

P.U.R. KONZEPT

- Vertrags- und Kundeninformationen
- Versicherungsbedingungen

AachenMünchener Versicherung AG
AachenMünchener-Platz 1 • 52064 Aachen

Die Produkte der AachenMünchener
erhalten Sie exklusiv bei der



**Deutsche
Vermögensberatung**
Unternehmensgruppe

www.amv.de

Träume brauchen Sicherheit.



**Aachen
Münchener**

Inhaltsverzeichnis

Register P.U.R. KONZEPT	Seite	5
Produktbeschreibung	Seite	7
Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung und Pflegevorsorge	Seite	9
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung und Pflegevorsorge	Seite	21
 Register Allgemeine Informationen	 Seite	 23
Kundeninformationen	Seite	25
Liste der Dienstleister zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs-Erklärung	Seite	27
Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft	Seite	29

Register

P.U.R. KONZEPT

Produktbeschreibung zum P.U.R. KONZEPT

Bitte beachten Sie: Die Produktbeschreibung soll Ihnen einen ersten Überblick zu dieser Versicherung geben. Die folgenden Informationen sind daher nicht abschließend. Der gesamte Vertragsinhalt ergibt sich aus Ihrem Antrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen, die Sie auf den folgenden Seiten finden. Wir empfehlen Ihnen, die gesamten Vertragsbestimmungen sorgfältig zu lesen.

Welche Leistungen bietet Ihnen das P.U.R. KONZEPT?

Mit dem P.U.R. KONZEPT garantieren wir Ihnen zum vereinbarten Ablauftermin die Rückzahlung Ihres eingezahlten Einmalbeitrages. Die Rückzahlung erfolgt nach Ablauf der 12-jährigen Vertragslaufzeit als Kapital-Leistung. Bei schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit haben Sie Anspruch auf eine lebenslange Pflege-Rente. Diese Leistungen sind garantiert. Eine nicht garantierte Überschussbeteiligung kommt noch hinzu. Zusätzlich besteht Versicherungsschutz bei einer unfallbedingten Invalidität in Form einer Kapital-Leistung und einer lebenslangen Unfall-Rente.

Vertragsgrundlage sind die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung und Pflegevorsorge (UBR-Pflege 2013)

**Bedingung
UN 9012**

Kapital-Leistung	Ziffern 1 - 2
– Wir garantieren Ihnen zum vereinbarten Ablauftermin die Rückzahlung des Einmalbeitrags abzüglich der Versicherungsteuer von zurzeit 3,8 Prozent. Der Rückzahlungsanspruch ergibt sich, wenn aus dem Vertrag keine Rente wegen Pflegebedürftigkeit gezahlt wird.	Ziffer 2.1.1
– Verstirbt die versicherte Person vor dem vereinbarten Ablauftermin, zahlen wir den Einmalbeitrag, abzüglich der Versicherungsteuer und abzüglich 10 Prozent des Einmalbeitrages ohne Versicherungsteuer. Ist diese Leistung niedriger als der garantierte Auszahlungsbetrag zum Zeitpunkt des Todesfalls, zahlen wir diesen. Der Rückzahlungsanspruch erhöht sich zudem um die bereits erreichten Überschüsse.	Ziffer 2.2.1
– Verstirbt die versicherte Person während des Bezugs der Pflege-Rente, zahlen wir den Einmalbeitrag abzüglich der Versicherungsteuer, abzüglich 10 Prozent des Einmalbeitrages ohne Versicherungsteuer. Bereits gezahlte Pflege-Renten werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.	Ziffer 2.2.2
Renten-Leistung im Pflegefall	Ziffern 3 - 6
– Wird die versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig, zahlen wir bei Pflegestufe 2 oder 3 eine lebenslange monatliche Pflege-Rente.	Ziffer 3.1
Überschussbeteiligung	Ziffer 7
– Wir beteiligen Sie an den erwirtschafteten Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Zuteilung begünstigt die Höhe der Kapital-Leistungen oder der Pflege-Rente. Die Höhe der Überschussanteilsätze können wir Ihnen nicht garantieren.	Ziffer 7
Rückzahlungsansprüche	Ziffer 8
– Im Falle einer Kündigung erhalten Sie den garantierten Auszahlungsbetrag. Dieser kann sich durch eine Überschussbeteiligung noch erhöhen.	Ziffer 8.2
Leistungen der Unfallversicherung	Ziffern 12 - 17
Wir leisten eine	
– Invaliditätsleistung bei einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit ab 50 Prozent, mit doppelter Leistung ab 75 Prozent und dreifacher Leistung ab 90 Prozent;	Ziffer 13.1
– Unfall-Rente ab 50 Prozent Invalidität mit doppelter Leistung ab 75 Prozent und dreifacher Leistung ab 90 Prozent.	Ziffer 13.2
Krankheiten und Gebrechen werden nicht angerechnet, wenn sie zu weniger als 40 Prozent mitgewirkt haben.	Ziffer 14.2
Unfälle aufgrund von Herzinfarkt und Schlaganfällen sind mitversichert.	Ziffer 15.1.1
Vertragsdauer	Ziffern 18 - 24
Die Vertragsdauer beträgt 12 Jahre. Abweichend davon endet der Vertrag	
– bei Tod der versicherten Person;	Ziffer 20.1.2
– durch eine schriftliche Kündigung zum Ende eines Monats; die Kündigung muss uns spätestens einen Monat vor diesem Zeitpunkt zugegangen sein;	Ziffer 20.1.3
– wenn die Unfallversicherung vereinbarungsgemäß oder durch Kündigung vor dem vereinbarten Ablauftermin beendet wird.	Ziffer 20.1.4
Zahlen wir eine Pflege-Rente aus diesem Vertrag, ist eine Kündigung des Versicherungsvertrags nicht möglich.	Ziffer 20.2

UN 9012 - Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung und Pflegevorsorge (UBR-Pflege 2013)

Der Versicherungsumfang in der Kapitalversicherung

- 1 Was ist in der Kapitalversicherung versichert?
- 2 Wie hoch ist die Kapital-Leistung, wann wird sie ausgezahlt?
- 3 Welche Leistung erbringen wir bei schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit?
- 4 Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie wird diese eingestuft?
- 5 Was gilt bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung?
- 6 Wann stellen wir die Zahlung der Pflege-Rente ein und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?
- 7 Welche Überschussbeteiligung können Sie zusätzlich erwarten?
- 8 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistung erbringen wir?
- 9 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

Die Auszahlungen aus der Kapitalversicherung

- 10 Wer erhält die Auszahlung aus der Kapitalversicherung?
- 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein und was ist sonst im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Der Versicherungsumfang in der Unfallversicherung

- 12 Was ist in der Unfallversicherung versichert?
- 13 Welche Leistungsarten sind in der Unfallversicherung vereinbart?
- 14 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 15 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der Leistungsfall in der Unfallversicherung

- 16 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?
- 17 Wann sind die Leistungen in der Unfallversicherung fällig?

Die Vertragsdauer

- 18 Für welche Dauer wird der Vertrag abgeschlossen?
- 19 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- 20 Wann endet der Versicherungsvertrag?
- 21 Wann endet die Unfallversicherung?
- 22 Unter welchen Voraussetzungen kann die Unfallversicherung nach einem Versicherungsfall gekündigt werden?
- 23 Was geschieht, wenn die Unfallversicherung vor Vertragsende gekündigt wird?
- 24 Was geschieht bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

- 25 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Weitere Bestimmungen

- 26 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 27 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 28 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 29 Wo und wann erfüllen wir unsere Leistungsverpflichtungen und wann verjähren die Ansprüche aus Ihrem Vertrag?
- 30 Welches Gericht ist zuständig?
- 31 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
- 32 Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?
- 33 Welches Recht findet Anwendung?
- 34 Was bietet Ihnen die Verlängerungsoption?

Der Versicherungsumfang in der Kapitalversicherung

1 Was ist in der Kapitalversicherung versichert?

1.1 In der Kapitalversicherung zahlen wir eine garantierte einmalige Kapital-Leistung zum vereinbarten Ablauftermin oder vorher im Todesfall. Der Todesfall ist der Tod der versicherten Person.

1.2 Wird die versicherte Person während der Vertragslaufzeit pflegebedürftig, so leisten wir anstelle der Kapital-Leistung eine lebenslange Pflege-Rente.

2 Wie hoch ist die Kapital-Leistung, wann wird sie ausgezahlt?

2.1 Mit der Zahlung eines Einmalbeitrages erwerben Sie einen Rückzahlungsanspruch zum vereinbarten Ablauftermin, bei Pflegebedürftigkeit oder vorher im Todesfall. Die Höhe des Rückzahlungsanspruches der Kapital-Leistung und der Pflege-Rente nennen wir im Antrag und Versicherungsschein.

2.1.1 Kapital-Leistung zum vereinbarten Ablauftermin

Die Kapital-Leistung zahlen wir, wenn die versicherte Person den vereinbarten Ablauftermin erlebt und bis dahin keine Rente wegen schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit aus diesem Vertrag erhält.

2.1.2 Wird eine Pflege-Rente wegen schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit vor dem vereinbarten Ablauftermin erbracht, entfällt die Kapital-Leistung zum vereinbarten Ablauftermin. Stattdessen zahlen wir eine lebenslange Pflege-Rente.

2.2 Kapital-Leistung bei Tod der versicherten Person

2.2.1 Todesfall-Leistung, ohne dass eine Rente wegen schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit erbracht wurde.

Verstirbt die versicherte Person vor dem vereinbarten Ablauftermin, zahlen wir den eingezahlten Einmalbeitrag, abzüglich der gezahlten Versicherungssteuer und abzüglich 10 Prozent des Einmalbeitrages ohne Versicherungssteuer. Ist diese Leistung niedriger als der garantierte Auszahlungsbetrag (vgl. Ziffer 8.2), zahlen wir den garantierten Auszahlungsbetrag zum Zeitpunkt des Todesfalls. Ihr Rückzahlungsanspruch erhöht sich zudem um die bereits erreichten Überschüsse.

2.2.2 Todesfall-Leistung, wenn bereits eine Rente wegen schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit gezahlt wird.

Verstirbt die versicherte Person während des Bezugs der Pflege-Rente, zahlen wir den eingezahlten Einmalbeitrag abzüglich der Versicherungssteuer und abzüglich von 10 Prozent des Einmalbeitrages ohne Versicherungssteuer. Bereits gezahlte Pflege-Renten werden von dem Auszahlungsbetrag abgezogen.

2.3 Garantierter Rückzahlungsanspruch

Die Leistungen aus der Kapitalversicherung, die wir im Antrag oder im Versicherungsschein beschreiben, garantieren wir.

2.4 Leistungen aus der Unfallversicherung haben keine Auswirkung auf die Höhe der Kapital-Leistungen.

3 Welche Leistung erbringen wir bei schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit?

3.1 Wird die versicherte Person während der Dauer der Versicherung pflegebedürftig, zahlen wir eine

lebenslange monatliche Pflege-Rente in Höhe der

- vereinbarten Rente bei schwerster Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 3)

- 2/3 der vereinbarten Rente bei schwerer Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe 2)

3.2 Wann beginnt und wann endet unsere Leistungspflicht?

3.2.1 Sofern sich aus der nachstehenden Ziffer 3.2.2 kein späterer Beginn unserer Leistungspflicht ergibt, entsteht der Anspruch auf die Pflege-Rente mit Beginn des Monats, in dem die versicherte Person erstmals die Kriterien für die Pflegestufe 2 erfüllt. Die Leistungsvoraussetzungen sind in Ziffer 4 und 5 beschrieben.

