsmittel zur Fixierung von Körperteilen und ärztlich verordnete Gehstützen sowie folgende Hilfsmittel, soweit sie unfallbedingt benötigt werden:
 - Sehhilfen bis zu 150 €
 - Krankenfahrstühle bis zu 675 €
 - orthopädische Schuhe zu 100% nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 75 € je Versicherungsfall
 - Bandagen, orthopädische Einlagen, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, künstliche Kehlköpfe, Hörgeräte und Stützapparate zu 100%
 - ärztlich verordnete Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen
 - Röntgendiagnostik
 - Wegegebühren des nächsterreichbaren Arztes
- Aufwendungen für ambulante Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig.

2. bei stationärer Heilbehandlung zu 100% die Aufwendungen für

- ärztliche Leistungen, Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus
Bei Behandlungen in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt ausschließlich eine Erstattung der Aufwendungen für:
 - allgemeine Krankenhausleistungen
 - belegärztliche Leistungen
 - medizinisch notwendigen Transport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 kmSofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.
- Die versicherte Person kann bei einer stationären Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland Kontakt zum Versicherer herstellen mit der Folge, dass dieser vor Ort die Prüfung der Heilbehandlung und eine besonders enge persönliche Begleitung der Versicherungsfälle veranlasst. Im Falle der Leistungspflicht können die Rechnungen direkt vor Ort beglichen werden.
Aufwendungen für stationäre Psychotherapie sind nicht erstattungsfähig.

3. bei zahnärztlicher Behandlung die Aufwendungen für

- Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung einschließlich Zahnextraktion zur Beseitigung akuter Schmerzen sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz zu 100%
- unfallbedingten Zahnersatz sowie unfallbedingte Inlays und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars hierfür, zu 80%, höchstens 2.500 € je Versicherungsfall

4. bei Transporten

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

Der Rücktransport erfolgt in das Land, aus dem die versicherte Person ausgereist ist, oder in die Bundesrepublik Deutschland.

Als Transportmittel kommen nur Verkehrsmittel in Betracht, in denen für den Krankentransport besondere Vorkehrungen zur medizinischen Betreuung getroffen werden.

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

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

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

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

5. im Todesfall

- 5.1 die notwendigen Kosten einer Überführung an den Wohnsitz bzw. Wohnort oder in das Heimatland des Verstorbenen zu 100%, höchstens 10.000 €
- 5.2 die Kosten einer Bestattung im Ausland zu 100%, höchstens 10.000 €

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die kurzfristige Auslands-Krankheitskosten-Versicherung (AVB-ARK 2008)

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes sowie Vertragsdauer

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

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

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

Als Versicherungsfall gelten auch:

- a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf und die regelwidrig verlaufende Entbindung;
- b) der Tod.
- (2) Der Versicherungsumfang ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif, den sonstigen schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.
- Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (3) Als Ausland gelten alle Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält und zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses auch nicht ihren überwiegenden Aufenthalt hat.
- In Ländern, für die vom Auswärtigen Amt der Bundesrepublik Deutschland eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, besteht kein Versicherungsschutz. Versicherte Personen, die sich in einem Land aufhalten, für das erst nach Beginn des Versicherungsschutzes eine Reisewarnung ausgesprochen wird, sind von dieser Regelung nicht betroffen. Diese Regelungen gelten für eventuell mitversicherte Familienangehörige entsprechend.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

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

§ 3 Zustandekommen des Versicherungsvertrages

- (1) Je nachdem, welche Abschlussmöglichkeit der Versicherer zur Verfügung stellt, kann der Versicherungsvertrag jeweils nach Ablauf einer eventuellen Widerrufsfrist nach § 8 VVG (siehe Anhang) wie folgt zustande kommen.
- a) Der Versicherungsvertrag kommt durch die Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordruckes (z. B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheines) zustande.
- b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular abgeschlossen und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits durch die Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrages als zustande gekommen. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Vordruck nur dann, wenn er eindeutige und vollständige Angaben über den Beginn und die Dauer des Versicherungsvertrages, die versicherten Personen und über die entsprechenden Beiträge enthält. Die Versicherungsdauer muss sich außerdem in dem tariflich zulässigen Rahmen halten. Als Versicherungsnehmer gilt der im Einzahlungsvordruck genannte Einzahler. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Vordruckes.
- c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugsermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordruckes.
- d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugsermächtigung erteilt, so gilt

der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits durch die Absendung als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.

