

Verbraucherinformationen

MIA-EASY

MIA-PLUS

Kundeninformation	2
Widerrufsbelehrung	7
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Expatriates der HanseMerkur Reiseversicherung AG (VB-KV2009 (MIA))	9
Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankentagegeldversicherung für Geschäftsreisende und Expatriates der HanseMerkur Reiseversicherung AG (VB-KV 2009 (MIA-KT))	19
Allgemeine Haftpflicht-Versicherungsbedingungen der Dialog Versicherung AG (AHB 2008)	23
Allgemeine Unfall-Versicherungsbedingungen der Dialog Versicherung AG (AUB 2008)	35
Allgemeine Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck der Dialog Versicherung AG (AVB Reisegepäck 2008)	44
Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Reisegepäck- und Unfallversicherung der Dialog Versicherung AG MIA (2009)	56
Widerrufsbelehrung	61
Gesetzesauszüge	62
Hinweise zum Schutz Ihrer Daten	67
Dienstleisterliste	68

Kundeninformation

Diese Kundeninformation möchte Sie als Kunden umfassend über die beteiligten Versicherungsgesellschaften und die zugrundeliegenden Versicherungen informieren. Die Produkte MIA-EASY und MIA-PLUS sind Versicherungskombinationen aus rechtlich unabhängigen Versicherungsverträgen, die exklusiv über die DR-WALTER GmbH bzw. deren Vertriebspartner angeboten werden. Mit den folgenden Angaben möchten wir Sie als Kunden umfassend über die beteiligten Versicherungsgesellschaften und die zugrundeliegenden Versicherungen informieren:

1. Identität der Versicherer

Für dieses Versicherungsprodukt arbeitet die DR-WALTER GmbH mit ausgewählten, renommierten Versicherungsgesellschaften zusammen:

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

HanseMerkur Reiseversicherung AG

Siegfried-Wedells-Platz 1

20354 Hamburg Sitz: Hamburg

Registergericht Amtsgericht Hamburg HRB 19768

Den Versicherungsschutz für die Unfall-, Haftpflicht- und Reisegepäckversicherung gewährt – sofern vereinbart – die:

Dialog Versicherung AG

Adenauerring 7

81731 München

Sitz: München

Registergericht: Amtsgericht München HRB 7731

Die gesamte Vertrags- und Leistungsabwicklung erfolgt über:

DR-WALTER GmbH

Eisenerzstraße 34

53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland

Sitz: Neunkirchen-Seelscheid

Registergericht: Amtsgericht Siegburg HRB 4701.

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

Die zuständige Erlaubnisbehörde ist die IHK Bonn / Rhein-Sieg, Bonner Talweg 17, 53113 Bonn, T +49 228 2284 -0, F +49 228 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. Diese Information kann jederzeit überprüft werden: DIHK | Deutsche Industrie- und Handelskammer, Breite Strasse 29, 10178 Berlin, T +49 30 20308 0, <https://www.vermittlerregister.info>

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 HanseMerkur Reiseversicherung AG ist der Vorstand.

Gesetzlicher Vertreter der Dialog Versicherung AG ist der Vorstand.

Gesetzliche Vertreter der DR-WALTER GmbH sind die Geschäftsführer.

3. Hauptgeschäftstätigkeit, Aufsichtsbehörde

Die HanseMerkur betreibt die Versicherung von Risiken, die sich auf Reisen beziehen.

Die Dialog Versicherung AG betreibt alle Arten der Schaden- und Unfallversicherung.

Die Rechts- und Finanzaufsicht wird durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn ausgeübt.

4. Garantiefonds

Für die in diesem Druckstück aufgeführten Produkte bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.

5. Wesentliche Merkmale der Leistungen:

Der Umfang des Versicherungsschutzes wird vom Versicherungsnehmer im Antrag bestimmt. Genauere Angaben über Art und Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes sind der Leistungsbeschreibung, dem Antrag und den Versicherungsbedingungen zu entnehmen.

Ist die Leistungspflicht der HanseMerkur Reiseversicherung AG bzw. der Dialog Versicherung AG, vertreten durch die DR-WALTER GmbH, dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so erfolgt die Auszahlung der Entschädigung binnen 2 Wochen. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfung des Anspruches durch die DR-WALTER GmbH infolge eines Verschuldens der versicherten Person gehindert ist.

6. Rechtsordnung:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung.

7. Gesamtpreis und Preisbestandteile:

Die zu entrichtende Gesamtprämie ergibt sich aus dem Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes. Die jeweiligen Prämien für die Bestandteile des Versicherungsschutzes sind dem Gruppenvertrag, bzw. der Versicherungsbestätigung zu entnehmen.

Die genannten Prämien enthalten – bis auf die Krankenversicherung, die versicherungssteuerfrei ist – die aktuelle gesetzliche Versicherungssteuer.

8. 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.

9. Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung:

Die Prämie ist ein Jahresbeitrag, der auch in monatlichen Raten gezahlt werden kann. Näheres ist dem Gruppenvertrag zu entnehmen.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen:

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind zeitlich unbefristet gültig.

11. Beginn des Vertrages, Beginn des Versicherungsschutzes, Dauer der Bindefrist bei Antragstellung:

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.

Die Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung entnehmen Sie bitte dem Gruppenvertrag.

Eine Bindefrist ist nicht vorgesehen.

Wichtiger Hinweis gemäß § 37 Abs. 2 VVG: Tritt der Versicherungsfall nach Abschluss des Vertrages ein und ist die einmalige oder die erste Versicherungsprämie zu diesem Zeitpunkt noch nicht gezahlt, sind die Versicherer, vertreten durch die DR-WALTER GmbH, nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

12. Informationen über die Laufzeit, Ende des Gruppenvertrages:

Der Vertrag ist auf ein Jahr befristet. Der Gruppenvertrag 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.

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, Geschäftsgebühr:

Ein Recht zur vorzeitigen Kündigung des jeweiligen Versicherungsvertrages besteht grundsätzlich nicht; Ausnahmen sind dem Gruppenvertrag zu entnehmen.

Tritt die HanseMerkur Reiseversicherung AG, bzw. die Dialog Versicherung AG, vertreten durch die DR-WALTER GmbH, wegen Nichtzahlung der ersten bzw. einmaligen Prämie gem. § 37 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurück, erhebt sie eine Geschäftsgebühr gem. § 39 Abs. 1 VVG in Höhe von 15 € je Versicherungsvertrag.

14. Anwendbares Recht / Gerichtsstand

Auf den Vertrag findet deutsches Recht und deutscher Gerichtsstand 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;
- Hamburg als Sitz der HanseMerkur Reiseversicherung AG für Klagen gegen die HanseMerkur Reiseversicherung AG, München als Sitz der Dialog Versicherung AG für Klagen gegen die Dialog Versicherung AG;
- 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 Hamburg für Klagen gegen die HanseMerkur Reiseversicherung AG, München für Klagen gegen die Dialog Versicherung AG. Dasselbe gilt, wenn Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt nicht bekannt ist.

15. Vertragssprache:

Maßgebliche Sprache für das Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

16. Außergerichtliche Schlichtungs- und Beschwerdeverfahren:

Sollte es einmal zu Unstimmigkeiten kommen, wenden Sie sich bitte an die DR-WALTER GmbH.

So erreichen Sie uns:

DR-WALTER GmbH

Eisenerzstraße 34

53819 Neunkirchen-Seelscheid, Deutschland

T +49 22 47 91 94 -0

F +49 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:

Bei Beschwerden zu Ihrer Kranken- oder Pflegeversicherung wenden Sie sich bitte an den

Ombudsmann für private Kranken- und Pflegeversicherungen

Postfach 060222

10052 Berlin

T 0800 2 55 04 44 (kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen)

F +49 30 20 45 89 31

E-Mail: ombudsmann@pkv.de

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.pkv-ombudsmann.de

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

bei Beschwerden, die nicht die Krankenversicherung betreffen, an den

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.

Schlichtungsstelle der Europäischen Kommission

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Beschwerden können Sie außerdem richten an die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn, Deutschland

T +49 228 4108 0

F +49 228 4108 1550

E-Mail: poststelle@bafin.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, bleibt hiervon unberührt. Wenn Sie mit unseren Entscheidungen nicht einverstanden sind oder Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auftreten, können Sie sich an den Vorstand der HanseMercur Reiseversicherung AG oder auch an die oben genannte Aufsichtsbehörde wenden.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

HanseMerkur Reiseversicherung AG, Dialog Versicherung AG, c/o DR-WALTER GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

Ein Widerruf per Fax ist möglich an die folgende Faxnummer: +49 22 47 91 94-40

Ein Widerruf per E-Mail ist möglich an die E-Mail Adresse: vertrag@dr-walter.com

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Ausgangsbetrag in Höhe von dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Betrag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;

4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung für Geschäftsreisende und Expatriates der HanseMerkur Reiseversicherung AG (VB-KV2009 (MIA))

A: ALLGEMEINER TEIL

(gültig für alle im Teil B genannten Tarife)

§ 1 Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versicherbar sind Mitarbeiter von Firmen mit Sitz in Deutschland und deren Familienangehörige bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (67. Geburtstag), die einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben und aus beruflichen Gründen für maximal 5 Jahre ins Ausland reisen oder von ihrem Arbeitgeber ins Ausland entsendet werden. Versicherbar sind ferner Mitarbeiter bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (67. Geburtstag), die normalerweise in Zweigstellen, Filialen, Tochterunternehmen und Beteiligungsgesellschaften außerhalb Deutschlands tätig sind – einschließlich deren Familienangehörige –, und aus beruflichen Gründen für 5 Jahre ins Ausland reisen oder von ihrem Arbeitgeber entsandt werden, sofern die jeweiligen Mitarbeiter nicht die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes haben.

Aus dem Ausland kommende Gäste, die das Unternehmen, sowie die Zweigstellen, Filialen und Tochterunternehmen sowie Beteiligungsgesellschaften für eine Dauer von maximal 31 Tagen besuchen, sind bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (67. Geburtstag) ebenfalls versicherbar. Der Anteil der Reisezeiten ausländischer Gäste darf maximal 10 % der Gesamtreisetage betragen.

2. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebenspartner und Kinder, einschließlich Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder bis zum vollendeten 20. Lebensjahr (20. Geburtstag).

3. Als Ausland gilt das Staatsgebiet des Landes, in das der Mitarbeiter vom Arbeitgeber entsendet oder aus beruflichen Gründen vom Arbeitgeber geschickt wird und nicht seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

4. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die

- a) dauernd pflegebedürftig sind sowie Geisteskranke; Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;
- b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Sportler ausüben.

§ 2 Abschluss, Dauer und Beendigung des Vertrages

1. Der Versicherungsvertrag wird zwischen der Firma, die den Mitarbeiter ins Ausland entsendet oder aus beruflichen Gründen ins Ausland reisen lässt als Versicherungsnehmer, und der HanseMerkur Reiseversicherung AG als Versicherer, vertreten durch DR-WALTER GmbH, geschlossen.

2. Der Versicherungsvertrag muss vor Beginn des Auslandsaufenthaltes für dessen gesamte Dauer abgeschlossen werden. Die Höchstversicherungsdauer beträgt fünf Jahre. Eine Verlängerung hierüber hinaus ist nicht möglich.