3.2.2 Wird uns die Pflegebedürftigkeit später als ein Jahr nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Pflege-Rente grundsätzlich erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Wir leisten aber für einen Zeitraum von bis zu einem Jahr rückwirkend – gerechnet ab dem Monat der Meldung – für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit. Wird uns nachgewiesen, dass die rechtzeitige Mitteilung ohne Verschulden unterblieben ist, werden wir rückwirkend ab Beginn des Monats des Eintritts der Pflegebedürftigkeit leisten.

Ist der Vertrag zum Zeitpunkt der Anzeige gekündigt, besteht kein Anspruch auf eine Pflege-Rente.

3.2.3 Der Anspruch auf eine Erhöhung der Pflege-Rente wegen einer höheren Pflegestufe entsteht grundsätzlich mit Beginn des Monats, der auf die Feststellung der höheren Pflegestufe folgt. Ziffer 3.2.2 gilt entsprechend.

3.2.4 Eine Absenkung der Pflegestufe (z. B. von Pflegestufe 3 in Pflegestufe 2 bzw. Pflegestufe 1 oder von Pflegestufe 2 in Pflegestufe 1) hat keine Auswirkung auf die Höhe der monatlichen Pflege-Rente.

3.2.5 Der Anspruch auf Pflege-Rente erlischt zum Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

4 Wann liegt eine Pflegebedürftigkeit vor und wie wird diese eingestuft?

4.1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauerhaft so hilflos ist, dass sie für die in Ziffer 4.2 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf und wenn dabei mindestens drei Punkte gemäß Ziffer 4.2 erreicht werden. „Dauerhaft“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich auf Dauer existiert und aus ärztlicher Sicht keine Aussicht auf Verbesserung dieses Zustands besteht. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich oder von anderen von uns anerkannten Fachleuten nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen.

4.2 Bei der Bewertung wird der nachstehende Punktekatalog zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

4.2.1 Fortbewegen im Zimmer = 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

4.2.2 Aufstehen und Zubettgehen = 1 Punkt

	Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.		Tests von Experten für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.
4.2.3	An- und Auskleiden = 1 Punkt Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.		Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdungen im Sinne dieser Definition bedeutet, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die versicherte Person
4.2.4	Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken = 1 Punkt Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.		- gefährdende Situationen erkennt oder verursacht oder - unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder - sich tätlich oder verbal aggressiv in Verknennung der Situation verhält.
4.2.5	Waschen = 1 Punkt Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannenriffen oder einem Wannenlift - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.	4.5	Vorübergehende Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Maßgebend ist die „Dauerhaftigkeit“ gemäß Ziffer 4.1.
4.2.6	Verrichten der Notdurft = 1 Punkt Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie - sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann, - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder - der Darm bzw. die Blase nur mit Hilfe fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht alleine eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.	4.6	Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen Untersuchungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen werden, sofern die versicherte Person transportfähig ist. In diesem Fall übernehmen wir die Kosten der Untersuchung.
		5	Was gilt bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung?
4.3	Die Pflegebedürftigkeit wird nach der Anzahl der erreichten Punkte gemäß Ziffer 4.2 wie folgt eingestuft: - Pflegestufe 3 6 Punkte - Pflegestufe 2 4 oder 5 Punkte	5.1	Die Definitionen der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen 2 und 3 in den folgenden Ziffern 5.2 und 5.3 entsprechen den Definitionen der Pflegestufen II und III der Pflegepflichtversicherung in §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch, Elftes Buch (SGB XI) – Stand bei Vertragsabschluss. Solange eine Entscheidung der zuständigen Stellen zur Zahlung einer Leistung aus der Pflegepflichtversicherung auf den Kriterien dieses Standes des Sozialgesetzbuches und nach geordneter Rechtsverordnungen und Richtlinien basiert, erkennen wir bei Gewährung von Pflegeleistungen der Stufen II oder III der Pflegepflichtversicherung und Vorlage des entsprechenden Leistungsbescheides eine Leistungspflicht - entsprechend der Pflegestufe 2 bzw. 3 aus der mit uns geschlossenen Versicherung - an.
4.4	Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt die Pflegestufe 2 auch dann vor, wenn die versicherte Person eine schwere kognitive Beeinträchtigung aufweist, die voraussichtlich dauerhaft bestehen wird. Eine solche schwere kognitive Beeinträchtigung liegt vor, wenn	5.2	Pflegebedürftigkeit der versicherten Person liegt gemäß diesen Bedingungen auch vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich auf Dauer – für mindestens sechs Monate – wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt. Die versicherte Person muss mindestens Pflegestufe 2 gemäß Ziffer 5.3.1 erreichen.
4.4.1	die mentalen Fähigkeiten der versicherten Person sich infolge einer demenziellen Erkrankung wie der Alzheimer-Krankheit erheblich verschlechtert haben und	5.2.1	Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
4.4.2	die versicherte Person aufgrund der schweren kognitiven Beeinträchtigung der täglichen Beaufsichtigung bedarf, um Gefährdungen zu verhüten. Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren wie z. B. der Mini-Mental State Examination oder eines gleichwertigen	5.2.2	Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich oder von anderen von uns anerkannten Fachleuten nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen.
		5.2.3	Als Krankheiten oder Behinderungen gelten Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
		5.2.4	Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- Im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung
 - Im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung
 - Im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung
 - Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen
- 5.3 Die Pflegebedürftigkeit wird wie folgt eingestuft:
- 5.3.1 Pflegestufe 2 liegt vor, wenn die versicherte Person bei den in Ziffer 5.2 definierten Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden beträgt; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen.
- 5.3.2 Pflegestufe 3 liegt vor, wenn die versicherte Person bei den in Ziffer 5.2 definierten Bereichen der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung braucht, wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden beträgt; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.
- 6 Wann stellen wir die Zahlung der Pflege-Rente ein und welche Mitteilungspflichten sind während des Bezuges dieser Leistungen zu beachten?**
- 6.1 Während des Bezugs der Pflege-Rente sind Sie verpflichtet, uns unverzüglich den Tod der versicherten Person mitzuteilen:
- 6.2 Zur Prüfung der fortbestehenden Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 7 Welche Überschussbeteiligung können Sie zusätzlich erwarten?**
- Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die zu diesem Zeitpunkt vorhandenen Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.
- 7.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbe-

teilung der Versicherungsnehmer

7.1.1 Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen.

7.1.2 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern entsprechend § 153 Absatz 3 VVG unmittelbar zu. Hierzu wird die Höhe der Bewertungsreserven monatlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Verträgen nach dem in Absatz 7.7 beschriebenen Verfahren unter den dort genannten Voraussetzungen zugeordnet (entsprechend § 153 Absatz 3 VVG). Bei Beendigung der Versicherung teilen wir den für diesen Zeitpunkt aktuell ermittelten Betrag Ihrer Versicherung zur Hälfte zu und zahlen ihn aus. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

7.2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

Zu welcher Bestandsgruppe und zu welchem Gewinnverband innerhalb dieser Bestandsgruppe Ihre Versicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Versicherung jährlich Überschussanteile. Die Mittel für die Überschussanteile werden der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

7.3 Ermittlung der Überschussanteile

Als Überschussbeteiligung erhalten Sie jährliche Überschussanteile; bei Beendigung der Versicherung kann ein Schluss-Überschussanteil hinzukommen. Die jährlichen Überschussanteile teilen wir zum Ende eines jeden Versicherungsjahres*) zu. Die erste Zuteilung erfolgt zum Ende des ersten Versicherungsjahres. Die jährlichen Überschussanteile bestehen zum einen aus einem Kosten-Überschussanteil, der nach dem Einmalbeitrag bemessen wird. Weiter bestehen sie aus einem Zins-Überschussanteil im Verhältnis der maßgebenden Deckungsrückstellung**) zuzüglich des verzinslich angesammelten Überschussguthabens zum Ende des jeweiligen Vorjahres. Maßgebend ist die Deckungsrückstellung zum Ende des jeweiligen Vorjahres, die sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. Ziffer 9.2) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

*) Ein Versicherungsjahr umfasst – unabhängig von der Versicherungsperiode – den Zeitraum eines Jahres. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Beginn der Versicherung. Die folgenden Versicherungsjahre beginnen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.

**) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Berechnung der Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der hierbei angesetzten Abschlusskosten erfolgt nach § 65 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und §§ 341e, 341f des Handelsgesetzbuches (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Der Zinssatz für die Berechnung der Deckungsrückstellung beträgt für die gesamte Laufzeit des Vertrags jährlich garantiert 1,75 Prozent (Rechnungszins).

7.4 Verwendung der Überschussanteile

Verzinsliche Ansammlung

Die jährlichen Überschussanteile gemäß Ziffer 7.3 werden verzinslich angesammelt und bei Ablauf, Rückkauf und bei Tod (soweit keine Pflege-Rente gezahlt wurde) ausgezahlt. Mit Eintritt der Pflegebedürf-

