

Verbraucherinformationen DIA-Unfallversicherung

Produktinformation

Mit den nachfolgenden Informationen geben wir Ihnen einen ersten Überblick über das Ihnen angebotene Produkt DIA-Unfallversicherung.

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

- den Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen der Dialog Versicherung AG (AUB 2008) in Verbindung mit
- den besonderen Bedingungen zur DIA-Unfallversicherung
- dem Versicherungsschein
- ggf. weiteren schriftlichen Vereinbarungen
- Ihrem Antrag

1. Art des Versicherungsvertrages:

Bei der DIA-Unfallversicherung handelt es sich um ein Produkt für Deutsche Staatsangehörige die sich vorübergehend, für längere Zeit oder für immer im Ausland aufhalten. Auch deutsche Personen, die nicht ins Ausland reisen, können die DIA-Unfallversicherung abschließen. Voraussetzung ist eine deutsche Kontaktadresse.

Das Produkt DIA-Unfallversicherung wird exklusiv über die Dr. Walter GmbH in Kooperation mit dem DIA Deutsche im Ausland e. V. angeboten.

2. Was ist versichert?

Siehe folgende Tabelle:

DIA-UV	S	M	L
Invaldität	30.000 €	100.000 €	200.000 €
Progression	225%	225%	225%
Vollinvalidität	67.500 €	225.000 €	450.000 €
Tod	10.000 €	20.000 €	50.000 €
Bergungskosten	25.000 €	25.000 €	25.000 €
Kosmetische OP	0 €	5.000 €	10.000 €
Jahresprämie	44 €	94 €	194 €

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

Nicht versichert sind zum Beispiel

vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle und Schäden auf Grund vorsätzlicher Straftaten.

(Näheres s. § 2 AUB 2008)

3. Beitrag: Höhe, Fälligkeit und Folgen bei Nichtzahlung

Die Prämie ist ein Jahresbeitrag und ist nach zustande kommen des Vertrages unverzüglich, spätestens nach Ablauf von zwei Wochen, zu zahlen, jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlung erfolgt ausschließlich im Wege des Beitragsabrufs von einem deutschen Konto durch uns.

Soweit die nicht rechtzeitige Zahlung der Erstprämie durch den Versicherungsnehmer zu vertreten ist, sind wir berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Bei einem Rücktritt sind wir nicht leistungspflichtig. Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, fordern wir Sie auf, den rückständigen Beitrag innerhalb einer Frist von mindestens zwei Wochen zu zahlen. Tritt nach Fristablauf der Versicherungsfall ein und sind Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Beitrags in Verzug, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz.

(Näheres s. § 5 AUB 2008)

4. Leistungsausschlüsse

Keine Leistungspflicht besteht zum Beispiel für:

- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind
- Unfälle durch Geistes- und Bewusstseinsstörungen
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch vorhersehbare Kriegereignisse 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.

7. Obliegenheiten bei Eintritt des Versicherungsfalles

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

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

(Näheres s. §§ 9 und 10 AUB 2008)

8. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag wird 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

9. Ihre Möglichkeit zur Beendigung der Verträge

Der Vertrag kann – vorbehaltlich einer vertraglichen Mindestdauer – durch Kündigung spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres oder durch sonstige tarifliche Beendigungsgründe beendet werden.

Kundeninformation

Diese Kundeninformation möchte Sie als Kunden umfassend über die beteiligte Versicherungsgesellschaften und die zugrundeliegenden Versicherung informieren.

Das Produkt DIA-Unfallversicherung wird exklusiv über die Dr. Walter GmbH in Kooperation mit dem DIA Deutsche im Ausland e. V., Eisenerzstr. 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, angeboten.

Mit den folgenden Angaben möchten wir Sie als Kunden umfassend über die beteiligte Versicherungsgesellschaft und die zugrundeliegende Versicherung informieren:

1. Identität der Versicherer

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die Dr. Walter GmbH mit einer ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaft zusammen.

Den Versicherungsschutz für die DIA-Unfallversicherung gewährt die:

Dialog Versicherung AG, Adenauerring 7, 81731 München.