3. Bei einer Verlängerung des Aufenthalts innerhalb der Höchstversicherungsdauer, kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur verlängert werden, wenn der Antrag auf Verlängerung vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrags bei der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, vorgelegen hat und diese dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmt.

4. Ein Tarifwechsel vom „Tarif MIA-EASY“ nach „Tarif MIA-PLUS“ ist nur mit schriftlicher Zustimmung der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, möglich.

5. Der Versicherungsvertrag endet

- a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b) mit dem Tod der jeweiligen versicherten Person;

- c) mit der Beendigung der Auslandsreise bzw. der Entsendung;
- d) wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen, weil die versicherte Person dauerhaft im Ausland bleiben will;
- e) mit der Vollendung des 67. Lebensjahres;
- f) mit der Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer.

6. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine vorzeitige Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

§ 3 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes der versicherten Personen

1. Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Geschäftsreise bzw. für die Entsendung ins Ausland.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz der versicherten Person beginnt mit dem Antritt der Auslandsreise, nicht jedoch vor Zahlung der Prämie und nicht vor Zustandekommen des Gruppenvertrages. Wird der Gruppenvertrag erst nach Reisebeginn abgeschlossen, besteht Versicherungsschutz für diese Reise nur, wenn dies ausdrücklich gesondert zwischen dem Versicherungsnehmer und der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, vereinbart wurde. Anderenfalls besteht Versicherungsschutz nur für nachfolgende Reisen.

3. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle

- a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b) mit dem Tod der jeweiligen versicherten Person;
- c) mit der Beendigung der Auslandsreise bzw. der Entsendung;
- d) wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen;
- e) mit der Vollendung des 67. Lebensjahres;
- f) mit der Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer;
- g) mit dem Ausscheiden des Mitarbeiters aus der Firma, die die versicherte Person ins Ausland entsendet hat.

§ 4 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

1. Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz für unvorhergesehene, akut im Ausland eintretende Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er ersetzt bei Eintritt des Versicherungsfalles im Ausland Aufwendungen für

- a) ambulante und stationäre Heilbehandlung;
- b) medizinisch sinnvollen und ärztlich angeordneten Rücktransport der versicherten Person in das dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene geeignete Krankenhaus;
- c) Überführungen oder Bestattungen;
- d) sonstige Leistungen gemäß dem gewählten Versicherungstarif.

Für weiterführende Behandlungen im Heimatland werden keine Leistungen gewährt.

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

Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Behandlungen wegen Beschwerden während der Schwangerschaft, Frühgeburten bis zur 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburten, medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche sowie Tod.

3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

4. Heilbehandlungskosten

Die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, erstattet die während des Auslandsaufenthalts in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Im Ausland steht der versicherten Person die Wahl unter den im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannten und zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, sofern diese nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte – sofern vorhanden – oder nach den ortsüblichen Gebühren berechnen. Sofern tariflich versichert, können auch im Aufenthaltsland gesetzlich anerkannte und zugelassene Heilpraktiker und in den USA auch Chiropraktiker in Anspruch genommen werden. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Welche Kosten erstattet werden, ist den jeweiligen Tarifen in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

5. Leistungen bei Reisen in Drittländer und bei Unterbrechung der Auslandsreise

a) Bei Verträgen von mindestens dreimonatiger Dauer wird bei Reisen in ein weiteres Land oder bei einer Unterbrechung der Auslandsreise der Versicherungsschutz fortgesetzt. In diesem Fall wird die vorübergehende Reise in ein weiteres Land oder die vorübergehende Rückkehr an den Wohnsitz bzw. ständigen Aufenthaltsort einer Auslandsreise gleichgestellt, wenn die Gesamtdauer der Unterbrechung den Zeitraum von vier Wochen nicht überschreitet. Beginn und Ende der Unterbrechung sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

b) Wenn die Gesamtdauer einer Unterbrechung den Zeitraum von vier Wochen überschreitet oder der Vertrag keine drei Monate besteht, werden Leistungen nur im eingeschränkten Rahmen zur Verfügung gestellt. Die Einschränkung des Versicherungsschutzes besteht darin, dass Leistungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung dann nur im Rahmen der Allgemeinen Pflegeklasse, ohne Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung) bzw. im Rahmen entsprechender vergleichbarer Leistungen (Gesetzliche Grundversorgung des entsprechenden Landes) gewährt werden und für ambulante Behandlungen in Drittländern lediglich 75 % der erstattungsfähigen Kosten vergütet werden und bei ambulanten Behandlungen in Deutschland die Erstattungssätze auf die sogenannten Schwellenwerte der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) begrenzt sind. Als Schwellenwerte gelten nach der GOZ der 2,3-fache Satz der Gebührenordnung und nach der GOÄ bei persönlichen Verrichtungen der 2,3-fache, bei technischen Verrichtungen (Leistungen der Abschnitte A,E und O der GOÄ) der 1,8-fache und bei Laboruntersuchungen (Leistungen nach der Nr. 437 und dem Abschnitt M der GOÄ) der 1,15-fache Satz der GOÄ.

c) Als Unterbrechung der Auslandsreise gilt die vorübergehende Reise in ein Drittland oder die vorübergehende Rückkehr ins Heimatland, wenn die versicherte Person danach an den Ort ins Ausland zurückkehrt, an dem sie sich vorher befunden hat.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht

- a) für die Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- b) für die Behandlungen von Erkrankungen, Beschwerden und Anomalien sowie deren Folgen, die in den letzten sechs Monaten vor der Reise behandelt wurden;
- c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse oder aktive Teilnahme an Unruhen verursacht und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- d) für die auf Vorsatz beruhenden Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;

- f) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- g) für ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eintretenden Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich der Versicherte in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
- h) für Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht;
- i) für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- j) für Behandlungen durch Personen, mit denen die versicherte Person innerhalb der eigenen oder der Gastfamilie zusammenlebt. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- k) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- l) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, sofern der gewählte Tarif hierfür keine Leistungen vorsieht;
- m) für Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen (Inlays und Onlays), Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, prophylaktische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen, sofern der gewählte Tarif hierfür keine Leistungen vorsieht;
- n) für Immunisierungsmaßnahmen;
- o) für Behandlungen wegen Störungen und / oder Schäden der Fortpflanzungsorgane;
- p) für Entbindungen, sofern die Schwangerschaft bereits bei Versicherungsbeginn bestand;
- q) für Selbstmord, Selbstmordversuche und Folgen;
- r) für Vorsorgeuntersuchungen, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht;
- s) für Organspenden und deren Folgen.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3. Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, kann der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche auf Krankenhaustagegeld, die gesetzlichen Leistungen von den Versicherungsleistungen abziehen.

§ 6 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Obliegenheiten

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalls:

- a) den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen könnte;
- b) den Schaden der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, unverzüglich, spätestens nach Abschluss der Reise, unter Einreichung sämtlicher relevanter Unterlagen anzuzeigen;
- c) der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe ihrer Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen, Originalbelege einzureichen sowie bei Todesfällen die Sterbeurkunde einzureichen;
- d) im Falle stationärer Behandlung im Krankenhaus und vor Beginn umfangreicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen unverzüglich Kontakt zum weltweiten Notfall-Service der HanseMerkur aufzunehmen;
- e) dem Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene geeignete Krankenhaus bei Bestehen der Transportfähigkeit zuzustimmen, wenn die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, den Rücktransport nach Art der Krankheit und deren Behandlungsbedürftigkeit genehmigt;
- f) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen;

- g) auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer, vertreten durch DR-WALTER GmbH, beauftragten Arzt untersuchen zu lassen;
- h) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

2. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzung:

Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers / der versicherten Person entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person.

§ 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise – diese werden Eigentum des Versicherers – erbracht sind:

- a) Originalbelege, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie die Angabe der vom behandelnden Arzt erbrachten Leistungen nach Art, Ort und Behandlungszeitraum enthalten müssen. Besteht anderweitig Versicherungsschutz für Heilbehandlungskosten und wird dieser zuerst in Anspruch genommen, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften;
- b) Rezepte sind zusammen mit der Arztrechnung, die Rechnung über Heil- oder Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen;
- c) bei Anspruch auf Krankenhaustagegeld ist eine Bescheinigung des Krankenhauses über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit sowie das Aufnahme- und Entlassungsdatum enthält;
- d) Nachweis über die Höhe der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen für einen Rücktransport geltend gemacht werden; ferner ist eine ärztliche Bescheinigung des behandelnden Arztes im Ausland vorzulegen mit einer ausführlichen Begründung für den medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransport;
- e) zusätzlich eine amtliche Sterbeurkunde und ärztliche Bescheinigung über die Todesursache, wenn Überführungs- bzw. Bestattungskosten gezahlt werden sollen.

2. Zur Prüfung des Leistungsanspruchs ist es eventuell erforderlich, dass die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, im gesetzlich zugelassenen Rahmen personenbezogene Gesundheitsdaten einholt. Sofern der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, bzw. der gesetzliche Vertreter der versicherten Person, die Einwilligung zu einer solchen Erhebung schuldhaft nicht erteilt, und die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, hierdurch die Höhe und Umfang des Leistungsanspruchs nicht abschließend feststellen kann, wird die Fälligkeit der Leistung gehemmt. Gleiches gilt, wenn die befragten Anstalten oder Personen von Ihrer Schweigepflicht gegenüber der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, schuldhaft nicht entbunden sind.

3. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt / Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt / Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

4. Von den Leistungen können Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 8 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

1. Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, gemeldet, tritt diese in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer

wenden.

2. Die Ansprüche des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person gegen Dritte gehen auf den Versicherer im gesetzlichen Umfang über, soweit dieser den Schaden ersetzt hat. Sofern erforderlich, ist der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person verpflichtet, eine Abtretungserklärung gegenüber dem Versicherer abzugeben.

§ 9 Aufrechnung

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

§ 10 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 11 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache, Geltung für versicherte Personen

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die versicherten Personen.

§ 12 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigt.

B: BESONDERER TEIL

Tarif MIA Basis

Leistungsbeschreibung

1. Die HanseMercur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, erstattet die während des Auslandsaufenthaltes in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- a) ärztliche Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
- b) Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen und Entbindungen durch Ärzte, sofern die Schwangerschaft nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Die Erstattung entsprechender Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist auf 1.600 € pro Schwangerschaft begrenzt und nur möglich, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch einen Arzt in Rechnung gestellt werden;
- c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (nicht als Medikamente gelten – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
- d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, einschl. Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik bis insgesamt max. 250 € je Versicherungsjahr; Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn dieses Tarifes an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Bei Versicherungsdauern von weniger als zwölf Monaten, wird der max. Erstattungsbetrag anteilig errechnet.
- e) Röntgendiagnostik;
- f) unaufschiebbare stationäre Behandlungen in einem Zweibettzimmer, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Anstelle von Kostenersatz kann ein Krankenhaustagegeld von 25 € pro Tag beansprucht werden;
- g) bei Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr (12. Geburtstag) während einer stationären Krankenhausbehandlung, die unter die Leistungspflicht dieses Tarifes fällt, die Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson;
- h) medizinisch notwendiger Transport zum nächst erreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Arzt und zurück;
- i) Unaufschiebbare Operationen;
- j) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung

(Amalgam) mit 100 % des Rechnungsbetrages sowie Reparaturen von Zahnersatz

k) Zahnersatz, der auf Grund eines Unfalls während des versicherten Zeitraums erstmals erforderlich ist mit 100 % des Rechnungsbetrags bis max. 4.000 € je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Bei Versicherungsdauern von weniger als 12 Monaten, wird der max. Erstattungsbetrag anteilig errechnet.

l) Schutzimpfungen, die im Deutschland verwendeten Impfpass vorgesehen sind und nicht bis nach Ende der Reise aufgeschoben werden können aus medizinischer Sicht.

2. Psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlung nach einem Trauma. Der Versicherer erstattet die Kosten für psychologische Behandlungen durch einen im Aufenthaltsland zugelassenen und gesetzlich anerkannten Psychiater, wenn die versicherte Person während des versicherten Zeitraums auf der Dienstreise ein akutes seelisches Trauma als unmittelbare Folge durch Raub, Nötigung und physischer Angriff durch einen Dritten oder durch Feuer, Explosion, Verkehrsunfall, Elementarereignis, Entführung oder terroristischen Angriff erleidet und die Behandlung von einem Arzt mit entsprechender Ausbildung verordnet wurde, für max. zehn Sitzungen je Versicherungsfall und versicherter Person, höchstens 1.500 €, sofern die Behandlungen innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma auslösenden Ereignis stattfinden.

3. Rücktransport

Für versicherte Personen und deren Familienangehörige, die aus beruflichen Gründen ins Ausland reisen oder von ihrem Arbeitgeber ins Ausland entsendet werden, ersetzt die HanseMercur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person in das Land, aus dem die Entsendung erfolgte, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt wird:

a) der Rücktransport wird vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet und ist medizinisch sinnvoll und vertretbar. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.

b) nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage;

c) die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

Die HanseMercur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Versicherte Personen, die sich in einem Drittland (nicht das Land in dem sie hauptsächlich beruflich tätig sind) aufhalten, haben bei einem Rücktransport die Wahl, ob der Transport in das Land erfolgen soll, in dem sie hauptsächlich beruflich tätig sind oder in das Land, aus dem die versicherte Person entsendet wurde.

4. Überführung

Im Falle des Ablebens einer versicherten Person übernimmt der Versicherer die durch Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehenden Kosten bis zu 10.000 €.

5. Bestattung im Ausland

Der Versicherer übernimmt die Kosten einer Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 10.000 €. Hierzu gehören nicht die Kosten für den Kauf einer Grabstelle, eines Grabsteins, die Ausrichtung von Trauerfeiern und dergleichen.

6. Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschl. eines dann evtl. notwendig werdenden Rücktransports) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

Tarif MIA Premium

Leistungsbeschreibung

1. Die HanseMercur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, erstattet die während des Auslandsaufenthalts in der amtlichen Währung des Aufenthaltslandes entstandenen Kosten medizinisch notwendiger Heilbehandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker oder in den USA auch Chiropraktiker. Als Heilbehandlung im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- a) Behandlungen einschließlich durch akute Beschwerden hervorgerufene, medizinisch notwendige Schwangerschaftsbehandlungen, Entbindungen bis zum Ende der 36. Schwangerschaftswoche (Frühgeburt), Behandlungen wegen Fehlgeburt sowie medizinisch notwendige Schwangerschaftsabbrüche;
- b) Schwangerschaftsvorsorge-Untersuchungen und Entbindungen durch Ärzte, sofern die Schwangerschaft nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Die Erstattung entsprechender Untersuchungs- und Behandlungskosten durch Hebammen ist auf 1.600 € pro Schwangerschaft begrenzt und nur möglich, wenn die Kosten nicht gleichzeitig durch einen Arzt in Rechnung gestellt werden;
- c) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel (nicht als Medikamente gelten – auch wenn sie ärztlich verordnet sind – Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate);
- d) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen, einschließlich Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen und Krankengymnastik;
- e) ärztlich verordnete Hilfsmittel. Diese werden wie folgt erstattet:
- Bandagen, Bruchbänder, Einlagen, Gehstützen und Kompressionsstrümpfe werden mit 100 % des Rechnungsbetrages erstattet.
 - für die Erstanschaffung von Hörgeräten, Korrekturschienen, Kunstgliedern / Prothesen, Liege- und Sitzschalen, Krankenfahrstühlen, Atemmonitorgeräten, Infusionspumpen, Inhalationsgeräten, Sauerstoffgeräten, Überwachungsmonitoren für Säuglinge, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate sowie Sprechgeräten nach vorheriger schriftlicher Zusage werden durch den Versicherer 100 % des Rechnungsbetrages bis zu max. 2.000 € pro Versicherungsjahr erstattet;
 - Reparaturkosten für vorhandene Hilfsmittel werden mit 100 % des Rechnungsbetrages bis max. 250 € pro Versicherungsjahr erstattet.
 - Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn dieses Tarifes an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Bei Versicherungsdauern von weniger als zwölf Monaten, wird der max. Erstattungsbetrag anteilig errechnet;
- f) Sehhilfen, wie z. B. Brillen und Kontaktlinsen, bis zu einem Betrag von 300 €, wenn sich die Sehstärke um mindestens 0,5 Dioptrin verändert hat, oder frühestens nach jeweils zwei Versicherungsjahren. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn dieses Tarifs an;
- g) Röntgendiagnostik;
- h) unaufschiebbare stationäre Behandlungen in einem Einbettzimmer, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Anstelle von Kostenersatz kann ein Krankenhaustagegeld von 25 € pro Tag beansprucht werden;
- i) bei Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr (zwölften Geburtstag) während einer stationären Krankenhausbehandlung, die unter die Leistungspflicht dieses Tarifs fällt, die Kosten für eine medizinisch notwendige Begleitperson;
- j) bei Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr (12. Geburtstag) während einer stationären Krankenhausbehandlung, die unter die Leistungspflicht dieses Tarifs fällt, ein Krankenhaustagegeld von 25 € je Tag;
- k) medizinisch notwendiger Transport zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus oder Arzt und zurück;
- l) unaufschiebbare Operationen;
- m) schmerzstillende konservierende Zahnbehandlungen einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung mit 100 % des Rechnungsbetrages sowie Reparaturen von Zahnersatz
- n) Zahnersatz, der auf Grund eines Unfalles während des versicherten Zeitraumes erstmals erforderlich ist, mit 100 % des Rechnungsbetrages bis max. 5.000 € je Versicherungsjahr.
- Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Bei Versicherungsdauern von weniger als 12 Monaten wird der max. Erstattungsbetrag anteilig errechnet.
- o) Schutzimpfungen, die im in Deutschland verwendeten Impfpass vorgesehen sind und nicht bis nach Ende der Reise aufgeschoben werden können aus medizinischer Sicht sowie von der WHO für das Land empfohlen werden, in den die versicherte Person von ihrem Arbeitgeber entsendet wurde;
- p) Ambulante Vorsorgeuntersuchungen für Kinder, sowie zur Früherkennung von Krebserkrankungen nach in Deutschland gesetzlich eingeführten Programmen.

2. Psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlung

Nach Ablauf einer Wartezeit von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn dieses Tarifs an, werden die Kosten einer

- a) ambulanten Behandlung auf Grund einer psychoanalytischen und psychotherapeutischen Behandlung bis zu einem Betrag von 1.500 € je Versicherungsjahr erstattet;
- b) medizinisch notwendige stationäre Behandlung auf Grund einer psychischen Erkrankung für max. 20 Tage je Versicherungsjahr erstattet.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn dieses Tarifs an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Bei Versicherungsdauern von weniger als zwölf Monaten wird der max. Erstattungsbetrag anteilig errechnet.

3. Nach einem Trauma notwendige psychotherapeutische und psychoanalytische Behandlung ohne Wartezeit

Der Versicherer erstattet die Kosten für psychologische Behandlungen durch einen im Aufenthaltsland zugelassenen und gesetzlich anerkannten Psychiater, wenn die versicherte Person während des versicherten Zeitraums auf der Dienstreise ein akutes seelisches Trauma als unmittelbare Folge durch Raub, Nötigung und physischen Angriff durch einen Dritten oder durch Feuer, Explosion, Verkehrsunfall, Elementarereignis, Entführung oder terroristischer Angriff erleidet und die Behandlung von einem Arzt mit entsprechender Ausbildung verordnet wurde, für max. zehn Sitzungen je Versicherungsfall und versicherter Person, höchstens 1.500 €, sofern die Behandlungen innerhalb von sechs Monaten nach dem Trauma auslösenden Ereignis stattfinden.

4. Rücktransport

Für versicherte Personen und deren Familienangehörige, die aus beruflichen Gründen ins Ausland reisen oder von Ihrem Arbeitgeber ins Ausland entsendet werden, ersetzt die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, die Mehrkosten für einen Rücktransport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person in Deutschland, sofern eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt wird:

- a) der Rücktransport wird vom behandelnden Arzt im Aufenthaltsland verordnet und ist medizinisch sinnvoll und vertretbar. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports erfolgt durch einen beratenden Arzt des Versicherers in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt im Aufenthaltsland.
- b) nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.
- c) die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten für den Rücktransport.

Die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, übernimmt auch die Kosten für eine mitversicherte Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich, behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Versicherte Personen die sich in einem Drittland (nicht das Land in dem sie hauptsächlich beruflich tätig sind) aufhalten, haben bei einem Rücktransport die Wahl, ob der Transport in das Land erfolgen soll, in dem sie hauptsächlich beruflich tätig sind oder in das Land, aus dem die versicherte Person entsendet wurde.

5. Überführung

Im Falle des Ablebens einer versicherten Person übernimmt die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, die durch Überführung des Verstorbenen an den ständigen Wohnsitz entstehenden Kosten bis zu 15.000 €.

6. Bestattung im Ausland

Die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, übernimmt die Kosten einer Bestattung bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu 15.000 €. Hierzu gehören nicht die Kosten für den Kauf einer Grabstelle, eines Grabsteins, die Ausrichtung von Trauerfeiern und dergleichen.

7. Nachleistung im Ausland

Erfordert eine Erkrankung während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, weil die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen Leistungspflicht (einschl. eines dann evtl. notwendig werdenden Rücktransports) bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit.

MIA – Zahnzusatzbaustein

Leistungsbeschreibung

1. Nach Ablauf einer Wartezeit von 6 Monaten ab Beginn dieses Tarifs vergütet die HanseMercur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Zahnersatzes mit 80 % des Rechnungsbetrages

- a) bis zu einem Betrag von 2.500 € in den ersten beiden Versicherungsjahren;
- b) bis zu einem Betrag von 4.000 € in den ersten drei Versicherungsjahren, einschließlich der unter a) aufgeführten Leistung;
- e) ab dem vierten Versicherungsjahr max. einen Betrag von 5.000 € pro Versicherungsjahr.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von zwölf Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn dieses Tarifes an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

2. Als Zahnersatz im Sinne dieses Tarifs gelten Stftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen, kieferorthopädische Behandlungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Zahnleistungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise- Krankentagegeldversicherung für Geschäftsreisende und Expatriates der HanseMerkur Reiseversicherung AG (VB-KV 2009 (MIA-KT))

§ 1 Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versicherbar sind Mitarbeiter von Firmen bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (67. Geburtstag), die aus beruflichen Gründen für mindestens 6 Monate, maximal 5 Jahre, ins Ausland reisen oder von ihrem Arbeitgeber ins Ausland entsendet werden und

a) einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben

b) oder in Zweigstellen, Filialen, Tochterunternehmen und Beteiligungsgesellschaften außerhalb Deutschlands tätig sind und nicht die Staatsangehörigkeit des Landes haben, in das sie aus beruflichen Gründen gereist sind bzw. entsendet wurden.