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

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

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

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

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

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich Tarif und ggf. gesondert getroffenen Vereinbarungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten frei, die nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Die mehrfache Ausführung einer Verordnung muss vom Arzt ausdrücklich vorgeschrieben sein, andernfalls besteht insoweit kein Erstattungsanspruch. Kosten für Nähr-, Stärkungs- und kosmetische Mittel, Desinfektionen, Weine, Mineralwässer und ähnliches werden nicht erstattet.
- Heilmittel müssen von einem der unter Absatz 2 aufgeführten Therapeuten bzw. von einem staatlich geprüften Masseur, von einem staatlich geprüften medizinischen Bademeister oder – bei Leistungserbringung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland – gegebenenfalls von einem entsprechend qualifizierten Behandler erbracht werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzung von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet. Als Sanatorien gelten Anstalten, die unter der verantwortlichen Leitung und Aufsicht eines ständig dort anwesenden Arztes stehen und in denen Kurbehandlungen stationär durchgeführt werden.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus auch für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Erstattungsfähig sind – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der tariflichen Einschränkungen – nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen. Wenn die Höchstsätze der einschlägigen Gebührenordnung bzw. die tariflich festgesetzten Höchstsätze überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungspflicht.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegereignissen und Unruhen verursacht worden sind;
- b) vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsmaßnahmen;
- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder durch einen dort eingetretenen Unfall eine Heilbehandlung notwendig wird. Die Leistungspflicht besteht, solange nach medizinischem Befund die Abreise ausgeschlossen ist. Die Einschränkung entfällt ebenfalls, wenn die Heilbehandlung aufgrund des Wohnsitzes im Heilbad oder Kurort oder in der direkten Nähe dazu erfolgt.

- Die vom behandelnden Arzt am Wohnort des Versicherten bzw. vom Hausarzt des Versicherten verordneten Heilmittel werden auch bei ambulanter Anwendung in einem Heilbad oder Kurort erstattet;
- f) für Behandlungen durch Ehe- oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - h) für Beseitigung von Schönheitsfehlern oder körperlichen Anomalien, für Impfungen, Desinfektionen, ärztliche Gutachten, Atteste oder für Pflegepersonal außerhalb einer stationären Krankenhausbehandlung, soweit derartige nicht ausdrücklich tariflich vorgesehen sind;
 - i) für Schwangerschaftsabbruch, es sei denn, dieser ist unvorhergesehen aus medizinischen Gründen geboten;
 - j) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung);
 - k) für Behandlungen, von denen die versicherte Person bei Reiseantritt wusste, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehe- oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;
 - l) für Inlays, Zahnersatz, Zahnkronen oder Kieferregulierung, sofern der Tarif hierfür nicht ausdrücklich Leistungen vorsieht;
 - m) für eine regelrecht verlaufende Schwangerschaft, insbesondere für Maßnahmen der Schwangerschaftsvorsorge, und die regelrecht verlaufende Entbindung. Bei einem akut regelwidrigen Schwangerschaftsverlauf leistet der Versicherer jedoch in vertraglichem Umfang für ambulante und stationäre ärztliche Maßnahmen. Entsprechendes gilt für regelwidrig verlaufende Entbindungen;
 - n) für Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität (z. B. künstliche Befruchtung).
- (2) Besteht Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so ist der Versicherer für die bei Versicherungsbeginn bestehenden und bekannten chronischen Krankheiten nebst Folgen sowie für solche Krankheiten und Unfälle nebst Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt wurden, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen verbleiben. Hierdurch werden die Leistungsausschlüsse in Abs. 1 Buchstaben j) und k) nicht berührt.
 - (3) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
 - (4) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind diese zunächst in Anspruch zu nehmen. Der Versicherer ist nur für Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
 - (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen im Original vorgelegt werden und spezifiziert sein.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern dem Versicherer begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders nicht bekannt sind und keine Verpflichtung nach Satz 2 besteht. Der Versicherer ist verpflichtet, ausschließlich an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als empfangsberechtigte für ihre Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß der Veröffentlichung der Europäischen Zentralbank. Würden die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben und war dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt, so gilt dieser Kurs.
- (5) Die Überweisung der Versicherungsleistungen an den Anspruchsteller erfolgt kostenfrei auf ein Konto bei einem Geldinstitut in der Bundesrepublik Deutschland. Wünscht der Versicherungsnehmer Überweisungen ins Ausland oder besondere Überweisungsformen und kommt der Versicherer diesem Wunsch nach, können die dadurch entstehenden Mehrkosten von den Leistungen abgezogen werden. Kosten für erforderliche Übersetzungen können ebenfalls von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (7) Die Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen die Vor- und Zunamen der behandelten Personen, die Bezeichnung der Krankheiten, die Behandlungsdaten, die Honorare für die einzelnen Behandlungen und die Angabe der einzelnen Leistungen enthalten. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, so werden auch Duplikatrechnungen anerkannt, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind. Ferner werden sie anerkannt bei Ländern, in denen die Originale einbehalten werden.
- (8) In einigen Fällen ist neben der Originalrechnung noch ein Nachweis bzw. eine Bescheinigung mit vorzulegen, die nicht vom Ehe- oder Lebenspartner, einem Elternteil oder einem Kind des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ausgestellt sein dürfen. Hierbei handelt es sich um folgende zusätzliche Nachweise bzw. Bescheinigungen:
 - a) ein vor dem Rücktransport ausgestellter ärztlicher Nachweis über dessen medizinische Notwendigkeit;
 - b) bei Überführung aus dem Ausland oder Bestattung im Ausland eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache;