Sitz: München, Registergericht: Amtsgericht München HRB 234855

Die gesamte Vertragsabwicklung erfolgt über:

Dr. Walter GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid.

Sitz: Neunkirchen-Seelscheid, Registergericht: Amtsgericht Siegburg HRB 4701

Die DR-WALTER GmbH ist als Mehrfachvertreter nach § 34d Abs. 1 der Gewerbeordnung tätig.

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

Im Vermittlerregister ist die DR-WALTER GmbH unter der Nummer D-QAMW-L7NVQ-57 registriert. Dies kann im Internet überprüft werden unter der Adresse <https://www.vermittlerregister.info> oder beim Versicherungsvermittlerregister beim Deutschen Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e. V., Breite Straße 29, 10178 Berlin, T 0180-600-585-0 (Festnetzpreis 0,20 € / Anruf; Mobilfunkpreise maximal 0,60 € / Anruf).

Die DR-WALTER GmbH hält eine direkte Beteiligung von 100 % an den Stimmrechten der DR-WALTER Versicherungsmakler GmbH. Kein Versicherungsunternehmen oder Mutter eines Versicherungsunternehmens hält eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 % an den Stimmrechten oder am Kapital der DR-WALTER GmbH.

2. Vertretungsberechtigte Personen

Gesetzlicher Vertreter der Dialog Versicherung AG ist der Vorstand.

Gesetzlicher Vertreter der Dr. Walter GmbH sind die Geschäftsführer.

3. Hauptgeschäftstätigkeit, Aufsichtsbehörde

Die Dialog 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

Die Einrichtung eines Garantiefonds entfällt, da für Schaden- und Unfallversicherer generell keine Garantiefonds eingerichtet sind.

5. Wesentliche Merkmale der Leistungen:

5.1 Vertragsunterlagen

Folgende Unterlagen sind für Ihren Versicherungsvertrag von Bedeutung:

Bei Abschluss mit Antragsformular (Papierform)

- Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AUB 2008) zusammen mit den Besonderen Bedingungen zur DIA-Unfallversicherung 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 Versicherungsbedingungen (AUB 2008) zusammen mit den Besonderen Bedingungen zur DIA-Unfallversicherung 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 Versicherungsgesellschaft schriftlich bestätigt werden.

5.2 Art und Umfang der Versicherungsleistungen

In der DIA-Unfallversicherung unterstützt Sie der Versicherer finanziell, um die Folgen eines Unfalles für die versicherte Person abzumildern.

Für die Unfallversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AUB 2008) zusammen mit den Besonderen Bedingungen zur DIA-Unfallversicherung.

5.3 Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

5.4 Fälligkeit der Versicherungsleistung und Erfüllung

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

6. Gesamtpreis der Versicherung

Die Prämie für die versicherte Person ergibt sich aus der Prämienübersicht, die Sie auf der Internetseite finden. Die jeweilige Jahresprämie 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 für nicht eingelöste Lastschriften die uns auferlegten Kosten, wenn Sie die Nichteinlösung (beispielsweise auf Grund von Widerruf, falschen Angaben oder fehlender Kontodeckung) zu verantworten haben.

8. Prämienzahlung, Fälligkeit der Prämien

Die Prämie ist ein Jahresbeitrag und ist nach zu Stande kommen des Vertrages unverzüglich, spätestens nach Ablauf von zwei Wochen, zu zahlen, jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn. Die Beitragszahlungen erfolgen mittels erteilter Einzugsermächtigung von einem deutschen Konto.

9. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Information

Die auf unseren Internetseiten zur Verfügung gestellten Informationen halten wir ständig für Sie aktuell.

10. Zustandekommen des Vertrages

a) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordruckes (z. B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins) zustande.

b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs 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.

c) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Eingangs 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 – c 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:

Dialog Versicherung AG

c/o Dr. Walter GmbH

Postadresse: Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Fax: +49 (0) 22 47 91 94 -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.

12. Vertragslaufzeit

Der Versicherungsvertrag ist auf ein Jahr befristet. Die genaue Versicherungsdauer entnehmen Sie bitte dem Versicherungsschein.

Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf des Versicherungsjahres um jeweils ein weiteres Jahr, wenn nicht eine der Vertragsparteien spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres kündigt. Das Recht beider Parteien zur außerordentlichen Kündigung bleibt davon unberührt. Eine Wiedereinreise in die Bundesrepublik Deutschland stellt keinen besonderen Kündigungsgrund dar.

Die DIA-Unfallversicherung gilt weltweit, auch in Deutschland.

Wird der Vertrag gekündigt, haben alle zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung angemeldeten Personen – ordnungsgemäße Beitragszahlung vorausgesetzt – Versicherungsschutz bis zum Ablauf des Versicherungsverhältnisses.

13. Kündigungsrecht des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat das Recht den Vertrag drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zu kündigen.

14. Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

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

- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort
- München als Sitz der Dialog für Klagen gegen die Dialog

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 München für Klagen gegen die Dialog. 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) 22 47 91 94 -0

F +49 (0) 22 47 91 94 -40

E-Mail: beschwerde@dr-walter.com

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

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

T 0800 3 696 000 (kostenfreie Rufnummer aus dem deutschen Telefonnetz)

T +49 (0) 30 206058 99 (aus dem Ausland)

F 0800 3 699 000 (kostenfreie Rufnummer aus dem deutschen Telefonnetz)

F +49 (0) 30 206058 98 (aus dem Ausland)

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.versicherungsombudsmann.de

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

T +49 (0) 228 4108 0

F +49 (0) 228 4108 1550

E-Mail: poststelle@bafin.de

Besondere Bedingungen zur DIA-Unfallversicherung

Für das Produkt DIA-Unfallversicherung gelten abweichend bzw. in Ergänzung zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen folgende Besondere Versicherungsbedingungen:

1. Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1) Versicherbar sind Mitglieder des DIA Deutsche im Ausland e. V., unabhängig davon, ob sie sich in Deutschland oder im Ausland aufhalten. Voraussetzung für die Versicherung sind eine deutsche Kontaktadresse und eine deutsche Bankverbindung.

2) Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die

a) die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Dauer fremder Hilfe bedürfen.

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

b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Sportler ausüben.

2. Abschluss, Dauer und Beendigung des Vertrages

1) Der Vertrag kommt mit Zahlung der geschuldeten Prämie zustande. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vom Versicherungsnehmer bezeichneten Zeitpunkt, nicht jedoch vor Zahlung der geschuldeten Prämie. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Kann die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

2) Der Versicherungsvertrag ist auf ein Jahr befristet. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf des Versicherungsjahres um jeweils ein weiteres Jahr, wenn nicht eine der Vertragsparteien spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres kündigt. Das Recht beider Parteien zur außerordentlichen Kündigung bleibt davon unberührt.

3. Geltungsbereich

Die DIA-Unfallversicherung gilt weltweit.

Die DIA-Unfallversicherung gilt auch in Deutschland.

4. Leistungsumfang

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

5. Versicherungssummen und Beiträge

Die Versicherungssummen und Beiträge betragen je Person:

DIA-UV	S	M	L
Versicherungssummen			
Invalidity	30.000 €	100.000 €	200.000 €
Progression	225%	225%	225%
Vollinvalidität	67.500 €	225.000 €	450.000 €
Tod	10.000 €	20.000 €	50.000 €
Bergungskosten	25.000 €	25.000 €	25.000 €
Kosmetische OP	0 €	5.000 €	10.000 €
Beiträge			
Jahresprämie *	44 €	94 €	194 €
Jahresbeitrag für die Mitgliedschaft im DIA e. V.	5 €	5 €	5 €

* incl. Versicherungssteuer

6. Invaliditätsstaffel

Besondere Bedingungen für die DIA-Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 %