	tigkeit im Sinne der Ziffern 4 und 5 verbleibt das angesammelte Guthaben im Vertrag und wird mit zur Finanzierung der Pflege-Renten verwendet.	nicht garantiert werden. Während der Vertragslaufzeit werden wir Sie jährlich über den Stand Ihres Vertrags, insbesondere über die Höhe der erreichten Überschussbeteiligung, informieren.
7.5	Schluss-Überschussanteil Bei Ablauf Ihrer Versicherung kann zu den Leistungen aus der jährlichen Überschussbeteiligung ein Schluss-Überschussanteil hinzukommen. Dieser Schluss-Überschussanteil hängt von der Versicherungsdauer ab. Der Schluss-Überschussanteil wird im Verhältnis zur Deckungsrückstellung zuzüglich des verzinslich angesammelten Überschussguthabens ermittelt. Bei vorzeitiger Beendigung der Versicherung kann zu den Leistungen aus der jährlichen Überschussbeteiligung ein von der zurückgelegten Versicherungsdauer abhängiger Schluss-Überschussanteil hinzukommen, der im Verhältnis zur erreichten Deckungsrückstellung zuzüglich des verzinslich angesammelten Überschussguthabens bemessen wird. Bei Tod jedoch nur, falls noch keine Pflege-Rente gezahlt wird. Der so ermittelte Betrag wird mit 8,5 Prozent p. a. für die verbleibenden Jahre bis zum vereinbarten Ablauf der Versicherungsdauer diskontiert.	Weitere versicherungsmathematische Hinweise sowie Erläuterungen finden Sie im Abschnitt zur Überschussbeteiligung in den „Informationen für den Versicherungsnehmer“.
	8 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistung erbringen wir?	
	8.1 Kündigung Sie können Ihre Kapitalversicherung zum Schluss eines jeden Monats in Schriftform kündigen (Kündigungstermin). Die Kündigung muss uns spätestens 1 Monat vor diesem Zeitpunkt zugegangen sein.	
	8.2 Auszahlungsbetrag Wir zahlen nach Kündigung den - Rückkaufswert (Ziffer 8.2.1) - vermindert um den Abzug (Ziffer (8.2.2) - erhöht um die Überschussbeteiligung (Ziffer 8.2.3).	
	8.2.1 Rückkaufswert Der Rückkaufswert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den gemäß Ziffer 8.1 maßgebenden Kündigungstermin berechnete Deckungskapital des Vertrages. Der Rückkaufswert entspricht mindestens dem Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung unter Berücksichtigung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten gemäß Ziffer 9.2, auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.	
	8.2.2 Abzug Wir vereinbaren mit Ihnen einen Abzug von dem gemäß Ziffer 8.2.1 ermittelten Wert. Der Abzug beträgt 100 EUR und 0,5 Prozent des zum Zeitpunkt der Kündigung vorhandenen Rückkaufswertes. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit diesem Abzug der mit der Kündigung verbundene zusätzliche Verwaltungsaufwand ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herab gesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug und seiner Höhe finden Sie in „Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung und Pflegevorsorge“.	
	8.2.3 Überschussbeteiligung Für die Ermittlung des Auszahlungsbetrags nach Ziffer 8.2 setzt sich die Überschussbeteiligung zusammen aus den Ihrem Vertrag bereits zugeteilten Überschussanteilen, soweit sie nicht bereits in dem nach Ziffer 8.2.1 berechneten Betrag enthalten sind, - einem Schluss-Überschussanteil, soweit ein solcher nach Ziffer 7.5 für den Fall einer Kündigung vorgesehen ist, - den bei Kündigung vorhandenen, Ihrem Vertrag gemäß Ziffer 7.7 zuzuteilenden Bewertungsreserven.	
	Hinweis Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Ver-	
7.6	Bonus-Rente Wir leisten eine Bonus-Rente, sofern eine Pflege-Rente gezahlt wird. Die Bonus-Rente wird in Prozent der vereinbarten Pflege-Rente bei Beginn der Leistungspflicht bemessen und erhöht im Fall der Pflegebedürftigkeit die zu zahlende Pflege-Rente. Die Höhe der Bonus-Rente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht festgelegten Bonus-Rentensatz. Solange wegen Pflegebedürftigkeit ununterbrochen eine Pflege-Rente gezahlt wird, bleibt der Bonus-Rentensatz für die gesamte Zeit der Rentenleistung unverändert. Der bei Beginn der Leistungspflicht bestimmte Bonus-Rentensatz in Prozent bleibt auch bei einer späteren Neubemessung der Pflegestufe unverändert.	
7.7	Bewertungsreserven Bei Beendigung Ihrer Versicherung wird eine Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig. Voraussetzung dafür ist, dass sich für unsere Kapitalanlagen am maßgebenden Stichtag nach Berücksichtigung der aufsichtsrechtlichen Regelungen zur Kapitalausstattung unseres Unternehmens positive Bewertungsreserven ergeben. Der maßgebende Stichtag ist in unserem Geschäftsbericht genannt. Von der Hälfte der an diesem Stichtag festgestellten Bewertungsreserven wird nach einem verursachungsorientierten Verfahren der Teilbetrag ermittelt, der auf Ihren Versicherungsvertrag entfällt. Der Vorstand unseres Unternehmens kann nach dem gleichen Verfahren wie dem für die Ermittlung des Schluss-Überschussanteils für jeden Vertrag einen Mindestwert für die Beteiligung an den Bewertungsreserven bestimmen. Dieser Mindestwert wird auf den nach dem vorstehenden Verfahren für Ihren Versicherungsvertrag ermittelten Anteil an den Bewertungsreserven angerechnet.	
7.8	Information über die Höhe der Überschussbeteiligung Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also	

rechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. Ziffer 9) als Rückkaufswert nicht der Einmalbeitrag vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht zum Ablauf den Einmalbeitrag. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie in den dem Antrag beigelegten „Weitere Kundeninformationen zum P.U.R. KONZEPT (§ 2 VVG-InfoV)“ entnehmen.

8.3 Keine Beitragsrückzahlung
Die Rückzahlung des Einmalbeitrags können Sie nicht verlangen.

8.4 Vertragsende
Mit der Kündigung und Auszahlung des Auszahlungsbetrags endet der Versicherungsvertrag.

9 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

9.1 Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihrem Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Die übrigen Kosten entfallen auf Service und Verwaltung.

9.2 Abschluss- und Verwaltungskosten in Höhe von 4 % des Einmalbeitrages tilgen wir verteilt über die ersten fünf Jahre des Versicherungsvertrags aus dem vorhandenen Deckungskapital.

9.3 Die restlichen Abschluss- und Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

9.4 Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur ein entsprechend geringerer Betrag als der Einmalbeitrag für einen Rückkaufswert vorhanden ist. Nähere Informationen erhalten Sie in den dem Antrag beigelegten „Weitere Kundeninformationen zum P.U.R. KONZEPT (§ 2 VVG-InfoV)“.

Die Auszahlungen aus der Kapitalversicherung

10 Wer erhält die Auszahlung aus der Kapitalversicherung?

10.1 Die Auszahlung
- bei Pflegebedürftigkeit,
- zum Ablauftermin,
- bei Rückkauf oder
- bei Tod der versicherten Person
erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

10.2 Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben und wir Ihnen schriftlich bestätigt haben, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

10.3 Sie können Ihre Rechte aus dem Versicherungs-

vertrag auch abtreten oder verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

10.4 Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Bezugsrechtsverfügungen werden ferner nur dann wirksam, wenn sie uns bis zur jeweiligen Fälligkeit von Leistungen aus dem Versicherungsvertrag zugehen. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie z. B. bereits vorher Verfügungen (Abtretungen, Verpfändungen, unwiderrufliches Bezugsrecht) vorgenommen haben.

11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein und was ist sonst im Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

11.1 Leistungen erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins; Leistungen wegen bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit gegen Vorlage geeigneter Nachweise wie z. B. ärztliche Begutachtungen, Bescheid des Pflegeversicherungsträgers. Wir können den Inhaber des Versicherungsscheins als berechtigt ansehen, Auszahlungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

11.2 Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Dabei ist uns eine amtliche Sterbeurkunde einzureichen.

Der Versicherungsumfang in der Unfallversicherung

12 Was ist in der Unfallversicherung versichert?

12.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit der Unfallversicherung zustoßen.

12.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

12.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

12.4 Als Unfall gilt auch, wenn

12.4.1 durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden;

12.4.2 die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen durch einen Unfall Gesundheitsschäden erleidet;

12.4.3 die versicherte Person zu Vergiftungen führenden Dünsten, Staubwolken oder ausströmenden Gasen und Dämpfen für eine vorübergehende Zeit (bis zu mehreren Stunden lang) unvorhergesehen ausgesetzt ist, ohne sich ihnen entziehen zu können. Ein Unfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen mehrfach über eine längere Zeit oder dauerhaft ausgesetzt war und dadurch eine Gesundheitsbeeinträchtigung (z. B. eine Berufs- oder Gewerkrankheit) eingetreten ist;

12.4.4 die versicherte Person tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen erleidet, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

12.5 Auf die Regelungen über die Einschränkung der Leistung (Ziffer 14), sowie die Ausschlüsse (Ziffer 15) wei-

sen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.		Gehör auf einem Ohr	30 %	
13	Welche Leistungsarten sind in der Unfallversicherung vereinbart? Für die Dauer der Unfallversicherung sind die genannten Leistungen versichert. Die vereinbarten Leistungsarten und Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.	Sprechvermögen	60 %	
		Geruchssinn	10 %	
		Geschmackssinn	5 %	
		Einer Niere bei Erhalt der anderen Niere	25 %	
		Einer Niere bei Fehlen der anderen Niere	75 %	
		Beider Nieren	100 %	
		Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.		
		13.1.2.2.2	Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.	
		13.1.2.2.3	Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 13.1.2.2.1 und Ziffer 13.1.2.2.2 zu bemessen.	
		13.1.2.2.4	Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.	
		13.1.2.3	Stirbt die versicherte Person	
		- 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 eine Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.		
		13.2	Unfall-Rente	
		Wir leisten eine lebenslange Unfall-Rente nach folgenden Bedingungen:		
		13.2.1	Voraussetzungen für die Leistung	
		Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 13.1.1 gegeben. Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 13.1.2.2.1 bis 13.1.2.2.4 und Ziffer 14 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt. Für die Feststellung des Invaliditätsgrades bleiben vereinbarte besondere Gliedertaxen unberücksichtigt.		
13.2.2	Höhe der Leistung			
Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens				
- 50 Prozent leisten wir eine Unfall-Rente in einfacher,				
- 75 Prozent leisten wir eine Unfall-Rente in doppelter,				
- 90 Prozent leisten wir eine Unfall-Rente in dreifacher				
Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.				
13.2.3	Beginn und Dauer der Leistung			
Die Unfall-Rente zahlen wir rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, monatlich im Voraus. Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt oder wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 17.3 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.				
13	Welche Leistungsarten sind in der Unfallversicherung vereinbart? Für die Dauer der Unfallversicherung sind die genannten Leistungen versichert. Die vereinbarten Leistungsarten und Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.			
		Invaliditätsleistung ab 50 Prozent Invalidität		
		Voraussetzung für die Leistung		
		13.1.1.1	Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.	
		Die Invalidität ist		
		- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und		
		- innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.		
		13.1.1.2	Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.	
		13.1.1.3	Der Unfall führt zu einem nach den Ziffern 13.1.2.2.1 bis 13.1.2.2.4 und Ziffer 14 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent.	
		13.1.2	Art und Höhe der Leistung:	
		13.1.2.1	Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag. Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens	
		- 50 Prozent zahlen wir die einfache,		
		- 75 Prozent zahlen wir die doppelte,		
		- 90 Prozent zahlen wir die dreifache Versicherungssumme.		
		13.1.2.2	Grundlagen für die Berechnung der Leistung bilden die vereinbarte Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität. Invaliditätsgrade mit Dezimalstellen werden auf die nächst höhere, ganze Zahl aufgerundet.	
		13.1.2.2.1	Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:	
		Arm	70 %	
		Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %			
Hand	55 %			
Daumen	20 %			
Zeigefinger	10 %			
anderer Finger	5 %			
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %			
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %			
Bein bis unterhalb des Knies	50 %			
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %			
Fuß	40 %			
große Zehe	5 %			
andere Zehe	2 %			
Auge	50 %			