- c) bei Blutkonserventransport eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit der Operation und der Blutkonserven.
- (9) Die geforderten Nachweise sind spätestens drei Monate nach beendeter Heilbehandlung bzw. nach der Rück- oder Überführung einzureichen.
- (10) Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Rechnungen zusammen mit denen des Heilbehandlers vorgelegt werden.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Die Verjährungsfrist beträgt nach § 195 BGB (siehe Anhang) drei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 8 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem Ablauf des Versicherungsvertrages, mit der Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Rücktransportes.

Für die beim Ausscheiden aus der Auslands-Krankheitskosten-Versicherung schwebenden Versicherungsfälle übernimmt der Versicherer unmittelbar danach die vereinbarten Leistungen längstens für weitere 90 Tage, sofern die Rückreise wegen ärztlich nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist.

§ 9 Beitragszahlung

Der Beitrag ist für die gesamte Vertragsdauer bei Abschluss des Vertrages zu zahlen. Bei einer Verlängerung der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer ist der Mehrbeitrag für die zusätzliche Vertragsdauer bei Stellung des Antrages auf Verlängerung zu entrichten. Im Rahmen von Sondervereinbarungen mit Firmen, Vereinen, Veranstalter etc. sind abweichende Regelungen möglich.

§ 10 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Ist der Versicherungsnehmer ein Unternehmen, das die Versicherung für einen seiner Mitarbeiter abgeschlossen hat, so trifft diese Pflicht auch diesen Mitarbeiter und die betroffenen versicherten Personen. Die geforderten Auskünfte sind einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Sofern bei Vertragsabschluss noch nicht geschehen, ist dem Versicherer auf Verlangen die Befugnis zu erteilen, alle zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte bei den in § 213 VVG (siehe Anhang) genannten Personen und Stellen einzuholen.
Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 10 Abs. 1 bis 4 dieser AVB genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 12 Ansprüche gegen Dritten

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

§ 13 Aufrechnung

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

§ 14 Willenserklärungen und Anzeigen

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

§ 15 Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung anhängig gemacht werden.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

Besondere Bedingungen EUROPE-CARE-VISITOR (2008)

In Abänderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif Visitor der Central gibt es im Tarif EUROPE-CARE keine Höchstaltersgrenze.