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

a) dauernd pflegebedürftig sind, sowie Geisteskranke;

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;

b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Sportler ausüben.

§ 2 Abschluss und Beendigung des Vertrages

1. Der Versicherungsvertrag ist ein Gruppenversicherungsvertrag und wird zwischen der Firma, die den Mitarbeiter ins Ausland entsendet als Versicherungsnehmer, und der HanseMerkur Reiseversicherung AG, vertreten durch DR-WALTER GmbH, als Versicherer geschlossen.

2. Der Versicherungsvertrag endet zum vereinbarten Zeitpunkt.

§ 3 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes der versicherten Personen

1. Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Geschäftsreise bzw. für die Entsendung ins Ausland.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz der versicherten Person beginnt mit dem Antritt Auslandsreise nicht jedoch vor Zahlung der Prämie und nicht vor Zustandekommen des Gruppenversicherungsvertrages. Wird der Gruppenversicherungsvertrag erst nach Reisebeginn abgeschlossen, besteht Versicherungsschutz für diese Reise nur, wenn dies ausdrücklich gesondert zwischen dem Versicherungsnehmer und der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, vereinbart wurde. Anderenfalls besteht Versicherungsschutz nur für nachfolgende Reisen.

3. Ende

Der Versicherungsschutz endet

a) zum vereinbarten Zeitpunkt;

b) mit dem Tod der jeweiligen versicherten Person;

c) wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen;

- d) mit der Vollendung des 67. Lebensjahres;
- e) mit der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages;
- f) mit dem Ausscheiden des Mitarbeiters aus der Firma, die die versicherte Person ins Ausland entsendet hat
- g) mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit, mit dem Eintritt der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit oder einer teilweisen Erwerbsminderung sowie mit Bezug einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungs- oder Altersrente. Über die Frage, ob, in welchem Grade und von welchem Zeitpunkt an Berufs-, Erwerbsunfähigkeit oder Erwerbsminderung vorliegt, entscheidet die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, aufgrund der eingereichten beziehungsweise von ihm eingeholten Nachweise und teilt ihren Bescheid in Schriftform mit.

4. Nachhaftung

Wird der Auslandsaufenthalt während einer Erkrankung, die zu einem Versicherungsfall führt, beendet, so besteht im Rahmen dieser Bedingungen weiterhin Versicherungsschutz.

§ 4 Gegenstand der Versicherung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von akuten Krankheiten oder Unfällen im Ausland. Sie gewährt im Versicherungsfall bei Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld. Bestehende Erkrankungen sind versichert, wenn sie unerwartet akut werden.
2. Versicherungsfall ist die im Verlauf einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht.
3. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

Führen mehrere Versicherungsfälle mit mehreren sich anschließenden oder überschneidenden Arbeitsunfähigkeiten bei Arbeitnehmern zu einer Beendigung des Gehaltsfortzahlungsanspruchs, so wird die Karenzzeit in diesen Fällen für die durchgehende Arbeitsunfähigkeit zusammengerechnet und das versicherte Krankentagegeld ab dem Zeitpunkt des Fortfalls des Gehaltsanspruchs, frühestens aber nach der vereinbarten Karenzzeit gezahlt.

4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Versicherungsfälle, die während des beruflichen Auslandsaufenthaltes eintreten.

§ 5 Umfang der Versicherungsleistung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1. Die Leistungspflicht der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, beginnt mit dem ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit zuzüglich 42 leistungsfreier Tage (Karenzzeit). Die Leistungspflicht endet mit Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit oder mit dem Ende des Versicherungsschutzes für diesen Versicherungsfall, spätestens jedoch mit Ablauf der tariflich vereinbarten Leistungsdauer in Höhe von 546 Tagen (78 Wochen) einschließlich der Karenzzeit.
2. Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen im Ausland anerkannten und zugelassenen Arzt oder im Krankenhaus behandelt wird.
3. Die Höhe des zu zahlenden Krankengeldes beträgt 90 % des durchschnittlichen Nettogehalts der vergangenen 12 Monate beim selben Arbeitgeber. Sonderzahlungen wie Weihnachtsgeld, Urlaubsgeld, Tantiemen oder Bonuszahlungen, werden dabei nicht berücksichtigt. Bestand das Arbeitsverhältnis noch keine 12 Monate, so wird das Nettoentgelt aufgrund der bestehenden Beschäftigungsmonate ermittelt. Das Krankengeld ist auf maximal 200 € pro Kalendertag begrenzt.

4. Besteht gleichzeitig ein Anspruch auf Krankentagegeld aus einem anderen Vertrag oder von einem anderen Leistungsträger, so ermäßigt sich aus diesem Vertrag der Anspruch gemäß Ziffer 3 – unbeschadet etwaiger Ansprüche auf Krankenhaustagegeld – in der Weise, dass insgesamt nur bis zur Höhe gemäß Ziffer 3 geleistet wird.

§ 6 Besondere Ausschlüsse

Soweit nicht anders vereinbart besteht keine Leistung:

1. Bei Arbeitsunfähigkeit während gesetzlicher Beschäftigungsverbote für in einem Arbeitsverhältnis befindliche werdende Mütter und Wöchnerinnen (Mutterschutz).
2. Bei HIV-Infektionen / AIDS und deren Folgen,
3. Bei Krebserkrankungen oder gutartige Tumore, die innerhalb der letzten fünf Jahre vor oder bei Versicherungsbeginn behandlungsbedürftig waren.
4. Bei der versicherten Person bekannten Erkrankungen oder bei Unfallfolgen, wegen derer sie in den letzten zwölf Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich oder therapeutisch beraten oder behandelt wurde. Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der nächsten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und mit diesen Erkrankungen oder Unfallfolgen in ursächlichem Zusammenhang steht.
5. Bei Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
6. Bei auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
7. Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 7 Besondere Obliegenheiten im Schadenfall und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, unverzüglich durch Vorlage eines Nachweises anzuzeigen. Die Bescheinigung kann vorab per Fax übermittelt werden. Die Originale sind unverzüglich auf den Postweg zu bringen. Eine Bescheinigung von Ehe- oder Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus. Bei verspätetem Zugang der Anzeige wird das Krankentagegeld erst vom Zugangstage an gezahlt, jedoch nicht vor Ablauf der gewählten Karenzzeit. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, regelmäßig, soweit nicht anders von der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, gefordert, in höchstens vierzehntägigen Abständen nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, unverzüglich anzuzeigen.
2. Der Versicherungsnehmer hat der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, zur Berechnung der Leistungshöhe eine Bescheinigung über das Nettoentgelt gemäß § 5 Nr. 3 beizubringen.
3. Besteht für die versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankentagegeldversicherung oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist die versicherte Person verpflichtet, die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
4. Die Beendigung des Arbeitsverhältnisses zwischen dem Versicherungsnehmer und der versicherten Person ist der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, unverzüglich anzuzeigen.
5. Verletzt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer / die versicherte Person die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers / der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer / die versicherte Person.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistung

1. Ist die Leistungspflicht der HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruchs durch die HanseMerkur, vertreten durch DR-WALTER GmbH, infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.

2. Von den Leistungen können die Kosten für Übersetzungen und die Kosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass auf Verlangen der versicherten Person Überweisungen in das Ausland vorgenommen werden oder besondere Überweisungsformen gewählt werden.

§ 9 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch.

§ 10 Aufrechnung

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

§ 11 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

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

UMFANG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

1. Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall

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

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

1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche, auch wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt,

1.2.1 auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadensersatz statt der Leistung;

1.2.2 wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nacherfüllung durchführen zu können;

1.2.3 wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;

1.2.4 auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung;

1.2.5 auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;

1.2.6 wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.

2. Vermögensschaden, Abhandenkommen von Sachen

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

2.1 Vermögensschäden, die weder durch Personen noch durch Sachschäden entstanden sind;

2.2 Schäden durch Abhandenkommen von Sachen; hierauf finden dann die Bestimmungen über Sachschäden Anwendung

3. Versichertes Risiko

3.1 Der Versicherungsschutz umfasst die gesetzliche Haftpflicht

3.1.1 aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken des Versicherungsnehmers,

3.1.2 aus Erhöhungen oder Erweiterungen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken. Dies gilt nicht für Risiken aus dem Halten oder Gebrauch von versicherungspflichtigen Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugen sowie für sonstige Risiken, die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen,

3.1.3 aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluss des Versicherungsvertrages neu entstehen (Vorsorgeversicherung) und die in Ziffer 4 näher geregelt sind.

3.2 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Erhöhungen des versicherten Risikos durch Änderung bestehender oder Erlass neuer Rechtsvorschriften. Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag jedoch unter den Voraussetzungen von Ziffer 21 kündigen.

4. Vorsorgeversicherung

4.1 Risiken, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages neu entstehen, sind im Rahmen des bestehenden Versicherungsvertrages sofort versichert.

4.1.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung des Versicherers jedes neue Risiko innerhalb eines Monats anzuzeigen. Die Aufforderung kann auch mit der Beitragsrechnung erfolgen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung. Tritt der Versicherungsfall ein, bevor das neue Risiko angezeigt wurde, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und zu einem Zeitpunkt hinzugekommen ist, zu dem die Anzeigefrist noch nicht verstrichen war.

4.1.2 Der Versicherer ist berechtigt, für das neue Risiko einen angemessenen Beitrag zu verlangen. Kommt eine Einigung über die Höhe dieses Beitrages innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige nicht zustande, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.

4.2 Der Versicherungsschutz für neue Risiken ist von ihrer Entstehung bis zur Einigung im Sinne von Ziffer 4.1.2 auf den Betrag von 500.000 € für Personenschäden und 150.000 € für Sachschäden begrenzt.

4.3 Die Vorsorgeversicherung gilt nicht für Risiken

4.3.1 aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs, soweit diese Fahrzeuge der Zulassungs-, Führerschein- oder Versicherungspflicht unterliegen;

4.3.2 aus dem Eigentum, Besitz, Betrieb oder Führen von Bahnen;

4.3.3 die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen;

4.3.4 die kürzer als ein Jahr bestehen werden und deshalb im Rahmen von kurzfristigen Versicherungsverträgen zu versichern sind.

5. Leistungen der Versicherung / Vollmacht des Versicherers

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

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

5.2 Der Versicherer ist bevollmächtigt, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.

5.3 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadensereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.

5.4 Erlangt der Versicherungsnehmer oder ein Mitversicherer das Recht, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist der Versicherer zur Ausübung dieses Rechts bevollmächtigt.

6. Begrenzung der Leistungen

6.1 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt.

6.2 Sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, sind die Entschädigungsleistungen des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres auf das Zweifache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

6.3 Mehrere während der Wirksamkeit der Versicherung eintretende Versicherungsfälle gelten als ein Versicherungsfall, der im Zeitpunkt des ersten dieser Versicherungsfälle eingetreten ist, wenn diese

- auf derselben Ursache,
- auf gleichen Ursachen mit innerem, insbesondere sachlichem und zeitlichem, Zusammenhang oder

- auf der Lieferung von Waren mit gleichen Mängeln beruhen.