13.2.4	Die Verdopplung der Unfall-Rente entfällt zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass die Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 75 Prozent gesunken ist.	15.1.4	Unfälle der versicherten Person - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges; - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
13.2.5	Die Verdreifachung der Unfall-Rente entfällt zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass die Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 90 Prozent gesunken ist.	15.1.5	Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
14	Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?	15.1.6	Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht wurden.
14.1	Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.	15.2	Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
14.2	Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.	15.2.1	Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbloodungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 12.3 die überwiegende Ursache ist.
15	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	15.2.2	Gesundheitsschäden durch Strahlen.
15.1	Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:	15.2.3	Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
15.1.1	Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden. Für Unfälle infolge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen auf Grund von Herzinfarkt sowie Schlaganfall besteht Versicherungsschutz. Die unmittelbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen durch Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.	15.2.4	Infektionen (Eindringen von Mikroorganismen in den menschlichen Körper), zum Beispiel Malaria, Hirnhautentzündung, Masern und Pocken:
15.1.2	Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.	15.2.4.1	Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie - durch Insektenstiche oder -bisse oder - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
15.1.3	Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person 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, berufen wir uns nicht auf diesen Ausschluss.	15.2.4.2	Versicherungsschutz besteht jedoch für - Tollwut und Wundstarrkrampf sowie - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 15.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten sowie - allergische Körperreaktionen, die durch Insektenstiche oder -bisse, sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den menschlichen Körper eingetragene Giftstoffe (Toxine) verursacht werden sowie - Infektionen durch FSME oder Lyme-Borreliose (z. B. durch einen Zeckenbiss), wenn die versicherte Person in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft im Sinne von Ziffer 13.1 beeinträchtigt ist.
			Die Invalidität ist erstmals während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten und durch einen Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb einer Frist von 3 Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht worden. Versichert sind Invalidität und Unfall-Rente. Es gelten die Versicherungssummen, die am Tag der erstmaligen schriftlichen ärztlichen Feststellung der Invalidität vereinbart waren. Ausgeschlossen bleibt Invalidität durch eine Infektion mit FSME oder Lyme-Borreliose

	wegen der die versicherte Person bereits vor Antragstellung ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde.		in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
	Abweichend von Ziffer 19 beginnt der Versicherungsschutz für eine Invalidität durch eine Infektion mit FSME oder Lyme-Borreliose nach Ablauf einer Wartezeit von einem Monat nach Antragstellung. Die Wartezeit entfällt, sofern zum Zeitpunkt der Antragstellung für die versicherte Person bereits gleichartiger Versicherungsschutz besteht. In diesem Fall entfällt die Wartezeit jedoch nicht für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.		- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen, - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
15.2.4.3	Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 15.2.3 Satz 2 entsprechend.		Die Gebühren für die von Ihnen bedingungsgemäß vorzulegenden Unterlagen, Bescheinigungen oder Zeugnisse sowie ärztliche Krankheits- und Befundberichte übernehmen wir im Rahmen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte. Die Höchstleistung beträgt 500 EUR je Unfall.
15.2.5	Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.	17.2	Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.
15.2.6	Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.	17.3	Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
15.2.7	Bauch- oder Unterleibsbrüche.		Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss
	Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.		- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 17.1 - von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
Der Leistungsfall in der Unfallversicherung			Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.
16	Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?	17.4	Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
	Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.	Die Vertragsdauer	
16.1	Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie bzw. die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen und seine Anordnungen befolgen.	18	Für welche Dauer wird der Vertrag abgeschlossen?
16.2	Der Unfall ist uns unverzüglich anzuzeigen. Bitte - füllen Sie die von uns übersandten Formulare aus und - beantworten Sie bzw. die versicherte Person unsere zusätzlichen Fragen in Schriftform, vollständig und wahrheitsgemäß und senden uns diese Unterlagen/Angaben unverzüglich zu. Zur Klärung des Leistungsumfanges können wir notwendige weitere Nachweise verlangen.		Den Versicherungsvertrag schließen Sie für die vereinbarte Vertragsdauer - das ist die Zeit vom Vertragsbeginn bis zum vereinbarten Ablauftermin - mit uns ab.
16.3	Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.	19	Wann beginnt der Versicherungsschutz?
16.4	Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt und untersucht haben, andere Versicherer, Sozialversicherungsträger und sonstige Versorgungsträger, Berufs-genossenschaften und Behörden sind - soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich - auf unser Verlangen von ihrer Schweigepflicht uns gegenüber zu entbinden und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.		Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 25.3.1 zahlen. Ansonsten beginnt der Versicherungsschutz nach Ziffer 25.3.2 erst zu dem Zeitpunkt, zu dem der Beitrag bei uns eingeht.
16.5	Stirbt die versicherte Person unfallbedingt oder während der Zahlung der Unfall-Rente, ist uns der Tod unverzüglich anzuzeigen.	20	Wann endet der Versicherungsvertrag?
17	Wann sind die Leistungen in der Unfallversicherung fällig?	20.1	Der Versicherungsvertrag endet
17.1	Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten	20.1.1	zum vereinbarten Ablauftermin;
		20.1.2	bei Tod der versicherten Person;
		20.1.3	durch eine Kündigung in Schriftform zum Schluss eines jeden Monats. Die Kündigung muss uns spätestens 1 Monat vor diesem Zeitpunkt zugegangen sein;
		20.1.4	wenn die Unfallversicherung vereinbarungsgemäß oder durch Kündigung vor dem vereinbarten Ablauftermin beendet wird.
		20.2	Zahlen wir eine Pflege-Rente gemäß Ziffern 4 und 5 aus diesem Vertrag, ist eine Kündigung des Versicherungsvertrags nicht möglich.
		21	Wann endet die Unfallversicherung?
		21.1	Ablauf
			Die Unfallversicherung endet zum vereinbarten Ablauftermin.
		21.2	Kündigung

- Sie kann auch vorzeitig beendet werden durch eine Kündigung in Schriftform zum Schluss eines jeden Monats; die Kündigung muss uns spätestens 1 Monat vor diesem Zeitpunkt zugegangen sein.
- 21.3 Schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit
- Darüber hinaus endet die Unfallversicherung, wenn die versicherte Person während der Vertragslaufzeit im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in die Pflegestufe II (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI), Stand bei Vertragsabschluss, eingestuft wird oder eine Leistung gemäß Ziffern 4 und 5 aus dieser Versicherung gezahlt wird.
- 22 Unter welchen Voraussetzungen kann die Unfallversicherung nach einem Versicherungsfall gekündigt werden?**
- 22.1 Die Unfallversicherung können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- 22.2 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
- 22.3 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 des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird.
- 22.4 Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 23 Was geschieht, wenn die Unfallversicherung vor Vertragsende gekündigt wird?**
- Wird die Unfallversicherung gekündigt (Ziffern 21 und 22), endet auch der Versicherungsvertrag zu dem Zeitpunkt, zu dem die Kündigung wirksam wird.
- 24 Was geschieht bei militärischen Einsätzen?**
- Der Versicherungsschutz in der Unfallversicherung tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie 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 uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

- 25 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
- 25.1 Beitragszahlung
- Den Beitrag entrichten Sie durch eine Einmalzahlung. Die Versicherungsperiode beträgt ein Jahr.
- 25.2 Versicherungsteuer
- Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 25.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung des Einmalbeitrages.
- 25.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
- Der einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor Beginn des Versicherungsschutzes.

25.3.2

Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

25.3.3

Rücktritt

Zahlen Sie den einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

25.3.4

Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

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

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie die Einzugsermächtigung widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

Weitere Bestimmungen

26 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

26.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle oder Pflegebedürftigkeit abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

26.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

27 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung der Obliegenheiten?

27.1 Verletzen Sie eine der in den Ziffern 6, 11 und 16 oder in den gesondert vereinbarten Besonderen Bedingungen genannten Obliegenheiten vorsätzlich, 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 Ihres Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen.

27.2 Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht Einfluss hatte.

27.3 Verletzen Sie eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in

	Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.	28.4.3	Folgen des Rücktritts
27.4	Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.		Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
28	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?		Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, 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 Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
28.1	Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie 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 unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.		Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
28.2	Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.	28.5	Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung
28.3	Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.	28.5.1	Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
28.4	Rücktritt		Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
28.4.1	Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.		Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.
28.4.2	Ausschluss des Rücktrittsrechts Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig 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.	28.5.2	Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. 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 Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen. Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Ge-

fahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

28.6 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

29 **Wo und wann erfüllen wir unsere Leistungsverpflichtungen und wann verjähren die Ansprüche aus Ihrem Vertrag?**

29.1 Erfüllungsort für die Leistungen ist der Sitz unserer Gesellschaft in Aachen oder unserer jeweiligen Kundenservice-Direktion. Unsere Leistungsverpflichtung ist rechtzeitig erfüllt, wenn wir die Leistung nach Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen und Abschluss unserer Prüfung an den Empfangsberechtigten überweisen. Die Kosten der Überweisung trägt der Empfangsberechtigte; die Gefahr tragen wir, außer bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes.

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

29.3 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

30 **Welches Gericht ist zuständig?**

30.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Kundenservice-Direktion. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

30.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

30.3 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 Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

31 **Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**

31.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.

31.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung,

die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

32 **Können Steuern und öffentliche Abgaben anfallen?**

Ihr Versicherungsvertrag unterliegt der Besteuerung und der Abgabenordnung des Staates, in dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben. Dies gilt auch im Falle Ihres Umzugs in einen anderen Staat nach Abschluss Ihres Versicherungsvertrags. Wir sind berechtigt, Ihnen als Schuldner etwa anfallende Steuern und Abgaben in vollem Umfang zu belasten.

33 **Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

34 **Was bietet Ihnen die Verlängerungsoption?**

Um Ihnen eine Absicherung auch über den vereinbarten Ablauftermin hinaus zu ermöglichen, bieten wir Ihnen eine Verlängerungsoption ohne erneute Gesundheitsprüfung.

34.1 Voraussetzung ist, dass der Vertrag zum Zeitpunkt der Antragstellung ungekündigt ist. Weiterhin darf die versicherte Person das 76. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und keine Leistungen der Pflegestufe 2 oder 3 im Sinne von Ziffer 4 und Ziffer 5 dieser Bedingungen in Anspruch nehmen können.

34.2 Ein Antrag auf Nachversicherung kann frühestens drei Monate vor und muss spätestens zum vereinbarten Ablauftermin gestellt werden.

34.3 Auf Ihren Antrag hin machen wir Ihnen ohne erneute Gesundheitsprüfung ein Angebot zur Verlängerungsoption. Diese endet spätestens mit Vollendung des 88. Lebensjahres der versicherten Person.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit garantierter Beitragsrückzahlung und Pflegevorsorge

UN 4935 Besondere Bedingungen für die Kündigung Ihrer Versicherung

- 1 Bei Ihrer Versicherung handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem schon bei Vertragsschluss eine garantierte Leistung fest zugesagt wird. Wir dürfen dieses Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.
- Einmalbeitrag und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.
- Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.
- Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen kann das für Sie Nachteile haben. Bei der Berechnung des Auszahlungsbetrags nehmen wir den jeweiligen in den Versicherungsbedingungen vereinbarten Abzug vor. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Das ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil bei seiner Kalkulation folgende Umstände berücksichtigt werden:

- 1.1 Ausgleich für Verwaltungsaufwand
- Die Bearbeitung einer Kündigung ist für uns mit Verwaltungsaufwand verbunden, der nicht in den Kostenanteilen des von Ihnen gezahlten Beitrags berücksichtigt ist. Aus diesem Grund behalten wir bei Rückkauf von dem Deckungskapital einen Abzug für diese Verwaltungsaufwendungen ein.
- 1.2 Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital
- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch die Versicherungsnehmergemeinschaft zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.
- 2 Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Register

Allgemeine Informationen



Kundeninformationen

Identität des Versicherers

Name: AachenMünchener Versicherung AG
Anschrift: AachenMünchener-Platz 1, 52064 Aachen
Rechtsform: Aktiengesellschaft
Sitz: AachenMünchener-Platz 1, 52064 Aachen
Handelsregister: Registergericht Aachen - HR B 1043

Vorsitzender des
Aufsichtsrates: Dietmar Meister

Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

AachenMünchener Versicherung AG
AachenMünchener-Platz 1
52064 Aachen

vertreten durch den Vorstand: Michael Westkamp, Vorsit-
zender; Johannes Booms, Peter Heise, Ulrich Rieger

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

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

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Es gelten bei entsprechender Beantragung die aufgeführten
Versicherungsbedingungen und Klauseln, die in den ent-
sprechenden Registern dieser Produktunterlagen enthalten
sind.

Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistung

In unseren Produktinformationsblättern haben wir Sie be-
reits näher über Art und Umfang der Versicherung infor-
miert.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles und Feststellung
unserer Leistungspflicht erbringen wir die im Versiche-
rungsvertrag für diesen Fall vereinbarte Leistung.