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

Umfang des Versicherungsschutzes

1. Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall

- 1.1 Versicherungsschutz besteht im Rahmen des versicherten Risikos für den Fall, dass der Versicherungsnehmer wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses (Versicherungsfall), das einen Personen-, Sach- oder sich daraus ergebenden Vermögensschaden zur Folge hatte, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird.

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

- 1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche, auch wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt,
- 1.2.1 auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadensersatz statt der Leistung;
- 1.2.2 wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nacherfüllung durchführen zu können;
- 1.2.3 wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;
- 1.2.4 auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung;
- 1.2.5 auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;
- 1.2.6 wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.

2. Vermögensschaden, Abhandenkommen von Sachen

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

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

3. Versichertes Risiko

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

4. Vorsorgeversicherung

- 4.1 Risiken, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages neu entstehen, sind im Rahmen des bestehenden Versicherungsvertrages sofort versichert.
- 4.1.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung des Versicherers jedes neue Risiko innerhalb eines Monats anzuzeigen. Die Aufforderung kann auch mit der Beitragsrechnung erfolgen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung. Tritt der Versicherungsfall ein, bevor das neue Risiko angezeigt wurde, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und zu einem Zeitpunkt hinzugekommen ist, zu dem die Anzeigefrist noch nicht verstrichen war.
- 4.1.2 Der Versicherer ist berechtigt, für das neue Risiko einen angemessenen Beitrag zu verlangen. Kommt eine Einigung über die Höhe dieses Beitrages innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige nicht zustande, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.
- 4.2 Der Versicherungsschutz für neue Risiken ist von ihrer Entstehung bis zur Einigung im Sinne von Ziffer 4.1.2 auf den Betrag von 500.000 € für Personenschäden und 150.000 € für Sachschäden begrenzt.
- 4.3 Die Vorsorgeversicherung gilt nicht für Risiken
- 4.3.1 aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen eines Kraft-, Luft- oder Wasser-

fahrzeugs, soweit diese Fahrzeuge der Zulassungs-, Führerschein- oder Versicherungspflicht unterliegen;

- 4.3.2 aus dem Eigentum, Besitz, Betrieb oder Führen von Bahnen;
- 4.3.3 die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen;
- 4.3.4 die kürzer als ein Jahr bestehen werden und deshalb im Rahmen von kurzfristigen Versicherungsverträgen zu versichern sind.

5. Leistungen der Versicherung/Vollmacht des Versicherers

- 5.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche und die Freistellung des Versicherungsnehmers von berechtigten Schadensersatzverpflichtungen. Berechtig sind Schadensersatzverpflichtungen dann, wenn der Versicherungsnehmer aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleiches zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die vom Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.

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

- 5.2 Der Versicherer ist bevollmächtigt, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.
- 5.3 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenden ordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
- 5.4 Erlangt der Versicherungsnehmer oder ein Mitversicherer das Recht, die Aufnahme oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist der Versicherer zur Ausübung dieses Rechts bevollmächtigt.

6. Begrenzung der Leistungen

- 6.1 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt.
- 6.2 Sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, sind die Entschädigungsleistungen des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres auf das Zweifache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.
- 6.3 Mehrere während der Wirksamkeit der Versicherung eintretende Versicherungsfälle gelten als ein Versicherungsfall, der im Zeitpunkt des ersten dieser Versicherungsfälle eingetreten ist, wenn diese
- auf derselben Ursache,
 - auf gleichen Ursachen mit innerem, insbesondere sachlichem und zeitlichem Zusammenhang oder
 - auf der Lieferung von Waren mit gleichen Mängeln beruhen.
- 6.4 Falls besonders vereinbart, beteiligt sich der Versicherungsnehmer bei jedem Versicherungsfall mit einem im Versicherungsschein festgelegten Betrag an der Schadensersatzleistung (Selbstbehalt). Soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, ist der Versicherer auch in diesen Fällen zur Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche verpflichtet.
- 6.5 Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die Versicherungssummen angerechnet.
- 6.6 Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe dieser Ansprüche.
- 6.7 Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet.