6.4 Falls besonders vereinbart, beteiligt sich der Versicherungsnehmer bei jedem Versicherungsfall mit einem im Versicherungsschein festgelegten Betrag an der Schadensersatzleistung (Selbstbehalt). Soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, ist der Versicherer auch in diesen Fällen zur Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche verpflichtet.

6.5 Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die Versicherungssummen angerechnet.

6.6 Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe dieser Ansprüche.

6.7 Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet.

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

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

7. Ausschlüsse

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

7.1 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.

7.2 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden dadurch verursacht haben, dass sie in Kenntnis von deren Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit

- Erzeugnisse in den Verkehr gebracht oder
- Arbeiten oder sonstige Leistungen erbracht haben.

7.3 Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.

7.4 Haftpflichtansprüche

7.4.1 des Versicherungsnehmers selbst oder der in Ziffer 7.5 benannten Personen gegen die Mitversicherten,

7.4.2 zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Versicherungsvertrages,

7.4.3 zwischen mehreren Mitversicherten desselben Versicherungsvertrages.

Die vorstehenden Ausschlüsse erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.

7.5 Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer

7.5.1 aus Schadenfällen seiner Angehörigen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören. Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).

7.5.2 von seinen gesetzlichen Vertretern oder Betreuern, wenn der Versicherungsnehmer eine geschäftsunfähige, beschränkt geschäftsfähige oder betreute Person ist;

7.5.3 von seinen gesetzlichen Vertretern, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts oder ein nicht rechtsfähiger Verein ist;

7.5.4 von seinen unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist;

7.5.5 von seinen Partnern, wenn der Versicherungsnehmer eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist;

7.5.6 von seinen Liquidatoren, Zwangs- und Insolvenzverwaltern.

7.5.7 Die Ausschlüsse unter Ziffer 7.5.2 bis 7.5.6 erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.

7.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.

Sind die Voraussetzungen des Ausschlusses in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.

7.7 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn

7.7.1 die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmer an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;

7.7.2. die Schäden dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dgl.) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;

7.7.3 die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers entstanden sind und sich diese Sachen oder – sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt – deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte.

Sind die Voraussetzungen der vorstehenden Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.

7.8 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an vom Versicherungsnehmer hergestellten oder gelieferten Sachen, Arbeiten oder sonstigen Leistungen infolge einer in der Herstellung, Lieferung oder Leistung liegenden Ursache und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden. Dies gilt auch dann, wenn die Schadenursache in einem mangelhaften Einzelteil der Sache oder in einer mangelhaften Teilleistung liegt und zur Beschädigung oder Vernichtung der Sache oder Leistung führt. Dieser Ausschluss findet auch dann Anwendung, wenn Dritte im Auftrag oder für Rechnung des Versicherungsnehmers die Herstellung oder Lieferung der Sachen oder die Arbeiten oder sonstigen Leistungen übernommen haben.

7.9 Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII sind jedoch mitversichert.

7.10 Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung. Darunter fallen auch Schäden hervorgerufen durch Brand und / oder Explosion. Dieser Ausschluss gilt nicht

a) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken;

b) für Schäden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftpflicht). Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Schäden durch Umwelteinwirkung, die aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von

- Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen);
- Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (Umwelt HG-Anlagen);
- Anlagen, die dem Umweltschutz dienen und den Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht

unterliegen;

- Abwasseranlagen oder Teilen resultieren, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.

7.11 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind.

7.12 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. Strahlen von radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen).

7.13 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die zurückzuführen sind auf

7.13.1 gentechnische Arbeiten,

7.13.2 gentechnisch veränderte Organismen (GVO),

7.13.3 Erzeugnisse, die

- Bestandteile aus GVO enthalten,
- aus oder mit Hilfe von GVO hergestellt wurden.

7.14 Haftpflichtansprüche aus Sachschäden, welche entstehen durch

7.14.1 Abwässer, soweit es sich nicht um häusliche Abwässer handelt,

7.14.2 Senkungen von Grundstücken oder Erdrutschungen,

7.14.3 Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer.

7.15 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, soweit es sich handelt um Schäden aus

7.15.1 Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten,

7.15.2 Nichterfassen oder fehlerhaftem Speichern von Daten,

7.15.3 Störung des Zugangs zum elektronischen Datenaustausch,

7.15.4 Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen.

7.16 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Persönlichkeits- oder Namensrechtsverletzungen.

7.17 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Anfeindung, Schikane, Belästigung, Ungleichbehandlung oder sonstigen Diskriminierungen.

7.18 Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers resultieren. Das Gleiche gilt für Sachschäden, die durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind. In beiden Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.

BEGINN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES / BEITRAGSZAHLUNG

8. Beginn des Versicherungsschutzes / Beitrag und Versicherungssteuer

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

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

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

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

Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

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

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

10. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

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

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

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

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

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

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

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

11. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

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 nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

12. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

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

Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

13. Beitragsregulierung

13.1 Der Versicherungsnehmer hat nach Aufforderung mitzuteilen, ob und welche Änderungen des versicherten Risikos gegenüber den früheren Angaben eingetreten sind. Diese Aufforderung kann auch durch einen Hinweis

auf der Beitragsrechnung erfolgen. Die Angaben sind innerhalb eines Monats nach Zugang der Aufforderung zu machen und auf Wunsch des Versicherers nachzuweisen. Bei unrichtigen Angaben zum Nachteil des Versicherers kann dieser vom Versicherungsnehmer eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschiedes verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass ihn an der Unrichtigkeit der Angaben kein Verschulden trifft.

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

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

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

14. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

15. Beitragsangleichung

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

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

Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

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

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

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

DAUER UND ENDE DES VERSICHERUNGSVERTRAGES / KÜNDIGUNG

16. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages

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

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

16.3 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Versicherungsvertrag, ohne dass es einer

Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

16.4 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsvertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

17. Wegfall des versicherten Risikos

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

18. Kündigung nach Beitragsangleichung

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

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

19. Kündigung nach Versicherungsfall

19.1 Der Versicherungsvertrag kann gekündigt werden, wenn

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

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

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

20. Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen

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

20.2 Das Versicherungsverhältnis kann in diesem Falle

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

20.3 Das Kündigungsrecht erlischt, wenn

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

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

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

Versicherungsvertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.

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

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

21. Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften

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

22. Mehrfachversicherung

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

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

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

OBLIEGENHEITEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

23. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

23.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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

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

23.2 Rücktritt

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

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

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

23.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

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

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

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

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

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

23.4 Erlöschen der Rechte des Versicherers

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

23.5 Anfechtung

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

24. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

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

25. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

25.2 Der Versicherungsnehmer muss nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens sorgen. Weisungen des Versicherers sind dabei zu befolgen, soweit es für den Versicherungsnehmer zumutbar ist. Er hat dem Versicherer ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten und ihn bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen. Alle Umstände, die nach Ansicht des Versicherers für die Bearbeitung des Schadens wichtig sind, müssen mitgeteilt sowie alle dafür angeforderten Schriftstücke übersandt werden.

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

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

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

26. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

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

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

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

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

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

WEITERE BESTIMMUNGEN

27. Mitversicherte

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

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

28. Abtretungsverbot

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

29. Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

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

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

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

30. Verjährung

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

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

31. Zuständiges Gericht

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

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

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

32. Anzuwendendes Recht

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

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

§ 1 Der Versicherungsfall

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

II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

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

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

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

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

I.

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

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

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

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

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

4. Unfälle des Versicherten

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

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

c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

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

II.

1. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

2. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch 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 Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

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

§ 3 Nicht versicherbare Personen

I. Nicht versicherbar sind Personen, die auf Dauer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen. Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in die Pflegestufe II (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 14.06.1996) eingestuft sind.

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

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

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

I.

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

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

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

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

II.

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

2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn

- a) der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat;
- b) der Versicherungsnehmer im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

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

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

III.

1. Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in 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 der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

VII. Die Rechte des Versicherers nach den Ziffern II. bis IV. erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt hat.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte

I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 5 I. zahlt.

II. Der Vertrag kann beendet werden durch Kündigung in Schriftform eines der Vertragspartner

1. zum Ablauf der vereinbarten Dauer. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;

2. zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als drei Jahren vereinbart wurde. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des dritten oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein;

3. wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird. Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

IV. Der Versicherungsschutz für die versicherte Person tritt außer Kraft, sobald der Versicherte Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

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

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

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

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

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

III.

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

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

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

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

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

5. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug – es

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

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

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

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

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

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

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

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

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

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

II.

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

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

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

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

§ 7 Die Leistungsarten

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

I. Invaliditätsleistung

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

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

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

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

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

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

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

d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach 2. ergeben, 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 Unfalltage 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 Unfalltage 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 Unfalls zu erfüllende Obliegenheit nach § 9 oder eine in den vereinbarten Besonderen Bedingungen genannte Obliegenheit vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

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

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

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

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

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

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

Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

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

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

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

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

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

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

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

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

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

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

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

§ 14 Verjährung

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

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

§ 15 Gerichtsstände

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

gewöhnlichen Aufenthalt hat.

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

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

IV. Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Allgemeine Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck der Dialog Versicherung AG (AVB Reisegepäck 2008)

1 Welche Sachen und Personen sind versichert?

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

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

1.2 Als Reisegepäck gelten sämtliche Sachen des persönlichen Reisebedarfs, die während einer Reise mitgeführt, am Körper oder in der Kleidung getragen oder durch ein übliches Transportmittel befördert werden. Als Reisegepäck gelten auch Geschenke und Reiseandenken, die auf der Reise erworben werden. Gegenstände, die üblicherweise nur zu beruflichen Zwecken mitgeführt werden, sind nur gemäß besonderer Vereinbarung versichert.

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

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

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

1.4.1 bestimmungsgemäß getragen bzw. benutzt werden oder

1.4.2 in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden oder

1.4.3 einem Beherbergungsbetrieb zur Aufbewahrung übergeben sind oder

1.4.4 sich in einem ordnungsgemäß verschlossenen Raum eines Gebäudes, eines Passagierschiffes oder in einer bewachten Garderobe befinden; Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall jedoch nur, solange sie außerdem in einem verschlossenem Behältnis untergebracht sind, das erhöhte Sicherheit auch gegen die Wegnahme des Behältnisses selbst bietet.

Pelze, Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör sind auch dann versichert, wenn sie in ordnungsgemäß verschlossenen, nicht einsehbaren Behältnissen einem Beförderungsunternehmen oder einer Gepäckaufbewahrung übergeben sind.

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

2 Welche Gefahren und Schäden sind versichert?

Versicherungsschutz besteht

2.1 wenn versicherte Sachen abhanden kommen, zerstört oder beschädigt werden, während sich das Reisegepäck im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens, Beherbergungsbetriebs, Gepäckträgers oder einer Gepäckaufbewahrung befindet;

2.2 während der übrigen Reisezeit für die in Ziffer 2.1 genannten Schäden durch

2.2.1 Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung, Mut- oder Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung);

2.2.2 Verlieren – hierzu zählen nicht Liegen-, Stehen- oder Hängen lassen – bis zur Entschädigungsgrenze in Ziffer 4.2;

2.2.3 Transportmittelunfall oder Unfall eines Versicherten;

2.2.4 bestimmungswidrig einwirkendes Wasser, einschließlich Regen und Schnee;

2.2.5 Sturm, Brand, Blitzschlag oder Explosion;

2.2.6 höhere Gewalt;

2.3 wenn Reisegepäck nicht fristgerecht ausgeliefert wird (den Bestimmungsort nicht am selben Tag wie Sie oder andere Versicherte erreicht). Ersetzt werden die nachgewiesenen Aufwendungen für Ersatzkäufe bis zu 10 % der Versicherungssumme; höchstens 400 € je Versicherungsfall.