Weitere Einzelheiten zu Art, Umfang und Fälligkeit sowie
Erfüllung unserer Leistungen sind in den maßgeblichen
Versicherungsbedingungen und Klauseln geregelt.

Gesamtbeitrag der Versicherung

Der Gesamtbeitrag des Vertrages einschließlich aller Be-
standteile wie z. B. der gesetzlichen Versicherungssteuer
ergibt sich aus dem Antrag.

Zahlung, Erfüllung und Zahlungsweise der Beiträge

Der einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss
des Vertrages, jedoch nicht vor dem Beginn des Versiche-
rungsschutzes fällig.

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart,
sorgen Sie bitte für entsprechende Deckung; die Zahlung
gilt als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag
eingezogen werden kann und einer berechtigten Einziehung
nicht widersprochen wird.

Nähere Einzelheiten zu diesen Themen sind in den Allge-
meinen Versicherungsbedingungen zu finden.

Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Informationen dieser Produktunterlagen einschließlich
der im Antrag genannten Beträge behalten für die Dauer
von drei Monaten nach ihrer Aushändigung Gültigkeit.

Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt durch Ihren Antrag und Zu-
gang des Versicherungsscheines oder einer gesonderten An-
nahmeerklärung durch uns zustande.

Als Antragsteller sind Sie einen Monat an den Antrag gebunden;
Ihr Widerrufsrecht bleibt hiervon unberührt. Innerhalb dieser Frist
können wir Ihren Antrag annehmen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen
innerhalb von zwei Wochen in Textform (z. B. als Brief, Fax, E-
Mail) widerrufen. Eine ausführliche Belehrung zu Ihrem Wider-
rufsrecht finden Sie im Antrag.

Beendigung des Vertrages, Kündigungsmöglichkeiten

Der Vertrag endet spätestens zu dem im Versicherungsschein
als Ablauf genannten Zeitpunkt.

Sie können den Vertrag jederzeit zum Monatsende vorzeitig
kündigen. Ihre Kündigung ist nur wirksam, wenn sie uns einen
Monat vor dem jeweiligen Monatsende in Schriftform zugegan-
gen ist.

Der Vertrag kann auch von uns vorzeitig gekündigt werden,
insbesondere

- im Versicherungsfall
- bei Obliegenheitsverletzung.

Darüber hinaus endet der Vertrag bei Tod der versicherten Per-
son bzw. bei Erbringung einer Pflege-Rente.

Einzelheiten befinden sich in den Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht

Auf die vorvertraglichen Verhandlungen und auf das Vertrags-
verhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland
Anwendung.

Verwendete Sprache

Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz erfolgt in deut-
scher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Behelfsverfahren

Versicherungsombudsmann e. V.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsom-
budsmann e. V. Sie können deshalb innerhalb von acht Wochen
nach Erhalt unserer Nachricht das kostenlose, außergerichtliche
Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Versicherungsombudsmann e. V.,
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin,
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de.

Aufsichtsbehörde

Wir werden uns stets gut und zuvorkommend um Ihre Versiche-
rungsangelegenheiten kümmern. Kommt es doch einmal zu Mei-
nungsverschiedenheiten, so können Sie Ihre Beschwerde an die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versi-
cherungen - Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, richten.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon
unberührt.

Liste der Dienstleister zur Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs-Erklärung

Wir arbeiten unter Verwendung von Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützter Daten derzeit mit folgenden Stellen (Unternehmen) zusammen:

Unternehmen	Übertragene Aufgaben
AM Gesellschaft für betriebliche Altersversorgung mbH (AMbAV)	– betriebliche Altersversorgung, z. B. versicherungsmathematische Gutachten zu Pensionszusagen, Ausarbeitung Versorgungsordnungen
ATLAS Dienstleistungen für Vermögensberatung GmbH	– Dienstleistungen, z. B. Provisionsverteilung, Abrechnung für die Deutsche Vermögensberatung AG, IT-Betreuung, Antragsvorfassung
Central Krankenversicherung AG	– Leistungsbearbeitung bei Krankentagegeld
Europ Assistance Versicherungs-AG Europ Assistance Services GmbH	– telefonischer Kundenservice – Assistance-Leistungen
Generali Deutschland Holding AG	– Revision
Generali Deutschland Informatik Service GmbH	– IT-Dienstleistungen wie z. B. Bereitstellung Soft- und Hardware und Kommunikationsmittel, Betreuung Server, Erstellung IT-Sicherheitskonzept, Konzerndatenschutz
Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH	– Leistungsbearbeitung im Schadenfall
Generali Deutschland Services GmbH	– Abwicklung Zahlungsverkehr, Druck und Versand – Logistik einschließlich Scannen der Eingangspost
Nicht zum Konzern gehörende Versicherungsunternehmen, z. B. Allianz Lebensversicherungs-AG, AXA Lebensversicherung AG, Württembergische Lebensversicherung AG	– Konsortialgeschäft federführend und nicht-federführend – im Rahmen des Übertragungsabkommens bAV – im Rahmen des Versorgungsausgleichs

Darüber hinaus arbeiten wir mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten und nutzen:

Stellen	Tätigkeiten
Ärzte, Gutachter, Psychologen, Psychiater, Krankenhäuser, Pflegeheime, gesetzliche Krankenkassen, Berufskundler, Ombudsmann	– Gutachten, Ombudsmannverfahren
Außenregulierer	– Vor-Ort-Regulierung
Behörden, z. B. Gericht, Finanzamt	– Verfahren im Rahmen des Versorgungsausgleichs – Abführung von Kapitalertragsteuer – Bearbeitung von Rentenbezugsmitteilungen
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV)	– Führen von Gesamtstatistiken
Inkassobüros	– Forderungseinzug
IT-Unternehmen/IT-Berater	– IT-Dienstleistung
Rechtsanwälte	– Allgemeine Dienstleistung
Rehadienste, Dienstleister für Hilfs- und Pflegeleistungen	– Assistance-Leistung
Rückversicherer	– Rückversicherung
Wirtschaftsauskunfteien	– Einholung von Auskünften bei Antragstellung

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

I. EINLEITUNG

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. (GDV) mit Sitz in Berlin ist die Dachorganisation der privaten Versicherer in Deutschland. Ihm gehören über 450 Mitgliedsunternehmen an. Diese bieten als Risikoträger Risikoschutz und Unterstützung sowohl für private Haushalte als auch für Industrie, Gewerbe und öffentliche Einrichtungen. Der Verband setzt sich für alle die Versicherungswirtschaft betreffenden Fachfragen und für ordnungspolitische Rahmenbedingungen ein, die den Versicherern die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglichen.

Die Versicherungswirtschaft ist von jeher darauf angewiesen, in großem Umfang personenbezogene Daten der Versicherten zu verwenden. Sie werden zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung erhoben, verarbeitet und genutzt, um Versicherte zu beraten und zu betreuen sowie um das zu versichernde Risiko einzuschätzen, die Leistungspflicht zu prüfen und Versicherungsmissbrauch im Interesse der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Versicherungen können dabei heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung erfüllen.

Die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre sowie die Sicherheit der Datenverarbeitung sind für die Versicherungswirtschaft ein Kernanliegen, um das Vertrauen der Versicherten zu gewährleisten. Alle Regelungen müssen nicht nur im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutzrichtlinie, des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und aller bereichsspezifischen Vorschriften über den Datenschutz stehen, sondern die beigetretenen Unternehmen der Versicherungswirtschaft verpflichten sich darüber hinaus, den Grundsätzen der Transparenz, der Erforderlichkeit der verarbeiteten Daten und der Datenvermeidung und -sparsamkeit in besonderer Weise nachzukommen.

Hierzu hat der GDV im Einvernehmen mit seinen Mitgliedsunternehmen die folgenden Verhaltensregeln für den Umgang mit den personenbezogenen Daten der Versicherten aufgestellt. Sie schaffen für die Versicherungswirtschaft weitestgehend einheitliche Standards und fördern die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Regelungen. Die für die Mitgliedsunternehmen zuständigen Aufsichtsbehörden haben den Verhaltensregeln zugestimmt. Daraufhin sind sie dem Berliner Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit als für den GDV zuständige Aufsichtsbehörde nach § 38a BDSG unterbreitet und von ihm als mit dem geltenden Datenschutzrecht vereinbar erklärt worden. Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diesen Verhaltensregeln gemäß Artikel 30 beitreten, verpflichten sich damit zu deren Einhaltung.

Die Verhaltensregeln sollen den Versicherten der beigetretenen Unternehmen die Gewähr bieten, dass Datenschutz- und Datensicherheitsbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung von Produkten und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Der GDV versichert seine Unterstützung bei diesem Anliegen. Die beigetretenen Unternehmen weisen ihre Führungskräfte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die Verhaltensregeln einzuhalten. Antragsteller und Versicherte werden über die Verhaltensregeln informiert.

Darüber hinaus sollen mit den Verhaltensregeln zusätzliche Einwilligungen möglichst entbehrlich gemacht werden. Grundsätzlich sind solche nur noch für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken

der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung erforderlich. Für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – hat der GDV gemeinsam mit den zuständigen Aufsichtsbehörden Mustererklärungen mit Hinweisen zu deren Verwendung erarbeitet. Die beigetretenen Unternehmen sind von den Datenschutzbehörden aufgefordert – angepasst an ihre Geschäftsabläufe –, Einwilligungstexte zu verwenden, die der Musterklausel entsprechen.

Die vorliegenden Verhaltensregeln konkretisieren und ergänzen die Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes für die Versicherungsbranche. Als Spezialregelungen für die beigetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV erfassen sie die wichtigsten Verarbeitungen personenbezogener Daten, welche die Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung, Beendigung oder Akquise von Versicherungsverträgen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen vornehmen.

Da die Verhaltensregeln geeignet sein müssen, die Datenverarbeitung aller beigetretenen Unternehmen zu regeln, sind sie möglichst allgemeingültig formuliert. Deshalb kann es erforderlich sein, dass die einzelnen Unternehmen diese in unternehmensspezifischen Regelungen konkretisieren. Das mit den Verhaltensregeln erreichte Datenschutz- und Datensicherheitsniveau wird dabei nicht unterschritten. Darüber hinaus ist es den Unternehmen unbenommen, Einzelregelungen mit datenschutzrechtlichem Mehrwert, z. B. für besonders sensible Daten wie Gesundheitsdaten oder für die Verarbeitung von Daten im Internet, zu treffen. Haben die beigetretenen Unternehmen bereits solche besonders datenschutzfreundlichen Regelungen getroffen oder bestehen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden spezielle Vereinbarungen oder Absprachen zu besonders datenschutzgerechten Verfahrensweisen, behalten diese selbstverständlich auch nach dem Beitritt zu diesen Verhaltensregeln ihre Gültigkeit.

Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes. Unberührt bleiben die Vorschriften zu Rechten und Pflichten von Beschäftigten der Versicherungswirtschaft.