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

Invaliditätsgrad in % / Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme

von % / auf %	44 / 63	63 / 114	82 / 171
26 / 27	45 / 65	64 / 117	83 / 174
27 / 29	46 / 67	65 / 120	84 / 177
28 / 31	47 / 69	66 / 123	85 / 180
29 / 33	48 / 71	67 / 126	86 / 183
30 / 35	49 / 73	68 / 129	87 / 186
31 / 37	50 / 75	69 / 132	88 / 189
32 / 39	51 / 78	70 / 135	89 / 192
33 / 41	52 / 81	71 / 138	90 / 195
34 / 43	53 / 84	72 / 141	91 / 198
35 / 45	54 / 87	73 / 144	92 / 201
36 / 47	55 / 90	74 / 147	93 / 204
37 / 49	56 / 93	75 / 150	94 / 207
38 / 51	57 / 96	76 / 153	95 / 210
39 / 53	58 / 99	77 / 156	96 / 213
40 / 55	59 / 102	78 / 159	97 / 216
41 / 57	60 / 105	79 / 162	98 / 219
42 / 59	61 / 108	80 / 165	99 / 222

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

Die Allgemeinen Unfall-Versicherungsbedingungen der Dialog Versicherung AG (AUB 2008) gelten nur im Zusammenhang mit den besonderen Bedingungen zur DIA-Unfallversicherung.

§ 1 Der Versicherungsfall

I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus dem Antrag und dem Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.

II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

1. ein Gelenk verrenkt wird oder
2. Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

I.

1. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

2. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich der Versicherte aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA. Bei Terroranschlägen, die außerhalb der Territorien von Krieg führenden Parteien ausgeführt werden, beruft sich der Versicherer nicht auf diesen Ausschluss.

Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

4. Unfälle des Versicherten

a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

6. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

II.

1. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

2. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlen-
diagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

3. Infektionen

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

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

III.

1. Bauch- oder Unterleibsbrüche.

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

2. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirmlutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

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

§ 3 Nicht versicherbare Personen

I. Nicht versicherbar sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbstständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Dauer fremder Hilfe bedürfen.

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

Der genannte Personenkreis ist auch dann nicht versichert, wenn Beitrag gezahlt wurde.

II. Sobald eine versicherte Person im Sinne von § 3 Ziffer I nicht mehr versicherbar ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet die Versicherung.

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

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

I.

1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen der Versicherer den Versicherungsnehmer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.

Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor der Vertragsannahme durch den Versicherer, Fragen im Sinne von Satz 1 stellt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

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

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

II.

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

2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn

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

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

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

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

III.

1. Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, 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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Schriftform kündigen.

V.

1. Der Versicherer muss die nach den Ziffern II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt hat. Dabei sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben.

2. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

3. Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern II. bis IV. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

VI. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der 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 Jahresbeitrags.

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

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

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

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

III.

1. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrags gelten die Bestimmungen der §§ 37 und 38 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag.

2. Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerrufsfrist von 2 Wochen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.

3. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrages eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.

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

5. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug – es sei denn, er hat die verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind.

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er in der Zahlungsaufforderung nach Ziff. 5 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde.

6. Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

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

8. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer III. 5 Abs. 2 darauf hingewiesen wurde. Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer III. 5. Absatz. 2 hinzuweisen.

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

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

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

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

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

II.

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

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

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

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

§ 7 Die Leistungsarten

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

I. Invaliditätsleistung

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

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

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

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

- eines Armes 70 %
- eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks 65 %
- eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks 60 %
- einer Hand 55 %
- eines Daumens 20 %
- eines Zeigefingers 10 %
- eines anderen Fingers 5 %
- eines Beines über der Mitte des Oberschenkels 70 %
- eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %
- eines Beines bis unterhalb des Knies 50 %
- eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels 45 %
- eines Fußes 40 %
- einer großen Zehe 5 %
- einer anderen Zehe 2 %
- eines Auges 50 %
- des Gehörs auf einem Ohr 30 %
- des Geruchs 10 %
- des Geschmacks 5 %

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

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

d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach 2. ergeben, 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 Verdienstausfalles trägt der Versicherer.