3 Welche Gefahren und Schäden sind nicht versichert?

3.1 Ausgeschlossen sind die Gefahren

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

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

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

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

3.1.5 der Kernenergie oder sonstiger ionisierender Strahlung.)*

*) Der Ersatz von Schäden durch Kernenergie richtet sich in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Atomgesetz. Die Betreiber von Kernanlagen sind zur Deckungsvorsorge verpflichtet und schließen hierfür u. a. Haftpflichtversicherungen ab.

3.2 Wir leisten keinen Ersatz für Schäden, die

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

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

4 Für welche Sachen und Schäden ist die Ersatzpflicht begrenzt?

4.1 Schäden an Pelzen, Schmucksachen und Gegenständen aus Edelmetall sowie an Foto-, Filmapparaten und tragbaren Videosystemen jeweils mit Zubehör (Ziffer 1.4) werden je Versicherungsfall insgesamt mit höchstens 50 % der Versicherungssumme ersetzt. Ziffern 5.1.3 und 5.2 Satz 2 bleiben unberührt.

4.2 Schäden

4.2.1 durch Verlieren (Ziffer 2.2.2),

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

5 Wie ist der Versicherungsschutz in Kraftfahrzeugen und Wassersportfahrzeugen geregelt?

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Es besteht Versicherungsschutz im unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeug gegen Diebstahl, Einbruchdiebstahl sowie Mut- und Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung) nur, solange sich die Sachen in einem fest umschlossenen und durch Sicherheitsschloss gesicherten Innenraum (Kajüte, Backkiste o. ä.) des Wassersportfahrzeuges befinden. Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall sowie Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör, sind im unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeug nicht versichert.

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

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

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

6.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

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

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

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

6.2 Rücktritt

6.2.1 Voraussetzungen des Rücktritts

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

6.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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

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

6.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

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

6.3 Kündigung

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

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

6.4 Rückwirkende Vertragsänderung

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

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen. In unserer Mitteilung haben wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hinzuweisen.

6.5 Ausübung unserer Rechte

Wir müssen die uns nach Ziffern 6.2 bis 6.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Wir haben die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen; wir dürfen nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Uns stehen die Rechte nach den Ziffern 6.2 bis 6.4 nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir können uns auf die in den Ziffern 6.2 bis 6.4 genannten Rechte nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige gekannt haben.

6.6 Erlöschen unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt (Ziffer 6.2), zur Kündigung (Ziffer 6.3) und zur Vertragsänderung (Ziffer 6.4) erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn Sie oder Ihre Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

6.7 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

7 Was haben Sie bei einer Gefahrerhöhung zubeachten

7.1 Begriff der Gefahrerhöhung

7.1.1 Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung die tatsächlich vorhandenen Umstände so verändert werden, dass der Eintritt des Versicherungsfalles oder eine Vergrößerung des Schadens oder unsere ungerechtfertigte Inanspruchnahme wahrscheinlicher wird.

7.1.2 Eine Gefahrerhöhung kann insbesondere – aber nicht nur – vorliegen, wenn sich ein gefahrerheblicher Umstand ändert, nach dem wir vor Vertragsschluss in Textform gefragt haben.

7.1.3 Eine Gefahrerhöhung nach Ziffer 7.1.1 liegt nicht vor, wenn sich die Gefahr nur unerheblich erhöht hat oder nach den Umständen als mitversichert gelten soll.

7.2 Pflichten von Ihnen und anderen Versicherten

7.2.1 Nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung dürfen weder Sie, noch andere Versicherte ohne unsere vorherige Zustimmung eine Gefahrerhöhung vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten.

7.2.2 Erkennen Sie oder ein anderer Versicherter nachträglich, dass ohne unsere vorherige Zustimmung eine Gefahrerhöhung vorgenommen oder gestattet wurde, so müssen Sie oder ein anderer Versicherter uns dies unverzüglich anzeigen.

7.2.3 Eine Gefahrerhöhung, die nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung unabhängig von Ihrem Willen eintritt, müssen Sie oder ein anderer Versicherter uns unverzüglich anzeigen, nachdem Sie bzw. ein anderer Versicherter davon Kenntnis erlangt haben.

7.3 Kündigung oder Vertragsänderung durch uns

7.3.1 Unser Kündigungsrecht

Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter die Verpflichtung nach Ziffer 7.2.1, können wir den Vertrag fristlos kündigen, wenn Sie oder ein anderer Versicherter die Verpflichtung vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt haben.

Beruhet die Verletzung auf einfacher Fahrlässigkeit, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wird uns eine Gefahrerhöhung in den Fällen nach Ziffer 7.2.2 und 7.2.3 bekannt, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

7.3.2 Vertragsänderung

Statt der Kündigung können wir ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden erhöhten Beitrag verlangen oder die Absicherung der höheren Gefahr ausschließen. Erhöht sich in diesem Fall der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Absicherung der höheren Gefahr aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In unserer Mitteilung haben wir Sie auf dieses Kündigungsrecht hinzuweisen.

7.4 Erlöschen unserer Rechte

Unsere Rechte zur Kündigung oder Vertragsänderung nach Ziffer 7.3 erlöschen, wenn wir diese nicht innerhalb eines Monats ab unserer Kenntnis von der Gefahrerhöhung ausüben oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Gefahrerhöhung bestanden hat.

7.5 Leistungsfreiheit wegen Gefahrerhöhung

7.5.1 Tritt nach einer Gefahrerhöhung der Versicherungsfall ein, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn Sie oder ein anderer Versicherter die Pflichten nach Ziffer 7.2.1 vorsätzlich verletzt haben.

Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter diese Pflichten grob fahrlässig, so sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie oder ein anderer Versicherter zu beweisen.

7.5.2 Bei einer Gefahrerhöhung nach Ziffer 7.2.2 und 7.2.3 sind wir bei vorsätzlicher Verletzung Ihrer Pflichten nicht zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu dem uns die Anzeige hätte zugegangen sein müssen. Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter die Pflichten grob fahrlässig, so gelten Ziffer 7.5.1 Satz 2 und 3 entsprechend. Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn uns die Gefahrerhöhung zu dem in Satz 1 genannten Zeitpunkt bekannt war.

7.5.3 Unsere Leistungspflicht bleibt ferner bestehen,

7.5.3.1 soweit Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, dass die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistungspflicht war oder

7.5.3.2 wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für unsere Kündigung abgelaufen war und wir nicht gekündigt haben oder

7.5.3.3 wenn wir statt der Kündigung ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen entsprechenden erhöhten Beitrag verlangt haben.

8 Was gilt hinsichtlich Beginn, Ende und zum Geltungsbereich des Versicherungsschutzes?

8.1 Innerhalb der vereinbarten Laufzeit des Vertrages beginnt der Versicherungsschutz mit dem Zeitpunkt, an dem zum Zwecke des unverzüglichen Antritts der Reise versicherte Sachen aus Ihrer ständigen Wohnung entfernt werden, und endet, sobald die versicherten Sachen dort wieder eintreffen. Wird bei Reisen im Kraftfahrzeug das Reisegepäck nicht unverzüglich nach der Ankunft vor der ständigen Wohnung entladen, so endet der Versicherungsschutz bereits mit dieser Ankunft.

8.2 Bei Versicherungsverträgen von weniger als einjähriger Dauer verlängert sich der Versicherungsschutz über die vereinbarte Laufzeit hinaus bis zum Ende der Reise, wenn sich diese aus von Ihnen sowie anderen Versicherten nicht zu vertretenden Gründen verzögert und Sie sowie andere Versicherte nicht in der Lage sind, eine Verlängerung zu beantragen.

8.3 Die Versicherung gilt für den vereinbarten Bereich.

8.4 Fahrten, Gänge und Aufenthalte innerhalb Ihres ständigen Wohnorts gelten nicht als Reisen.

9 Wie sollen Sie die Versicherungssumme bemessen; was ist der Versicherungswert?

9.1 Die Versicherungssumme soll dem Versicherungswert des gesamten versicherten Reisegepäcks gemäß Ziffer 1 entsprechen. Auf der Reise erworbene Geschenke und Reiseandenken bleiben unberücksichtigt.

9.2 Als Versicherungswert gilt derjenige Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte an Ihrem ständigen Wohnort anzuschaffen, abzüglich eines dem Zustand der versicherten Sachen (Alter, Abnutzung, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages (Zeitwert).

10 Was ist zur Beitragszahlung sowie zur Dauer des Vertrages zu beachten?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2.1 zahlen.

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung zum ersten oder einmaligen Beitrag

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

10.2.2 Verzug

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, geraten Sie 30 Tage nach Ablauf der in Ziffer 10.2.1 genannten Frist und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

10.2.3 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen weder Sie, noch ein anderer Versicherter den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.2.4 Rücktritt

Zahlen weder Sie, noch ein anderer Versicherter den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.3 Fälligkeit und Folgen verspäteter Zahlung eines Folgebeitrages

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Ein Folgebeitrag wird zu dem vereinbarten Zeitpunkt der jeweiligen Versicherungsperiode fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraumes bewirkt ist.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

10.3.2 Zahlungsaufforderung

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss (Mahnung). Die Mahnung ist nur wirksam, wenn wir die rückständigen Beträge des Beitrages, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und außerdem auf die Rechtsfolgen – Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht – aufgrund der nicht fristgerechten Zahlung hinweisen.

10.3.3 Wegfall des Versicherungsschutzes

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz (Leistungsfreiheit), wenn wir Sie mit unserer Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 hierauf hingewiesen haben.

10.3.4 Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 hierauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie nach Erhalt unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist nach Ziffer 10.3.2 und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

10.4 Lastschrift

10.4.1 Ihre Pflichten

Ist zur Einziehung des Beitrages das Lastschriftverfahren vereinbart worden, haben Sie zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages für eine ausreichende Deckung Ihres Kontos zu sorgen.

10.4.2 Änderung des Zahlungsweges

Haben Sie es zu vertreten, dass ein oder mehrere Beiträge, trotz wiederholtem Einziehungsversuch, nicht eingezogen werden können, sind wir berechtigt, die Lastschriftvereinbarung in Textform zu kündigen. Wir haben in der Kündigung darauf hinzuweisen, dass Sie verpflichtet sind, den ausstehenden Beitrag und zukünftige Beiträge selbst zu übermitteln. Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

10.5 Ratenzahlung

Ist Ratenzahlung vereinbart, so gelten die ausstehenden Raten bis zu den vereinbarten Zahlungsterminen als gestundet.

Die gestundeten Raten der laufenden Versicherungsperiode werden sofort fällig, wenn Sie mit einer Rate ganz oder teilweise in Verzug geraten oder wenn eine Entschädigung fällig wird.

10.6 Vertragsdauer

10.6.1 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.6.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.

10.6.3 Vertragsbeendigung

10.6.3.1 Vertragsdauer von weniger als einem Jahr

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

10.6.3.2 Kündigung bei mehrjährigen Verträgen

Der Vertrag kann bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren von Ihnen zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Die Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres in Schriftform zugehen.