II. BEGRIFFBESTIMMUNGEN

Für die Verhaltensregeln gelten die Begriffsbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Darüber hinaus sind:

Unternehmen:

die diesen Verhaltensregeln beigetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV, soweit sie das Versicherungsgeschäft als Erstversicherer betreiben,

Versicherungsverhältnis:

Versicherungsvertrag einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisse,

Betroffene:

Versicherte, Antragsteller oder weitere Personen, deren personenbezogene Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft verarbeitet werden,

Versicherte:

- Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen des Unternehmens,

- versicherte Personen einschließlich der Teilnehmer an Gruppenversicherungen,

Antragsteller:

Personen, die ein Angebot angefragt haben oder einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen, unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag zustande kommt,

weitere Personen:

außerhalb des Versicherungsverhältnisses stehende Betroffene, wie Geschädigte, Zeugen und sonstige Personen, deren Daten das Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erhebt, verarbeitet und nutzt,

Datenerhebung:

das Beschaffen von Daten über die Betroffenen,

Datenverarbeitung:

Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren und Löschen personenbezogener Daten,

Datennutzung:

jede Verwendung personenbezogener Daten, soweit es sich nicht um Verarbeitung handelt,

Automatisierte Verarbeitung:

Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen,

Stammdaten:

die allgemeinen Kundendaten der Versicherten: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geburtsort, Kundennummer, Versicherungsnummer(n) und vergleichbare Identifikationsdaten sowie Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Werbesperren, Werbeeinwilligung und Sperren für Markt- und Meinungsforschung,

Dienstleister:

andere Unternehmen oder Personen, die eigenverantwortlich Aufgaben für das Unternehmen wahrnehmen,

Auftragnehmer:

andere Unternehmen oder Personen, die weisungsgebunden im Auftrag des Unternehmens personenbezogene Daten erheben, verarbeiten oder nutzen,

Vermittler:

selbstständig handelnde natürliche Personen (Handelsvertreter) und Gesellschaften, welche als Versicherungsvertreter oder -makler im Sinne des § 59 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen.

III. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 1 Geltungsbereich

(1) Die Verhaltensregeln gelten für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft durch die Unternehmen. Dazu gehört neben dem Versicherungsverhältnis die Erfüllung gesetzlicher Ansprüche, auch wenn ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, nicht oder nicht mehr besteht.

(2) Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes.

Art. 2 Grundsatz

(1) Die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten erfolgt grundsätzlich nur, soweit dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erforderlich ist, insbesondere zur Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Erfüllung der Beratungspflichten nach § 6 VVG, zur Prüfung einer Leistungspflicht

und zur internen Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Sie erfolgt auch zur Missbrauchsbekämpfung oder zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen oder zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung.

(2) Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen der den Betroffenen bekannten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt. Eine Änderung oder Erweiterung der Zweckbestimmung erfolgt nur, wenn sie rechtlich zulässig ist und die Betroffenen darüber informiert wurden oder wenn die Betroffenen eingewilligt haben.

Art. 3 Grundsätze zur Qualität der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung

(1) Die Unternehmen verpflichten sich, alle personenbezogenen Daten in rechtmäßiger und den schutzwürdigen Interessen der Betroffenen entsprechender Weise zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

(2) Die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung richtet sich an dem Ziel der Datenvermeidung und Datensparsamkeit aus, insbesondere werden die Möglichkeiten zur Anonymisierung und Pseudonymisierung genutzt, soweit dies möglich ist, und der Aufwand nicht unverhältnismäßig zu dem angestrebten Schutzzweck ist. Dabei ist die Anonymisierung der Pseudonymisierung vorzuziehen.

(3) Die verantwortliche Stelle trägt dafür Sorge, dass die vorhandenen personenbezogenen Daten richtig und auf dem aktuellen Stand gespeichert sind. Es werden angemessene Maßnahmen dafür getroffen, dass nicht zutreffende oder unvollständige Daten berichtigt, gelöscht oder gesperrt werden.

(4) Die Maßnahmen nach Absatz 3 Satz 2 werden dokumentiert. Grundsätze hierfür werden in das Datenschutzkonzept der Unternehmen aufgenommen (Artikel 4 Absatz 2).

Art. 4 Grundsätze der Datensicherheit

(1) Zur Gewährleistung der Datensicherheit werden die erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen entsprechend dem Stand der Technik getroffen. Dabei sind Maßnahmen zu treffen, die geeignet sind zu gewährleisten, dass

1. nur Befugte personenbezogene Daten zur Kenntnis nehmen können (Vertraulichkeit),
2. personenbezogene Daten während der Verarbeitung unverändert, vollständig und aktuell bleiben (Integrität),
3. personenbezogene Daten zeitgerecht zur Verfügung stehen und ordnungsgemäß verarbeitet werden können (Verfügbarkeit),
4. jederzeit personenbezogene Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität),
5. festgestellt werden kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise verarbeitet hat (Revisionsfähigkeit),
6. die Verfahrensweisen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vollständig, aktuell und in einer Weise dokumentiert sind, dass sie in zumutbarer Zeit nachvollzogen werden können (Transparenz).

Das sind insbesondere die in der Anlage zu § 9 Satz 1 BDSG enthaltenen Maßnahmen.

(2) Die in den Unternehmen veranlassenden Maßnahmen werden in ein umfassendes, die Verantwortlichkeiten regelndes Datenschutz- und -sicherheitskonzept integriert, welches unter Einbeziehung der betrieblichen Datenschutzbeauftragten erstellt wird.

Art. 5 Einwilligung

(1) Soweit die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten, insbesondere Daten über die Gesundheit, auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung der Betroffenen gestützt wird, stellt

das Unternehmen sicher, dass diese auf der freien Entscheidung der Betroffenen beruht, wirksam und nicht widerrufen ist.

(2) Soweit die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten von Minderjährigen auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung gestützt wird, werden diese Erklärungen von dem gesetzlichen Vertreter eingeholt. Frühestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres werden diese Erklärungen bei entsprechender Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen von diesem selbst eingeholt.

(3) Die Einwilligung und die Schweigepflichtentbindung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ist die Einwilligung zur Durchführung des Vertrages oder der Schadensabwicklung erforderlich, ist ein Widerruf nach den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen oder führt dazu, dass die Leistung nicht erbracht werden kann. Diese Beschränkung der Widerrufsmöglichkeit gilt nicht für mündlich erteilte Einwilligungen.

(4) Das einholende Unternehmen bzw. der die Einwilligung einholende Vermittler stellt sicher und dokumentiert, dass die Betroffenen zuvor über die verantwortliche(n) Stelle(n), den Umfang, die Form und den Zweck der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung sowie die Möglichkeit der Verweigerung und die Widerruflichkeit der Einwilligung und deren Folgen informiert sind.

(5) Grundsätzlich wird die Einwilligung in Schriftform gemäß § 126 des Bürgerlichen Gesetzbuches eingeholt. Soll die Einwilligung zusammen mit anderen Erklärungen erteilt werden, wird sie so hervorgehoben, dass sie ins Auge fällt. Im Falle besonderer Umstände, z. B. in Eilsituationen oder wenn der Kommunikationswunsch von den Betroffenen ausgegangen ist, und wenn die Einholung einer Einwilligung auf diesem Wege im besonderen Interesse der Betroffenen liegt, kann die Einwilligung auch in anderer Form als der Schriftform, z. B. in Textform oder mündlich erteilt werden.

(6) Wird die Einwilligung mündlich eingeholt, ist dies zu dokumentieren und den Betroffenen mit der nächsten Mitteilung schriftlich oder in Textform, wenn dies dem Vertrag oder der Anfrage des Betroffenen entspricht, zu bestätigen. Wird die Bestätigung in Textform erteilt, muss der Inhalt der Bestätigung unverändert reproduzierbar in den Herrschaftsbereich des Betroffenen gelangt sein.

(7) Eine Einwilligung kann elektronisch erteilt werden, wenn der Erklärungsinhalt schriftlich oder entsprechend Absatz 6 Satz 2 in Textform bestätigt wird. Bei elektronischen Einwilligungen zum Zwecke der Werbung kann die Bestätigung entfallen, wenn die Einwilligung protokolliert wird, die Betroffenen ihren Inhalt jederzeit abrufen können und die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Bei sonstigen elektronischen Einwilligungen, insbesondere zum Zwecke eines Vertragsabschlusses, kann die Bestätigung entfallen, wenn die Abgabe der Erklärung protokolliert wird und der Inhalt vor der Abgabe der Erklärung zum Vertragsschluss unverändert reproduzierbar in den Herrschaftsbereich der Betroffenen gelangt ist, z. B. durch einen Download, und die Betroffenen unmittelbar danach den Erhalt und die Lesbarkeit, etwa durch Anklicken eines Feldes, versichert haben.

(8) Die Bestätigung der Einwilligung zu Werbezwecken in mündlicher oder in elektronischer Form erfolgt spätestens mit der nächsten Mitteilung. Sonstige mündlich oder elektronisch erteilte Einwilligungen werden zeitnah bestätigt.

Art. 6 Besondere Arten personenbezogener Daten

(1) Besondere Arten personenbezogener Daten im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes (insbesondere Angaben über die Gesundheit) werden grundsätzlich mit Einwilligung der Betroffenen nach Artikel 5 und – soweit erforderlich – aufgrund einer Schweigepflichtentbindung erhoben, verarbeitet oder genutzt. In

diesem Fall muss sich die Einwilligung ausdrücklich auf diese Daten beziehen.

(2) Darüber hinaus werden besondere Arten personenbezogener Daten auf gesetzlicher Grundlage erhoben, verarbeitet oder genutzt. Dies ist insbesondere dann zulässig, wenn es zur Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung im Rahmen der Aufgabenerfüllung der privaten Krankenversicherungsunternehmen erforderlich ist oder wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung rechtlicher Ansprüche – auch im Rahmen eines Rechtsstreits – erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen am Ausschluss der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

IV. DATENERHEBUNG

Art. 7 Datenerhebung bei den Betroffenen, Informationspflichten und -rechte und Erhebung von Daten weiterer Personen

(1) Personenbezogene Daten werden grundsätzlich bei den Betroffenen unter Berücksichtigung von §§ 19, 31 VVG selbst erhoben.

(2) Die Unternehmen stellen sicher, dass die Betroffenen über die Identität der verantwortlichen Stelle (Name, Sitz), die Zwecke der Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung und die Kategorien von Empfängern unterrichtet werden. Diese Informationen werden vor oder spätestens bei der Erhebung gegeben, es sei denn, die Betroffenen haben bereits auf andere Weise Kenntnis von ihnen erlangt.

(3) Die Betroffenen werden auf ihre in Abschnitt VIII festgelegten Rechte hingewiesen.

(4) Personenbezogene Daten weiterer Personen im Sinne dieser Verhaltensregeln werden nur erhoben, wenn dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses erforderlich ist und keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung überwiegender schutzwürdiger Interessen dieser Personen bestehen.

Art. 8 Datenerhebung ohne Mitwirkung der Betroffenen

(1) Abweichend von Artikel 7 Absatz 1 werden Daten nur dann ohne Mitwirkung der Betroffenen erhoben, wenn dies zur Begründung, Durchführung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses erforderlich ist oder die Erhebung bei den Betroffenen einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde und keine Anhaltspunkte für eine Beeinträchtigung überwiegender schutzwürdiger Interessen der Betroffenen bestehen, insbesondere wenn der Versicherungsnehmer bei Gruppenversicherungen zulässigerweise die Daten der versicherten Personen oder bei Lebensversicherungen die Daten der Bezugsberechtigten angibt.

(2) Die Erhebung von Gesundheitsdaten bei Dritten erfolgt – soweit erforderlich – mit wirksamer Schweigepflichtentbindungserklärung der Betroffenen und nach Maßgabe des § 213 VVG.