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

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

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine nach Eintritt des Unfalles 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

Erweiterungen der AUB 88 Fassung 2008 der Dialog Versicherung AG

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Vergiftungen durch Gase und Dämpfe

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

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

Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufs- und Gewerkrankheiten.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung

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

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

Besondere Bedingungen für Unfälle durch Herzinfarkt, Schlaganfall oder Medikamente

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

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

Besondere Bedingungen für Unfälle durch epileptische Anfälle

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen

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

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

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

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

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

1. In Abänderung des § 2 I (3) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle, die dem Versicherten durch Kriegsereignisse zustoßen, ohne dass er zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (Passives Kriegsrisiko).

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

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

2. Von dem Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:

- Unfälle, wenn sich der Versicherte nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Kriegsgebiet begibt;
- Unfälle, wenn sich der Versicherte wegen seiner Berufsausübung (z. B. Journalist, Kameramann) in Erwartung eines eventuellen Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
- Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
- Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland, USA),
- Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

3. Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen gilt jedoch maximal für die Dauer von 14 Tagen nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind.

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

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

Unfälle bei der aktiven Teilnahme an genehmigten Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sind mitversichert, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist (z. B. bei einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoorkart-Anlage).

Diese Erweiterung gilt nur innerhalb Europas und nur für Personen die das 18. Lebensjahr vollendet haben.

Unfälle mit Strahlen

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen durch Zeckenbiss

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

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Infektionen bei geringfügigen Hautverletzungen

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

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Nahrungsmittelvergiftungen

Abweichend von § 2 II (4) der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen sind die Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen versichert. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Alkohol. Dies gilt jedoch nicht für Kinder, die zum Unfallzeitpunkt das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Psychische Reaktionen

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

Besondere Bedingungen zur Geltendmachung der Invalidität

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

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

Besondere Bedingungen für die verbesserte Invaliditätsleistung

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

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

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

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

Zahlung der Invaliditätsleistung bei Diagnosestellung

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

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

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

Besondere Bedingungen für die verbesserte Übergangsleistung

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

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

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

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

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

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

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

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

Besondere Bedingungen für Krankenhaustage- und Genesungsgeld bei ambulanten Operationen

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

1. Voraussetzung für die Leistung:

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

2. Höhe der Leistung

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

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

Besondere Bedingungen für verlängertes Krankenhaus-Tagegeld

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

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

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

Rooming-In-Geld.

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Das versicherte Kind

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

und

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

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

2. Höhe und Dauer der Leistung:

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

Schulausfallgeld

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Das versicherte Kind

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

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

2. Höhe und Dauer der Leistung:

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Raubüberfall oder Geiselnahme

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

1. Voraussetzung für die Leistung

Der Raubüberfall oder die Geiselnahme wurden bei der Polizei als strafbare Handlungen angezeigt und sind dort protokolliert.

2. Höhe der Leistung

Die Leistung erfolgt in Höhe von 3.000 €.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfeleistung bei Schwerverletzungen

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

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

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

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

Höhe der Leistung

Die Leistung erfolgt in Höhe von 5.000 €.

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

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

1. Voraussetzungen für die Leistung:

1.1 Die versicherte Person hat

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

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

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

2. Höhe der Leistung:

Die Reha-Beihilfe wird in Höhe von 3.000 € einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird § 8 der AUB berücksichtigt.

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

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

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

1. Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

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

2. Art und Höhe der Leistung:

Der Versicherer leistet insgesamt bis zu 10.000 € Ersatz für nachgewiesene

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

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

1. Art der Leistung:

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

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

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

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

2. Höhe der Leistung:

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf 25.000 € begrenzt. Soweit im Schadenfall ein Dritter (z. B. Kraftfahrzeughaftpflichtversicherer, Sozialversicherungsträger) leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Soweit der Versicherungsnehmer aus anderen Versicherungsverträgen eine Entschädigung beanspruchen kann, steht es ihm frei, welchem Versicherer er den Schadenfall meldet. Meldet er den Schaden, bei der Generali Versicherung AG wird diese im Rahmen dieser Bedingungen in Vorleistung treten.