10.6.4 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

10.6.4.1 Allgemeiner Grundsatz

Im Fall der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht uns für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil des Beitrages zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

10.6.4.2 Beitrag bei Widerruf

Üben Sie Ihr Recht aus, Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen zu widerrufen, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages zu erstatten. Voraussetzung ist, dass wir in der Belehrung über das Widerrufsrecht, über die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Ist die Belehrung nach Satz 2 unterblieben, haben wir zusätzlich den für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beitrag zu erstatten; dies gilt jedoch nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

10.6.4.3 Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf und Rücktritt

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen einer Anzeigepflichtverletzung (Ziffer 6.2) oder durch Anfechtung durch uns wegen arglistiger Täuschung (Ziffer 6.7) beendet, steht uns der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

Treten wir nach Ziffer 10.2.4 wegen nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrages zurück, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

11 Was wird von uns ersetzt; was gilt bei Unterversicherung?

11.1 Wir ersetzen

11.1.1 für zerstörte oder abhanden gekommene Sachen ihren Versicherungswert zur Zeit des Schadeneintritts;

11.1.2 für beschädigte reparaturfähige Sachen die notwendigen Reparaturkosten und gegebenenfalls eine bleibende Wertminderung, höchstens jedoch den Versicherungswert;

11.1.3 für Filme, Bild-, Ton- und Datenträger nur den Materialwert;

11.1.4 für die Wiederbeschaffung von Personal-Ausweisen, Reisepässen, Kraftfahrzeug-Papieren und sonstigen Ausweispapieren die amtlichen Gebühren.

11.2 Vermögensfolgeschäden werden nicht ersetzt.

11.3 Ist die Versicherungssumme gemäß Ziffer 9 bei Eintritt des Versicherungsfalles niedriger als der Versicherungswert (Unterversicherung), so haften wir nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zum Versicherungswert.

12 Wann liegt Überversicherung vor und was gilt für diesen Fall?

12.1 Übersteigt die Versicherungssumme den Wert der versicherten Sachen, so können sowohl Sie, als auch wir verlangen, dass zur Beseitigung der Überversicherung die Versicherungssumme mit sofortiger Wirkung herabgesetzt wird.

12.2 Von diesem Zeitpunkt an ist für die Höhe des Beitrages der Betrag maßgebend, den wir berechnet haben würden, wenn der Vertrag von vornherein mit dem neuen Inhalt geschlossen worden wäre.

12.3 Haben Sie eine Überversicherung in der Absicht geschlossen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig. Uns steht in diesen Fällen der Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zu, zu dem wir von den die Nichtigkeit begründenden Umständen Kenntnis erlangt haben. Unsere etwaigen Schadensersatzansprüche bleiben unberührt.

13 Was ist Mehrfachversicherung und was gilt hierzu?

13.1 Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn ein Interesse gegen dieselbe Gefahr in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist und entweder die Versicherungssummen zusammen den Versicherungswert übersteigen oder aus anderen Gründen die Summe der Entschädigungen, die von jedem Versicherer ohne Bestehen der anderen Versicherungen zu zahlen wäre, den Gesamtschaden übersteigt.

13.2 Wenn die Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass Sie dies wussten, können Sie die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.

Sie können auch verlangen, dass die Versicherungssumme auf den Betrag herabgesetzt wird, der durch die früher geschlossene Versicherung nicht gedeckt ist. In diesem Fall ist der Beitrag entsprechend zu mindern.

13.3 Das Recht auf Aufhebung oder Herabsetzung erlischt, wenn Sie es nicht innerhalb eines Monats geltend machen, nach dem Sie von der Mehrfachversicherung Kenntnis erlangt haben. Die Aufhebung oder Herabsetzung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem uns die Erklärung, mit der sie verlangt wird zugeht.

13.4 Haben Sie eine Mehrfachversicherung in der Absicht abgeschlossen, sich dadurch einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen, ist jeder in dieser Absicht geschlossene Vertrag nichtig. In diesem Fall haben wir auf den Beitrag Anspruch, der auf den Zeitraum bis zu unserer Kenntniserlangung von den die Nichtigkeit begründenden Umständen entfällt.

14 Welche Obliegenheiten müssen Sie und die anderen Versicherten einhalten; was sind die Folgen, wenn dagegen verstoßen wird?

14.1 Sie oder ein anderer Versicherter haben

14.1.1 uns jeden Schadenfall unverzüglich anzuzeigen;

14.1.2 Schäden nach Möglichkeit abzuwenden und zu mindern, insbesondere Ersatzansprüche gegen Dritte (z. B. Bahn, Post, Reederei, Fluggesellschaft, Gastwirt) form- und fristgerecht geltend zu machen oder auf andere Weise sicherzustellen und unsere Weisungen zu beachten;

14.1.3 alles zu tun, was zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sein kann. Sie oder ein anderer Versicherter haben alle Belege, die den Entschädigungsanspruch nach Grund und Höhe beweisen, einzureichen, soweit ihre Beschaffung Ihnen bzw. dem anderen Versicherten billigerweise zugemutet werden kann, sowie auf Verlangen ein Verzeichnis über alle bei Eintritt des Schadens gemäß Ziffer 1 versicherten Sachen vorzulegen.

14.2 Schäden, die im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens (einschließlich Schäden durch nicht fristgerechte Auslieferung gemäß Ziffer 2.3) oder eines Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, müssen von Ihnen bzw. einem anderen Versicherten diesen unverzüglich gemeldet werden. Uns ist hierüber eine Bescheinigung einzureichen. Bei äußerlich nicht erkennbaren Schäden ist das Beförderungsunternehmen unverzüglich nach der Entdeckung aufzufordern, den Schaden zu besichtigen und zu bescheinigen. Hierbei sind die jeweiligen Reklamationsfristen zu berücksichtigen.

14.3 Schäden durch strafbare Handlungen (z. B. Diebstahl, Raub, vorsätzliche Sachbeschädigung) sind außerdem von Ihnen oder einem anderen Versicherten unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle unter Einreichung einer Liste aller in Verlust geratenen Sachen anzuzeigen. Sie bzw. ein anderer Versicherter haben sich dies polizeilich bescheinigen zu lassen. Bei Schäden durch Verlieren (Ziffer 2.2.2) haben Sie oder ein anderer Versicherter Nachforschungen beim Fundbüro anzustellen.

14.4 Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter vorsätzlich eine Obliegenheit, die bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber uns zu erfüllen ist, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens der Obliegenheitsverletzung entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen.

14.5 Außer im Falle der Arglist sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie oder ein anderer Versicherter nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

14.6 Verletzen Sie oder ein anderer Versicherter eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

15 In welchen Fällen kann es noch zum Wegfall der Entschädigungspflicht kommen?

15.1 Führen Sie oder ein anderer Versicherter den Schaden vorsätzlich herbei, so sind wir von der Entschädigungspflicht frei.

15.2 Führen Sie oder ein anderer Versicherter den Schaden grob fahrlässig herbei, so sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

15.3 Versuchen Sie oder ein anderer Versicherter uns arglistig über Tatsachen zu täuschen, die für den Grund oder die Höhe der Entschädigung von Bedeutung sind, so sind wir von der Entschädigungspflicht frei.

16 Wann ist die Entschädigung zu zahlen und ab wann zu verzinsen?

16.1 Fälligkeit der Entschädigung

Die Entschädigung wird fällig, wenn unsere Feststellungen zum Grunde und zur Höhe des Anspruchs abgeschlossen sind.

Sie können einen Monat nach Meldung des Schadens den Betrag als Abschlagszahlung beanspruchen, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.

16.2 Verzinsung

Für die Verzinsung gilt, soweit nicht aus einem anderen Rechtsgrund eine weitergehende Zinspflicht besteht:

16.2.1 Die Entschädigung ist – soweit sie nicht innerhalb eines Monats nach Meldung des Schadens geleistet wird – seit Anzeige des Schadens zu verzinsen.

16.2.2 Der Zinssatz liegt bei 4 %.

16.2.3 Die Zinsen werden zusammen mit der Entschädigung fällig.

16.3 Hemmung

Bei der Berechnung der Fristen gemäß Ziffer 16.2 ist der Zeitraum nicht zu berücksichtigen, in dem infolge Ihres Verschuldens oder des eines anderen Versicherten die Entschädigung nicht ermittelt oder nicht gezahlt werden kann.

16.4 Aufschiebung der Zahlung

Wir können die Zahlung aufschieben, solange

16.4.1 Zweifel an Ihrer Empfangsberechtigung bestehen;

16.4.2 ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren gegen Sie oder einen anderen Versicherten aus Anlass dieses Versicherungsfalles noch nicht abgeschlossen ist.

17 Wann, wie und zu welchem Zeitpunkt kann der Vertrag nach einem Versicherungsfall gekündigt werden?

17.1 Kündigungsrecht

Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles können Sie und wir den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist in Schriftform zu erklären. Sie muss der anderen Vertragspartei spätestens einen Monat nach Auszahlung oder Ablehnung der Entschädigung zugegangen sein.

17.2 Kündigung durch Sie

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

17.3 Kündigung durch uns

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

18 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

18.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

18.2 Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

18.3 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, zählt der Zeitraum vom Beginn der Verjährung bis zum Zugang unserer in Textform mitgeteilten Entscheidung bei Ihnen oder einem anderen Anspruchsteller bei der Fristberechnung nicht mit.

19 Was gilt hinsichtlich des Überganges von Ersatzansprüchen?

19.1 Übergang von Ersatzansprüchen

Steht Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf uns über, soweit wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, kann der Übergang nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

19.2 Obliegenheiten zur Sicherung von Ersatzansprüchen

Sie haben Ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren, und nach Übergang des Ersatzanspruchs auf uns bei dessen Durchsetzung durch uns soweit erforderlich mitzuwirken.

Verletzen Sie diese Obliegenheit vorsätzlich, sind wir zur Leistung in soweit nicht verpflichtet, als wir infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden

Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit tragen Sie.

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

20.1 Zu Ihren Erklärungen

Der Versicherungsvertreter (Vermittler) ist bevollmächtigt, von Ihnen abgegebene Erklärungen entgegenzunehmen betreffend:

20.1.1 den Abschluss bzw. den Widerruf eines Versicherungsvertrages,

20.1.2 ein bestehendes Versicherungsverhältnis einschließlich dessen Beendigung,

20.1.3 Anzeige- und Informationspflichten vor Abschluss des Vertrages und während des Versicherungsverhältnisses.

20.2 Zu unseren Erklärungen

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Ihnen die von uns ausgefertigten Versicherungsscheine oder deren Nachträge zu übermitteln.

20.3 Zahlungen an den Versicherungsvertreter

Der Versicherungsvertreter gilt als bevollmächtigt, Zahlungen, die Sie im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrages an ihn leisten, anzunehmen. Eine Beschränkung dieser Vollmacht müssen Sie nur gegen sich gelten lassen, wenn Sie die Beschränkung bei der Vornahme der Zahlung kannten oder in Folge grober Fahrlässigkeit nicht kannten.

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

21.1 Form

Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind die für uns bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber uns erfolgen, in Textform abzugeben.

Erklärungen und Anzeigen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an unsere im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben unberührt.

21.2 Nichtanzeige einer Änderung der Anschrift oder des Namen

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an Ihre uns zu letzt bekannte Anschrift. Entsprechendes gilt bei einer uns nicht angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

22 Welches Gericht ist zuständig?

22.1 Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

22.2 Klagen gegen Sie

Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist eine juristische Person Versicherungsnehmer, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach deren Sitz oder deren Niederlassung. Das gleiche gilt, wenn eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft Versicherungsnehmer ist.