(3) Das Unternehmen, das personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der Betroffenen erhebt, stellt sicher, dass die Betroffenen anlässlich der ersten Speicherung über diese, die Art der Daten, die Zweckbestimmung der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung und die Identität der verantwortlichen Stelle informiert werden. Die Information unterbleibt, soweit die Betroffenen auf andere Weise von der Speicherung Kenntnis erlangt haben, wenn für eigene Zwecke gespeicherte Daten aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen sind und eine Benachrichtigung wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle unverhältnismäßig ist oder wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden rechtlichen Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen.

V. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN

Art. 9 Gemeinsame Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

(1) Wenn das Unternehmen einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen angehört, können die Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung dieser Verhaltensregeln (insbesondere der Artikel 21 und 22) durch die für das gemeinsame Verfahren verantwortliche Stelle gewährleistet ist.

(2) Stammdaten weiterer Personen werden in gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren nur erhoben, verarbeitet und genutzt, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Dies ist technisch und organisatorisch zu gewährleisten.

(3) Abweichend von Absatz 1 können die Versicherungsunternehmen der Gruppe auch weitere Daten aus Anträgen und Verträgen anderer Unternehmen der Gruppe verwenden. Dies setzt voraus, dass dies zum Zweck der Beurteilung des konkreten Risikos eines neuen Vertrages vor dessen Abschluss erforderlich ist. Die Betroffenen müssen auf das Vorhandensein von Daten in einem anderen Unternehmen der Gruppe hingewiesen haben oder erkennbar vom Vorhandensein ihrer Daten in einem anderen Unternehmen der Gruppe ausgegangen sein sowie in den Datenabruf eingewilligt haben.

(4) Erfolgt eine gemeinsame Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Daten gemäß Absatz 1, werden die Versicherten darüber bei Vertragsabschluss oder bei Neueinrichtung eines solchen Verfahrens in Textform informiert.

(5) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste aller Unternehmen der Gruppe bereit, die an einer zentralisierten Bearbeitung teilnehmen und macht diese in geeigneter Form bekannt.

(6) Nimmt ein Unternehmen für ein anderes Mitglied der Gruppe Datenerhebungen, -verarbeitungen oder -nutzungen vor, richtet sich dies nach Artikel 21 oder 22 dieser Verhaltensrichtlinie.

Art. 10 Tarifikalkulation und Prämienberechnung

(1) Die Versicherungswirtschaft errechnet auf der Basis von Statistiken und Erfahrungswerten mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Versicherungsfällen sowie deren Schadenhöhe und entwickelt auf dieser Grundlage Tarife. Dazu werten Unternehmen Daten aus Versicherungsverhältnissen ausschließlich in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form aus.

(2) Eine Übermittlung von Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder zur Tarifikalkulation erfolgt nur in anonymisierter oder – soweit erforderlich – pseudonymisierter Form. Der Rückschluss auf die Betroffenen ist auszuschließen.

(3) Zur Ermittlung der risikogerechten Prämie werden diese Tarife auf die individuelle Situation des Antragstellers angewandt. Darüber hinaus kann eine Bewertung des individuellen Risikos des Antragstellers durch spezialisierte Risikoprüfer, z. B. Ärzte, in die Prämienermittlung einfließen. Hierzu werden auch personenbezogene Daten verwendet, die im Rahmen dieser Verhaltensrichtlinie erhoben worden sind.

Art. 11 Scoring

Für das Scoring gelten die gesetzlichen Regelungen, insbesondere § 28b BDSG.

Art. 12 Bonitätsdaten

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Bonitätsdaten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 13 Automatisierte Einzelentscheidungen

(1) Entscheidungen, die für die Betroffenen eine negative rechtliche oder wirtschaftliche Folge nach sich ziehen oder sie erheblich beeinträchtigen, werden grundsätzlich nicht ausschließlich auf eine automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten gestützt, die der Bewertung einzelner Persönlichkeitsmerkmale dienen. Dies wird organisatorisch sicher gestellt. Die Informationstechnik wird grundsätzlich nur als Hilfsmittel für eine Entscheidung herangezogen, ohne dabei deren einzige Grundlage zu bilden. Dies gilt nicht, wenn einem Begehren der Betroffenen in vollem Umfang stattgegeben wird.

(2) Sofern automatisierte Entscheidungen zu Lasten der Betroffenen getroffen werden, wird dies den Betroffenen von der verantwortlichen Stelle unter Hinweis auf das Auskunftsrecht mitgeteilt. Auf Verlangen werden den Betroffenen auch der logische Aufbau der automatisierten Verarbeitung sowie die wesentlichen Gründe dieser Entscheidung mitgeteilt und erläutert, um ihnen die Geltendmachung ihres Standpunktes zu ermöglichen. Die Information über den logischen Aufbau umfasst die verwendeten Datenarten sowie ihre Bedeutung für die automatisierte Entscheidung. Die Entscheidung wird auf dieser Grundlage in einem nicht ausschließlich automatisierten Verfahren erneut geprüft.

(3) Der Einsatz automatisierter Entscheidungshilfen wird dokumentiert.

Art. 14 Hinweis- und Informationssystem (HIS)*

(1) Die Unternehmen der deutschen Versicherungswirtschaft – mit Ausnahme der privaten Krankenversicherer – nutzen ein Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Der Betrieb und die Nutzung des HIS erfolgen nach den Regelungen des Bundesdatenschutzgesetzes zur geschäftsmäßigen Datenerhebung und -speicherung zum Zweck der Übermittlung (Auskunftei).

(2) Das HIS wird getrennt nach Versicherungssparten betrieben. In allen Sparten wird der Datenbestand in jeweils zwei Datenpools getrennt verarbeitet: in einem Datenpool für die Abfrage zur Risikoprüfung im Antragsfall (A-Pool) und in einem Pool für die Abfrage zur Leistungsprüfung (L-Pool). Die Unternehmen richten die Zugriffsberechtigungen für ihre Mitarbeiter entsprechend nach Sparten und Aufgaben getrennt ein.

(3) Die Unternehmen melden bei Vorliegen festgelegter Einmeldekriterien Daten zu Personen, Fahrzeugen oder Immobilien an den Betreiber des HIS, wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt oder eine Auffälligkeit, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten könnte. Vor einer Einmeldung von Daten zu Personen erfolgt eine Abwägung der Interessen der Unternehmen und des Betroffenen. Bei Vorliegen der festgelegten Meldekriterien ist regelmäßig von einem überwiegenden berechtigten Interesse des Unternehmens an der Einmeldung auszugehen. Besondere Arten personenbezogener Daten, wie z. B. Gesundheitsdaten, werden nicht an das HIS gemeldet.

* Die AachenMünchener Lebensversicherung AG beteiligt sich derzeit nicht am HIS.

(4) Die Unternehmen informieren die Versicherungsnehmer bereits bei Vertragsabschluss in allgemeiner Form über das HIS unter Angabe der verantwortlichen Stelle mit deren Kontaktdaten. Sie benachrichtigen anlässlich der Einmeldung die Betroffenen über die Art der gemeldeten Daten, den Zweck der Meldung, den Datenempfänger und den möglichen Abruf der Daten.

(5) Ein Abruf von Daten aus dem HIS kann bei Antragstellung und im Leistungsfall erfolgen, nicht jedoch bei Auszahlung einer Kapitallebensversicherung im Erlebensfall. Der Datenabruf ist nicht die alleinige Grundlage für eine Entscheidung im Einzelfall. Die Informationen werden lediglich als Hinweis dafür gewertet, dass der Sachverhalt einer näheren Prüfung bedarf. Alle Datenabrufe erfolgen im automatisierten Abrufverfahren und werden protokolliert für Revisionszwecke und den Zweck, stichprobenartig deren Berechtigung prüfen zu können.

(6) Soweit zur weiteren Sachverhaltsaufklärung erforderlich, können im Leistungsfall auch Daten zwischen dem einmeldenden und dem abrufenden Unternehmen ausgetauscht werden, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass der Betroffene ein schutzwürdiges Interesse am Ausschluss der Übermittlung hat. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Soweit der Datenaustausch nicht gemäß Artikel 15 erfolgt, werden die Betroffenen über den Datenaustausch informiert. Eine Information ist nicht erforderlich, solange die Aufklärung des Sachverhalts dadurch gefährdet würde oder wenn die Betroffenen auf andere Weise Kenntnis vom Datenaustausch erlangt haben.

(7) Die im HIS gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 4. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzung für die Einmeldung gelöscht. Zu einer Verlängerung der Speicherdauer auf maximal 10 Jahre kommt es in der Lebensversicherung im Leistungsbereich oder bei erneuter Einmeldung innerhalb der regulären Speicherzeit gemäß Satz 1. Daten zu Anträgen, bei denen kein Vertrag zustande gekommen ist, werden im HIS spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Jahr der Antragstellung gelöscht.

(8) Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft gibt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben einen detaillierten Leitfaden zur Nutzung des HIS an die Unternehmen heraus.

Art. 15 Aufklärung von Widersprüchlichkeiten

(1) Ergeben sich bei oder nach Vertragsschluss für den Versicherer konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung oder bei Aktualisierungen von Antragsdaten während des Versicherungsverhältnisses unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde oder dass falsche oder unvollständige Sachverhaltsangaben bei der Feststellung eines entstandenen Schadens gemacht wurden, nimmt das Unternehmen ergänzende Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen vor, soweit dies zur Aufklärung der Widersprüchlichkeiten erforderlich ist.

(2) Ergänzende Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen zur Überprüfung der Angaben zur Risikobeurteilung bei Antragstellung erfolgen nur innerhalb von fünf Jahren, bei Krankenversicherungen innerhalb von drei Jahren nach Vertragsschluss. Diese Frist kann sich verlängern, wenn die Anhaltspunkte für eine Anzeigepflichtverletzung dem Unternehmen erst nach Ablauf der Frist durch Prüfung eines in diesem Zeitraum aufgetretenen Schadens bekannt werden. Bestehen konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Versicherungsnehmer bei der Antragstellung vorsätzlich oder arglistig unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht hat, verlängert sich dieser Zeitraum auf 10 Jahre.

(3) Ist die ergänzende Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von besonderen Arten personenbezogener Daten, insbesondere von Daten über die Gesundheit, nach Absatz 1 erforderlich, werden die Betroffenen entsprechend ihrer Erklärung im Versicherungsantrag vor einer Datenerhebung nach § 213 Abs. 2 VVG unterrichtet

und auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen oder von den Betroffenen wird zuvor eine eigenständige Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung eingeholt.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

(1) Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifrelevanter oder leistungsrelevanter Angaben unter Beachtung des Artikels 8 Absatz 1 vorgenommen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Angaben erforderlich sind:

1. bei der Risikoeinschätzung zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadensfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung,
2. zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel,
3. zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer,
4. zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten.

In den Fällen der Nummern 1 und 4 ist der Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung nur zulässig, wenn die Betroffenen bei Datenerhebung im Antrag über den möglichen Datenaustausch und dessen Zweck und Gegenstand informiert werden. Nach einem Datenaustausch zum Zweck der Leistungsprüfung werden die Betroffenen über einen erfolgten Datenaustausch im gleichen Umfang informiert. Artikel 15 bleibt unberührt.

(2) Ein Datenaustausch mit anderen Versicherern außerhalb der für das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) getroffenen Regelungen erfolgt darüber hinaus, soweit dies zur Prüfung und Abwicklung gemeinsamer, mehrfacher oder kombinierter Absicherung von Risiken, des gesetzlichen Übergangs einer Forderung gegen eine andere Person oder zur Regulierung von Schäden zwischen mehreren Versicherern über bestehende Teilungs- und Regressverzichtsabkommen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegen steht.