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

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

Besondere Bedingungen für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

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

Besondere Bedingungen für die Familienvorsorge in der Unfallversicherung

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

1. Art der Leistung:

Für die Dauer von 15 Monaten besteht während der Wirksamkeit des Vertrages Versicherungsschutz für die hinzukommenden Angehörigen, der versicherten Person nämlich

- den Ehepartner ab dem Zeitpunkt der standesamtlichen Eheschließung bzw. den eingetragenen Lebenspartner ab dem Zeitpunkt der Begründung der eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- die leiblichen Kinder ab Vollendung der Geburt.

Versicherungsschutz besteht im Rahmen dieser Familienvorsorge ausschließlich für die Invaliditätsleistung und – sofern für die versicherte Person und / oder den anderen Elternteil diese Leistungsarten vereinbart sind – für die Todesfallleistung und das Krankenhaus-Tagegeld.

2. Höhe der Leistung:

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

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

Besondere Bedingungen zur Begründung des Leistungsanspruches

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

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

Besondere Bedingungen für Chemiker, Desinfektoren und Angehörige von Heilberufen

I. Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

Für versicherte Personen, die

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

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

1. Voraussetzungen für die Leistung:

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

1.2 Aus

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

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

1.3 Die Krankheitserreger sind entweder

- durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss,

oder

- durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt.

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

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

2. Erweiterter Schutz im Invaliditätsfall:

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

- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall eingetreten

und

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

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

Für versicherte Personen, die

- eine berufliche Tätigkeit als Arzt / Ärztin, Zahnarzt / Zahnärztin, Zahntechniker / Zahntechnikerin, Heilpraktiker / Heilpraktikerin, Hebamme, Entbindungspfleger, Tierarzt / Tierärztin ausüben,
- in der Krankenpflege (Krankenschwester / Krankenpfleger, Kinderkrankenschwester / Kinderkrankenpfleger, Krankenpflegehelfer / Krankenpflegehelferin) beschäftigt sind,
- Studenten / Studentinnen der Medizin, der Zahnheilkunde und der Tierheilkunde sind, besteht abweichend von § 2 II (1) der AUB folgender Versicherungsschutz:

Mitversichert sind Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

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

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

Dies gilt nur für die Leistungsarten:

- Invalidität
- Unfallrente
- Krankenhaustagegeld
- Genesungsgeld
- Tagegeld
- Übergangsleistung
- Schmerzensgeld bei Knochenbrüchen
- Unfalltod

soweit diese tatsächlich vereinbart sind.

Versehensklausel

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

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

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

Gesetzesauszüge

AUSZUG AUS DEM 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 zu dem 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

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

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

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

[...]

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er 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.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(2) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Abs. 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Abs. 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

(2) 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 auf Grund des Versicherungsvertrags Erstattungsleistungen erbracht hat, ist § 86 Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Die §§ 43 bis 48 sind auf die Krankenversicherung mit der Maßgabe anzuwenden, dass ausschließlich die versicherte Person die Versicherungsleistung verlangen kann, wenn der Versicherungsnehmer sie gegenüber dem Versicherer in Textform als Empfangsberechtigten der Versicherungsleistung benannt hat; die Benennung kann widerrufen oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 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 AUS DEM BÜRGERLICHEN GESETZBUCH (BGB)

§ 195 Regelmäßige Verjährungsfrist

Die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Hinweise zum Schutz Ihrer Daten

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

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

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

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

b) Informationen zur Verwendung Ihrer Daten bei DR-WALTER

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

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

Auf Wunsch senden wir Ihnen gerne einen Ausdruck der Dienstleister sowie der Verhaltensregeln zu. Bitte wenden Sie sich an:

DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
T +49 (0) 22 47 91 94 -0
F +49 (0) 22 47 91 94 -40

c) Verantwortliche Stelle

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

d) Ihre Rechte

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

Diese Rechte können Sie unter o. g. Anschrift direkt gegenüber DR-WALTER geltend machen. Falls Sie weitere Fragen zum Datenschutz haben, können Sie sich direkt an die Datenschutzbeauftragte bei DR-WALTER, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, T +49 (0) 22 47 91 94 -0 wenden.