22.3 Unbekannter Wohnsitz oder Wohnsitz außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der

Schweiz

Ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit bei Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach unserem Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

23 Welches Recht ist anzuwenden?

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Reisegepäck- und Unfallversicherung der Dialog Versicherung AG MIA (2009)

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

I. ALLGEMEINES

1. Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

1. Versicherbar sind Mitarbeiter von Firmen mit Sitz in Deutschland und deren Familienangehörige bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (67. Geburtstag), die einen ständigen Wohnsitz in Deutschland haben und aus beruflichen Gründen für maximal 5 Jahre ins Ausland reisen oder von ihrem Arbeitgeber ins Ausland entsendet werden. Versicherbar sind ferner Mitarbeiter bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (67. Geburtstag), die normalerweise in Zweigstellen, Filialen, Tochterunternehmen und Beteiligungsgesellschaften außerhalb Deutschlands tätig sind – einschließlich deren Familienangehörige –, und aus beruflichen Gründen für 5 Jahre ins Ausland reisen oder von ihrem Arbeitgeber entsandt werden, sofern die jeweiligen Mitarbeiter nicht die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes haben.

Aus dem Ausland kommende Gäste, die das Unternehmen, sowie die Zweigstellen, Filialen und Tochterunternehmen sowie Beteiligungsgesellschaften für eine Dauer von maximal 31 Tagen besuchen, sind bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres (67. Geburtstag) ebenfalls versicherbar. Der Anteil der Reisezeiten ausländischer Gäste darf maximal 10 % der Gesamtreisetage betragen.

2. Als Familienangehörige gelten in häuslicher Gemeinschaft lebende Lebenspartner und Kinder, einschließlich Adoptiv-, Stief- und Pflegekinder bis zum vollendeten 20. Lebensjahr (20. Geburtstag).

3. Als Ausland gilt das Staatsgebiet des Landes, in das der Mitarbeiter vom Arbeitgeber entsendet oder aus beruflichen Gründen vom Arbeitgeber geschickt wird und nicht seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

4. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die

a) dauernd pflegebedürftig sind sowie Geisteskranke;

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf;

b) eine Tätigkeit gegen Entgelt als Sportler ausüben.

2. Abschluss, Dauer und Beendigung des Vertrages

1. Der Versicherungsvertrag wird zwischen der Firma, die den Mitarbeiter ins Ausland entsendet oder aus beruflichen Gründen ins Ausland reisen lässt, als Versicherungsnehmer, und dem Versicherer, vertreten durch DR-WALTER GmbH, geschlossen.

2. Der Versicherungsvertrag muss vor Beginn des Auslandsaufenthaltes für dessen gesamte Dauer abgeschlossen werden. Die Höchstversicherungsdauer beträgt fünf Jahre. Eine Verlängerung hierüber hinaus ist nicht möglich.

3. Bei einer Verlängerung des Aufenthalts innerhalb der Höchstversicherungsdauer, kann die ursprünglich vereinbarte Vertragsdauer nur verlängert werden, wenn der Antrag auf Verlängerung vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrags bei dem Versicherer, vertreten durch DR-WALTER GmbH, vorgelegen hat und diese dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmt.

4. Ein Tarifwechsel ist nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers, vertreten durch DR-WALTER GmbH, möglich.

5. Der Versicherungsvertrag endet

a) zum vereinbarten Zeitpunkt;

b) mit dem Tod der jeweiligen versicherten Person;

c) mit der Beendigung der Auslandsreise bzw. der Entsendung;

- d) wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen, weil die versicherte Person dauerhaft im Ausland bleiben will;
- e) mit der Vollendung des 67. Lebensjahres;
- f) mit der Kündigung des Vertrags durch den Versicherungsnehmer.

6. Sind Versicherungsnehmer und die versicherte Person nicht identisch, wird eine vorzeitige Kündigung durch den Versicherungsnehmer nur wirksam, wenn die von der Kündigung betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben und der Versicherungsnehmer dieses entsprechend nachweist. Die betroffenen versicherten Personen haben das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung eines zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung hierüber ist innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Kündigung abzugeben.

3. Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes der versicherten Personen

1. Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Geschäftsreise bzw. für die Entsendung ins Ausland.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz der versicherten Person beginnt mit dem Antritt der Auslandsreise, nicht jedoch vor Zahlung der Prämie und nicht vor Zustandekommen des Gruppenvertrages. Wird der Gruppenvertrag erst nach Reisebeginn abgeschlossen, besteht Versicherungsschutz für diese Reise nur, wenn dies ausdrücklich gesondert zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer, vertreten durch DR-WALTER GmbH, vereinbart wurde. Anderenfalls besteht Versicherungsschutz nur für nachfolgende Reisen.

3. Ende

Der Versicherungsschutz endet auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle

- a) zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b) mit dem Tod der jeweiligen versicherten Person;
- c) mit der Beendigung der Auslandsreise bzw. der Entsendung;
- d) wenn die Voraussetzungen für einen vorübergehenden Auslandsaufenthalt entfallen;
- e) mit der Vollendung des 67. Lebensjahres;
- f) mit der Kündigung des Vertrages durch den Versicherungsnehmer;
- g) mit dem Ausscheiden des Mitarbeiters aus der Firma, die die versicherte Person ins Ausland entsendet hat.

II. PRIVATHAFTPFLICHTVERSICHERUNG

1. Versicherungssummen und Leistungsumfang

Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt in der Privathaftpflichtversicherung je Versicherter das Doppelte der Versicherungssumme. Die Versicherungssumme beträgt 3 Millionen € pauschal für Personen- und Sachschäden

2. Besondere Bedingungen für die Privathaftpflichtversicherung

2.1 versichertes Risiko

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

2.1.2 Ausgenommen sind die Gefahren

2.1.2.1 eines eigenen oder fremden Betriebes oder Gewerbes, eines Berufes, Dienstes oder Amtes (auch Ehrenamtes). Dies gilt nicht für ein berufsspezifisches Praktikum im Rahmen eines Studiums;

2.1.2.2 einer verantwortlichen Betätigung in Vereinigungen aller Art;

2.1.2.3 einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung.

2.2. Familie, Haushalt und Sport

Mitversichert ist Ihre gesetzliche Haftpflicht

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

2.2.2 als Dienstherr der in seinem Haushalt tätigen Personen;

2.2.3 als Radfahrer;

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

2.3. Kraft-, Luft- und Wasserfahrzeuge

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

4. Mitversicherung von Mietsachschäden

4.1. Eingeschlossen ist – abweichend von Ziffer 7.6 der vereinbarten Allgemeinen Haftpflicht-Versicherungsbedingungen – Ihre gesetzliche Haftpflicht wegen Sachschäden und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden die entstehen an gemieteten Gebäuden, Wohnräumen und sonstigen zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden.

4.2. Ausgeschlossen sind

4.2.1 Haftpflichtansprüche wegen

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

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

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

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

5. Subsidiärdeckung

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

III. UNFALLVERSICHERUNG

1. Leistungsumfang

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

2. Versicherungssummen

Die Versicherungssummen betragen je Person:

	S	M	L
Invalidität	30.000 €	100.000 €	200.000 €
Progression	225 %	225 %	225 %

Tod	10.000 €	20.000 €	50.000 €
Bergungskosten	25.000 €	25.000 €	25.000 €
Kosm. OP	- €	5.000 €	10.000 €

3. Invaliditätsstaffel

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225 % – sofern vereinbart

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

Invaliditätsgrad in % / Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme

Tabelle zur Leistungsberechnung:

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
43 / 61	62 / 111	81 / 168	100 / 225

IV. REISEGEPÄCKVERSICHERUNG

1. Leistungsumfang

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

2. Versicherungssummen

Die Versicherungssummen betragen je Person:

--	--	--	--

	S	M	L
Versicherungssumme	2.000 €	4.000 €	6.000 €

3. Laptops

Laptops sind im Rahmen der Versicherungshöchstgrenzen mitversichert.

Widerrufsbelehrung

1. Widerrufsrecht

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

HanseMercur Reiseversicherung AG,
Dialog Versicherung AG,
c/o DR-WALTER GmbH
Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

T +49 (0) 22 47 91 94 -0
F +49 (0) 22 47 91 94 -40
info@dr-walter.com

2. Widerrufsfolgen

Im Falle des wirksamen Widerrufs sind Sie an Ihren Vertrag nicht mehr gebunden. Für Versicherungsschutz, der vor Ende der Widerrufsfrist gewährt wurde, steht dem Versicherer der auf die Zeit bis Zugang des Widerrufs entfallende Teil des Beitrags zu. Darüber hinaus gezahlte Beiträge hat der Versicherer zu erstatten.

Für den Widerruf können Sie folgenden Text benutzen:

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

3. Besondere Hinweise

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

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.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 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 widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung verlangen. Einer Vorlage des Versicherungsscheins bedarf es nicht.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

(3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.

(4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

§ 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 VERSICHERUNGSAUFSICHTSGESETZ (VAG)

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwunderstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

AUSZUG AUS DEM STRAFGESETZBUCH (STGB)

§ 218a Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

(2) Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.

(3) Die Voraussetzungen des Absatzes 2 gelten bei einem Schwangerschaftsabbruch, der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommen wird, auch als erfüllt, wenn nach ärztlicher Erkenntnis an der Schwangeren eine rechtswidrige Tat nach den §§ 176 bis 179 des Strafgesetzbuches begangen worden ist, dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf der Tat beruht, und seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind.

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 2247 9194 -0
F +49 2247 9194 -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 2247 9194 -0 wenden.

Dienstleisterliste

Von der DR-WALTER GmbH beauftragte Dienstleister

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, • Barmenia Krankenversicherung AG, • Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG, • Techniker Krankenkasse, • BDAE Holding GmbH, • Foyer Santé S.A., • Globality S.A., • BD24 Berlin Direkt Versicherung AG, • Hallesche Krankenversicherung a. G.
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,	Beteiligte Stellen / Organisationen: Fallbezogene

Inkassomanagement, Vertretung vor Gericht	Einzelbeauftragung
Markt- und Meinungsforschungsunternehmen	
Übertragene Aufgaben: Kundenzufriedenheitsbefragungen, Markt- und Meinungsforschung	Beteiligte Stellen / Organisationen: <ul style="list-style-type: none">• TÜV NORD CERT GmbH,• eKomi Holding GmbH
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,• Trevedi IT-Consulting GmbH,• IBExpert GmbH,• NETGO GmbH,• DATEV eG,• i42 Informationsmanagement GmbH,• Air Doctor Ltd.,• enthus GmbH,• Telekom Deutschland GmbH,• mySolution Software & Consulting GmbH,• Pipedrive OÜ
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 GmbH,• bplusd Agenturgruppe GmbH,• Sistris GmbH,• KCS Internetlösungen Kröger GmbH,• Userlike UG,• aveta David Cürten,• consentmanager GmbH,• SIX Payment Services (Europe) S.A.,• OMQ GmbH,• Macaw Germany Cologne GmbH,• Flixcheck GmbH,• igrup Internetagentur GmbH & Co. KG
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 2247 9194 -0, www.dr-walter.com,
info@dr-walter.com