Für die Berechnung des Rentenwertes gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles. Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.

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

7. Ausschlüsse

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

- 7.1 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.
- 7.2 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden dadurch verursacht haben, dass sie in Kenntnis von deren Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit
- Erzeugnisse in den Verkehr gebracht oder
 - Arbeiten oder sonstige Leistungen erbracht haben.
- 7.3 Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.
- 7.4 Haftpflichtansprüche
- 7.4.1 des Versicherungsnehmers selbst oder der in Ziffer 7.5 benannten Personen gegen die Mitversicherten,

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

Beginn des Versicherungsschutzes/ Beitragszahlung

8. Beginn des Versicherungsschutzes/ Beitrag und Versicherungssteuer

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

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

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

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

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

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

10. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag

10.1 Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersenden des vereinbarten Beitragszeitraums fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

10.2 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.

Der Versicherer wird ihn schriftlich zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziff. 10.3 und 10.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

10.3 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.

10.4 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen hat.

Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 hinzuweisen.

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

11. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

Könnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

12. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

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

Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

13. Beitragsregulierung

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

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

13.3 Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Mitteilung, kann der Versicherer für den Zeitraum, für den die Angaben zu machen waren, eine Nachzahlung in Höhe des für diesen Zeitraum bereits in Rechnung gestellten Beitrages verlangen. Werden die Angaben nachträglich gemacht, findet eine Beitragsregulierung statt. Ein vom Versicherungsnehmer zuviel gezahlter Beitrag wird nur zurückerstattet, wenn die Angaben innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung des erhöhten Beitrages erfolgt.

13.4 Die vorstehenden Bestimmungen finden auch Anwendung auf Versicherungen mit Beitragsvorauszahlung für mehrere Jahre.

14. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrages hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

15. Beitragsangleichung

15.1 Die Versicherungsbeiträge unterliegen der Beitragsangleichung. Soweit die Beiträge nach Lohn-, Bau- oder Umsatzsumme berechnet werden, findet keine Beitragsangleichung statt. Mindestbeiträge unterliegen, unabhängig von der Art der Beitragsberechnung, der Beitragsangleichung.

15.2 Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen aller zum Betrieb der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zugelassenen Versicherer gegenüber dem vorvergangenen Jahr erhöht oder vermindert hat. Den ermittelten Prozentsatz rundet er auf die nächst niedrigere, durch fünf teilbare ganze Zahl ab. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall verursachten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen. Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

15.3 Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 15.2 ergebenden Prozentsatz zu verändern (Beitragsangleichung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird dem Versicherungsnehmer mit der nächsten Beitragsrechnung bekannt gegeben.

Hat sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen des Versicherers in jedem der letzten fünf Kalenderjahre um einen geringeren Prozentsatz als denjenigen erhöht, den der Treuhänder jeweils für diese Jahre nach Ziffer 15.2 ermittelt hat, so darf der Versicherer den Folgejahresbeitrag nur um den Prozentsatz erhöhen, um den sich der Durchschnitt seiner Schadenzahlungen nach seinen unternehmens-eigenen Zahlen im letzten Kalenderjahr erhöht hat; diese Erhöhung darf diejenige nicht überschreiten, die sich nach dem vorstehenden Absatz ergeben würde.

15.4 Liegt die Veränderung nach Ziffer 15.2 oder 15.3 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.

Dauer und Ende des Versicherungsvertrages / Kündigung

16. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

16.1 Der Versicherungsvertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

16.2 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Versicherungsvertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

16.3 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Versicherungsvertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

16.4 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsvertrag

schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

17. Wegfall des versicherten Risikos

Wenn versicherte Risiken teilweise, vollständig oder dauerhaft wegfallen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken. Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.

18. Kündigung nach Beitragsangleichung

Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsangleichung gemäß Ziffer 15.3, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.

Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

19. Kündigung nach Versicherungsfall

19.1 Der Versicherungsvertrag kann gekündigt werden, wenn

- vom Versicherer eine Schadensersatzzahlung geleistet wurde oder
- dem Versicherungsnehmer – bei einer Pflichtversicherung dem Versicherer – eine Klage über einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch gerichtlich zugestellt wird.

Die Kündigung muss dem Vertragspartner in Schriftform spätestens einen Monat nach der Schadensersatzzahlung oder der Zustellung der Klage zugegangen sein.

19.2 Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird. Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

20. Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen

20.1 Wird ein Unternehmen, für das eine Haftpflichtversicherung besteht, an einen Dritten veräußert, tritt dieser an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Rechte und Pflichten ein. Dies gilt auch, wenn ein Unternehmen aufgrund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.

20.2 Das Versicherungsverhältnis kann in diesem Falle

- durch den Versicherer dem Dritten gegenüber mit einer Frist von einem Monat,
- durch den Dritten dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode in Schriftform gekündigt werden.

20.3 Das Kündigungsrecht erlischt, wenn

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

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

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

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

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

21. Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften

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

22. Mehrfachversicherung

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

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

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

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

23. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

23.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Abschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Wird der Versicherungsvertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser die gefahrerheblichen Umstände, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

23.2 Rücktritt

23.2.1 Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat. Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.

23.2.2 Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat. Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

23.2.3 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat. Dem Versicherer steht der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

23.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

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

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

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

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

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

23.4 Erlöschen der Rechte des Versicherers

Die Rechte des Versicherers nach Ziffer 23.2 und Ziffer 23.3 erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

23.5 Anfechtung

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

24. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

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

25. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

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

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

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

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

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

26. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

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

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

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

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

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

Weitere Bestimmungen

27. Mitversicherte

27.1 Erstreckt sich die Versicherung auch auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als den Versicherungsnehmer selbst, sind alle für ihn geltenden Bestimmungen auf die Mitversicherten entsprechend anzuwenden. Die Bestimmungen über die Vorsorgeversicherung (Ziffer 4) gelten nicht, wenn das neue Risiko nur in der Person eines Mitversicherten entsteht.

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

28. Abtretungsverbot

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

29. Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

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

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

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

30. Verjährung

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

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

31. Zuständiges Gericht

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

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

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

32. Anzuwendendes Recht

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen der Generali Versicherung AG (AUB 2008)

§ 1 Der Versicherungsfall

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

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I.
 1. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 2. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich der Versicherte aufhält.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA. Bei Terroranschlägen, die außerhalb der Territorien von Krieg führenden Parteien ausgeführt werden, beruft sich der Versicherer nicht auf diesen Ausschluss.
Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 4. Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden 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 Abschluss 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.
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.
Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss der Versicherungsnehmer sich so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
 - II.
 1. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats in Schriftform gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, erlangt.
 2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat;
 - b) der Versicherungsnehmer im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
 3. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.
Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
 - III.
 1. Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht erlangt hat.
 2. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
 - IV. Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefährabsicherung 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.

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

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

Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrages eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.
 4. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag noch nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
 5. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug – es sei denn, er hat die verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind.

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er in der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 5 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.
6. Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
7. Der Versicherer ist bei Verzug berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

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

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

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

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten ist daher dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
- II.
 1. Ergeben sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 2. Errechnen sich dagegen bei unverändertem Beitrag höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 3. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer die Versicherung zu den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt.
 4. Bietet der Versicherer für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Änderung kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam.

§ 7 Die Leistungsarten

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

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

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
 2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
 - a) Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit

• eines Armes	70%
• eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%
• eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60%
• einer Hand	55%
• eines Daumens	20%
• eines Zeigefingers	10%
• eines anderen Fingers	5%
• eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70%
• eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
• eines Beines bis unterhalb des Knies	50%
• eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45%
• eines Fußes	40%
• einer großen Zehe	5%
• einer anderen Zehe	2%
• eines Auges	50%
• des Gehörs auf einem Ohr	30%
• des Geruchs	10%
• des Geschmacks	5%
 - b) Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes nach a) angenommen.
 - c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
 - d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach 2. ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht angenommen.
 3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach 2. zu bemessen.
 4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
 5. Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach

dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach 1. entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsleistung

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

III. Tagegeld

1. Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung 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 vier Wochen je Unfallereignis.