Dienstleisterliste

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

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

Versicherungsgesellschaften und Rückversicherer	
Übertragene Aufgaben: Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses (z. B. Bearbeitung eines Antrags, Beurteilung des zu versichernden Risikos, Verwaltung von Versicherungsverträgen, Prüfung einer Leistungspflicht)	Beteiligte Stellen / Organisationen: jeweils die in der Versicherungsbestätigung genannten Versicherer <ul style="list-style-type: none">• Generali Deutschland Krankenversicherung AG,• Dialog Versicherung AG,• Würzburger Versicherungs-AG,• HanseMerkur Reiseversicherung AG,• ERGO Reiseversicherung AG,• ERGO Versicherung AG,• Allianz Partners – AWP Health & Life SA,• Inter Krankenversicherung AG,• Hiscox SA
Assistance-Gesellschaften	
Übertragene Aufgaben: Assistance-Leistungen	Beteiligte Stellen / Organisationen: <ul style="list-style-type: none">• MD Medicus Assistance Service GmbH,• GMMI, Inc.,• Europ Assistance SA, Niederlassung für Deutschland,• International SOS B.V.,• International SOS GmbH,• Global Excel Management Inc.
Ärzte, Zahnärzte, Psychologen, Psychiater, Sachverständige, Gutachter, Angehörige sonstiger Heilberufe, Institute für medizinische Begutachtungen, Krankenhäuser	
Übertragene Aufgaben: Auskünfte zu Behandlungen und Erkrankungen, Gutachten und Sachverständigengutachten zu medizinischen Fragen	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Banken	
Übertragene Aufgaben: Prämienzahlungen, Zahlungen bei Schaden- und Leistungsfällen	Beteiligte Stellen / Organisationen: <ul style="list-style-type: none">• Postbank Köln – eine Niederlassung der DB Privat- und Firmenkundenbank AG,• Kreissparkasse Köln, Mündelsichere Anstalt des öffentlichen Rechts

Rechtsanwälte	
Übertragene Aufgaben: Juristische Beratung, Inkassomanagement, Vertretung vor Gericht	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung	Beteiligte Stellen / Organisationen: <ul style="list-style-type: none"> • TÜV NORD CERT GmbH, • Shopauskunft.de GmbH & Co. KG
Beratungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Unterstützung und Beratung u. a. in Leistungs- und Abrechnungsfragen (In- und Ausland), zur Betrugserkennung, zu Gesundheitsprogrammen; IT-Dienstleistungen	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
IT- und Telekommunikationsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Dienstleister für IT-, Netzwerk- und Telefonieanwendungen	Beteiligte Stellen / Organisationen: <ul style="list-style-type: none"> • AssFINET AG, • ikt Gromnitza GmbH & Co. KG, • Trevedi IT-Consulting GmbH, • IBExpert GmbH, • NETGO GmbH, • DATEV eG
Online-Support	
Übertragene Aufgaben: Dienstleister für Webhosting, Internet-Portale, Online-Abschlüsse, E-Mail-Marketing und Live-Chat	Beteiligte Stellen / Organisationen: <ul style="list-style-type: none"> • Host Europe GmbH, • 1&1 Internet AG, • JMC Technologieberatung GmbH, • united-domains AG, • STRATO AG, • ALL-INKL.COM, • COREER GmbH, • Einmahl WebSolution GmbH, • emarsys eMarketing Systems AG, • bplUSD Agenturgruppe GmbH, • Adspert Bidmanagement GmbH, • Sistrix GmbH, • KCS Internetlösungen Kröger GmbH, • Userlike UG • aveta David Cürten • consentmanager GmbH
Wirtschaftsauskunfteien, Adressermittler	
Übertragene Aufgaben: Einholung von Auskünften bei Antragstellung und Forderungsmanagement	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung
Entsorgungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Datenträger- und Aktenentsorger, Aktenvernichtung	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene Einzelbeauftragung

Bei Bedarf senden wir Ihnen gerne die Kontaktdaten der Dienstleister zu.

© DR-WALTER GmbH, Eisenerzstr. 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, T +49 (0) 22 47 91 94 -0, www.dr-walter.com, info@dr-walter.com