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

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

VI. Todesfall-Leistung

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

§ 8 Einschränkung der Leistungen

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

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

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

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

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

IV. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine nach Eintritt des Unfalls zu erfüllende Obliegenheit nach § 9 oder eine in den vereinbarten Besonderen Bedingungen genannte Obliegenheit vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

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

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

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

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

- bei Invalidität bis zu 1% der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1% der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

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

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

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

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

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

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

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

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

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

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

§ 14 Verjährung

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

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

§ 15 Gerichtsstände

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

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

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

IV. Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen EUROPE-CARE (2008)

Für EUROPE-CARE gelten abweichend bzw. in Ergänzung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Besondere Versicherungsbedingungen.

Besondere Unfallbedingungen

1. Deckungsumfang

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

2. Versicherungsfähigkeit

Nicht versichert werden

- Dauernd pflegebedürftige Personen und Geisteskranke
- Sowie Personen mit folgenden Gesundheitsschäden:
 - Aids/HIV-Infektion
 - Alkohol- oder Rauschmittelabhängigkeit
 - Alzheimer-Krankheit

- Bluterkrankheit (Hämophilie)
- Demenz (Gedächtnisstörung)
- Multiple Sklerose
- Schwachsinn

3. Versicherungssummen

Die Versicherungssummen betragen je Person:

- 10.000 € Todesfall
- 30.000 € Invaliditätssumme
- Progression 225 % (Maximale Leistung 67.500 €)
- 3.000 € für Bergungskosten
- 3.000 € für kosmetische Operationen

Besondere Haftpflichtbedingungen

1. Versicherungssumme:

1.000.000 € pauschal für Personen- und/oder Sachschäden

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt je Versicherten das Doppelte dieser Deckungssummen.

2. Subsidiärdeckung

Soweit für die gemeldeten Personen andere Versicherungsschutz besteht, wird Versicherungsschutz nur dann geboten, wenn und soweit der andere Versicherer nicht oder nicht ausreichend einzutreten hat.

Gesetzesauszüge

Auszug Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 8 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

(1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung.

(2) Die Widerrufsfrist beginnt zudem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:

1. der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 und
2. eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Abs. 1 S. 2 enthält.

Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das Bundesministerium der Justiz aufgrund einer Rechtsverordnung nach Absatz 5 veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

(3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

1. bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
2. bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,

[...]

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung des Versicherers

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

rer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

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

§ 213 Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten bei Dritten

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

Auszug Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Erklärungen zum Datenschutz

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

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

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

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

Die Vertragsdaten werden gespeichert.

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

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

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

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

3. Datenübermittlung und Speicherung bei der AMB Generali Schadenmanagement GmbH

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

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

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

4. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

5. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

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

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

Beispiele:

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

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

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

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

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten.

- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten.

- Vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Mißbrauchs.

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

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmißbrauch.

Unfallversicherer – Meldung bei

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

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmißbrauch.

Allgemeine Haftpflichtversicherung

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und Verhütung.

6. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

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

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

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

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

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

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

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

Mit diesen Unternehmen sind Kooperationsverträge geschlossen.

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

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

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

7. Betreuung durch Versicherungsvermittler

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

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

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

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

8. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

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

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

Widerrufsbelehrung

1. Widerrufsrecht

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

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

Central Krankenversicherung AG, bzw. Generali Versicherung AG
c/o Dr. Walter GmbH
Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid
Fax: +49 (0) 2247 9194-40
E-Mail: vertrag@dr-walter.com

2. Widerrufsfolgen

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

3. Besondere Hinweise

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

Informationen zu diesem Produkt finden Sie im Internet unter

www.europe-care.de

Dr. Walter GmbH
Versicherungsmakler
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

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

Kostenlose Servicrufnummer: 0800 678 2222

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

EUROPE-CARE – Verbraucherinformationen 10.2008