(3) Der Datenaustausch wird dokumentiert.

Art. 17 Datenübermittlung an Rückversicherer

(1) Um jederzeit zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus den Versicherungsverhältnissen in der Lage zu sein, geben Unternehmen einen Teil ihrer Risiken aus den Versicherungsverträgen an Rückversicherer weiter. Zum weiteren Risikoausgleich bedienen sich in einigen Fällen diese Rückversicherer ihrerseits weiterer Rückversicherer. Zur ordnungsgemäßen Begründung, Durchführung oder Beendigung des Rückversicherungsvertrages werden in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form Daten aus dem Versicherungsantrag oder -verhältnis, insbesondere Versicherungsnummer, Beitrag, Art und Höhe des Versicherungsschutzes und des Risikos sowie etwaige Risikozuschläge weitergegeben.

(2) Personenbezogene Daten erhalten die Rückversicherer nur, soweit dies erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegensteht. Dies kann der Fall sein, wenn im Rahmen des konkreten Rückversicherungsverhältnisses die Übermittlung personenbezogener Daten an Rückversicherer aus folgenden Gründen erfolgt:

1. Die Rückversicherer führen z. B. bei hohen Vertragssummen oder bei einem schwer einzustufenden Risiko im Einzelfall die Risikoprüfung und die Leistungsprüfung durch.
2. Die Rückversicherer unterstützen die Unternehmen bei der Risiko- und Schadenbeurteilung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen.
3. Die Rückversicherer erhalten zur Bestimmung des Umfangs der Rückversicherungsverträge einschließlich der Prüfung, ob und

in welcher Höhe sie an ein und demselben Risiko beteiligt sind (Kumulkontrolle) sowie zu Abrechnungszwecken Listen über den Bestand der unter die Rückversicherung fallenden Verträge.

4. Die Risiko- und Leistungsprüfung durch den Erstversicherer wird von den Rückversicherern stichprobenartig kontrolliert zur Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Erstversicherer.

(3) Die Unternehmen vereinbaren mit den Rückversicherern, dass personenbezogene Daten von diesen nur zu den in Absatz 2 genannten Zwecken verwendet werden. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 Strafgesetzbuch (StGB) unterliegen, verpflichten sie die Rückversicherer hinsichtlich der Daten, die sie nach Absatz 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Rückversicherer sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

(4) Besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, erhalten die Rückversicherer nur, wenn die Voraussetzungen des Artikels 6 erfüllt sind.

VI. VERARBEITUNG PERSONENBEZOGENER DATEN FÜR VERTRIEBSZWECKE UND ZUR MARKT- UND MEINUNGSFORSCHUNG

Art. 18 Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung

Personenbezogene Daten werden für Zwecke der Werbung nur auf der Grundlage von § 28 Abs. 3 bis 4 BDSG und unter Beachtung von § 7 UWG erhoben, verarbeitet und genutzt.

Art. 19 Markt- und Meinungsforschung

(1) Die Unternehmen führen Markt- und Meinungsforschung unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der Betroffenen durch.

(2) Soweit die Unternehmen andere Stellen mit der Markt- und Meinungsforschung beauftragen, ist die empfangende Stelle unter Nachweis der Einhaltung der Datenschutzstandards auszuwählen. Vor der Datenweitergabe sind die Einzelheiten des Forschungsvorhabens vertraglich nach den Vorgaben des Artikels 21 oder 22 zu regeln. Dabei ist insbesondere festzulegen:

- a) dass die übermittelten und zusätzlich erhobenen Daten frühestmöglich anonymisiert werden,
- b) dass die Auswertung der Daten sowie die Übermittlung der Ergebnisse der Markt- und Meinungsforschung an die Unternehmen ausschließlich in anonymisierter Form erfolgen.

(3) Soweit die Unternehmen selbst personenbezogene Daten zum Zweck der Markt- und Meinungsforschung verarbeiten oder nutzen, werden die Daten frühestmöglich anonymisiert. Die Ergebnisse werden ausschließlich in anonymisierter Form gespeichert oder genutzt.

(4) Soweit im Rahmen der Markt- und Meinungsforschung geschäftliche Handlungen vorgenommen werden, die als Werbung zu werten sind, beispielsweise wenn bei der Datenerhebung auch absatzfördernde Äußerungen erfolgen, richtet sich die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten dafür nach den in Artikel 18 getroffenen Regelungen.

Art. 20 Datenübermittlung an selbstständige Vermittler

(1) Eine Übermittlung personenbezogener Daten erfolgt an den betreuenden Vermittler nur, soweit es zur bedarfsgerechten Vorbereitung oder Bearbeitung eines konkreten Antrags bzw. Vertrags oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten der Betroffenen erforderlich ist. Die Vermittler werden auf ihre besonderen Verschwiegenheitspflichten wie das Berufs- oder Datenheimnis hingewiesen.

(2) Vor der erstmaligen Übermittlung personenbezogener Daten an einen Versicherungsvertreter oder im Falle eines Wechsels vom betreuenden Versicherungsvertreter auf einen anderen Versicherungsvertreter informiert das Unternehmen die Versicherten oder Antragsteller vorbehaltlich der Regelung des Absatz 3 vor der Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten über den bevorstehenden Datentransfer, die Identität (Name, Sitz) des neuen Versicherungsvertreters und ihr Widerspruchsrecht. Eine Information durch den bisherigen Versicherungsvertreter steht einer Information durch das Unternehmen gleich. Im Falle eines Widerspruchs findet die Datenübermittlung grundsätzlich nicht statt. In diesem Fall wird die Betreuung durch einen anderen Versicherungsvertreter oder das Unternehmen selbst angeboten.

(3) Eine Ausnahme von Absatz 2 besteht, wenn die ordnungsgemäße Betreuung der Versicherten im Einzelfall oder wegen des unerwarteten Wegfalls der Betreuung der Bestand der Vertragsverhältnisse gefährdet ist.

(4) Personenbezogene Daten von Versicherten oder Antragstellern dürfen an einen Versicherungsmakler übermittelt werden, wenn diese dem Makler eine Maklervollmacht erteilt haben. Für den Fall des Wechsels des Maklers gilt Absatz 2 entsprechend.

(5) Eine Übermittlung von Gesundheitsdaten durch das Unternehmen an den betreuenden Vermittler erfolgt grundsätzlich nicht, es sei denn, es liegt eine Einwilligung der Betroffenen vor. Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bleiben hiervon unberührt.

VII. DATENVERARBEITUNG IM AUFTRAG UND FUNKTIONS-ÜBERTRAGUNG

Art. 21 Pflichten bei der Datenerhebung und -verarbeitung im Auftrag

(1) Sofern ein Unternehmen personenbezogene Daten gemäß § 11 BDSG im Auftrag erheben, verarbeiten oder nutzen lässt (z. B. Elektronische Datenverarbeitung, Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Adressverwaltung, Schaden- und Leistungsbearbeitung ohne selbstständigen Entscheidungsspielraum, Sicherstellung der korrekten Verbuchung von Zahlungseingängen, Zahlungsausgang, Inkasso ohne selbstständigen Forderungseinzug, Entsorgung von Dokumenten) wird der Auftragnehmer mindestens gemäß § 11 Abs. 2 BDSG vertraglich verpflichtet. Es wird nur ein solcher Auftragnehmer ausgewählt, der alle für die Verarbeitung notwendigen technischen und organisatorischen Anforderungen und Sicherheitsvorkehrungen durch geeignete Maßnahmen gewährleistet. Das Unternehmen überzeugt sich vor Auftragserteilung und sodann regelmäßig von der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen und dokumentiert die Ergebnisse.

(2) Jede Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung ist nur im Rahmen der Weisungen des Unternehmens zulässig. Vertragsklauseln sollen den Beauftragten für den Datenschutz vorgelegt werden, die bei Bedarf beratend mitwirken.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Auftragnehmer bereit. Ist die systematische automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags, können die Auftragsdatenverarbeiter in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Auftragnehmer, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

Art. 22 Funktionsübertragung an Dienstleister

(1) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung erfolgt, soweit dies für die Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses mit den Betroffenen erforderlich ist. Das ist insbesondere der Fall, wenn Sachverständige mit der Begutachtung eines Ver-

sicherungsfalls beauftragt sind oder wenn Dienstleister zur Ausführung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen, die eine Sachleistung beinhalten, eingeschaltet werden (sog. Assistance).

(2) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben kann auch dann erfolgen, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des Unternehmens erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse des Betroffenen dem entgegen steht. Das kann z. B. der Fall sein, wenn Dienstleister Aufgaben übernehmen, die der Geschäftsabwicklung des Unternehmens dienen, wie beispielsweise die Risikoprüfung, Schaden- und Leistungsbearbeitung, Inkasso mit selbständigem Forderungseinzug oder die Bearbeitung von Rechtsfällen und die Voraussetzungen der Absätze 4 bis 7 erfüllt sind.

(3) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister nach Absatz 1 und 2 unterbleibt, soweit der Betroffene dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen wegen seiner besonderen persönlichen Situation das Interesse des übermittelnden Unternehmens überwiegt. Die Betroffenen werden in geeigneter Weise darauf hingewiesen.

(4) Das Unternehmen schließt mit den Dienstleistern, die in seinem Interesse tätig werden, eine vertragliche Vereinbarung, die mindestens folgende Punkte enthalten muss:

- Eindeutige Beschreibung der Aufgaben des Dienstleisters;
- Sicherstellung, dass die übermittelten Daten nur im Rahmen der vereinbarten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt werden;
- Gewährleistung eines Datenschutz- und Datensicherheitsstandards, der diesen Verhaltensregeln entspricht;
- Verpflichtung des Dienstleisters, dem Unternehmen alle Auskünfte zu erteilen, die zur Erfüllung einer beim Unternehmen verbleibenden Auskunftspflicht erforderlich sind oder dem Betroffenen direkt Auskunft zu erteilen.

Diese Aufgabenauslagerungen werden im Verfahrensverzeichnis abgebildet.

(5) Unternehmen und Dienstleister vereinbaren zusätzlich, dass Betroffene, welche durch die Übermittlung ihrer Daten an den Dienstleister oder die Verarbeitung ihrer Daten durch diesen einen Schaden erlitten haben, berechtigt sind, von beiden Parteien Schadenersatz zu verlangen. Vorrangig tritt gegenüber den Betroffenen das Unternehmen für den Ersatz des Schadens ein. Die Parteien vereinbaren, dass sie gesamtschuldnerisch haften und sie nur von der Haftung befreit werden können, wenn sie nachweisen, dass keine von ihnen für den erlittenen Schaden verantwortlich ist.

(6) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Dienstleister bereit, an die Aufgaben im Wesentlichen übertragen werden. Ist die systematische automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Vertrages können die Dienstleister in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Stellen, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(7) Das Unternehmen stellt sicher, dass die Auskunftsrechte der Betroffenen gemäß Artikel 23 durch die Einschaltung des Dienstleisters nicht geschmälert werden.

(8) Besondere Arten personenbezogener Daten dürfen in diesem Rahmen nur erhoben, verarbeitet oder genutzt werden, wenn die Betroffenen eingewilligt haben oder die Voraussetzungen des Artikels 6 Absatz 2 vorliegen. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Dienstleister hinsichtlich der Daten, die sie nach

den Absätzen 1 und 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Dienstleister sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

VIII. RECHTE DER BETROFFENEN

Art. 23 Auskunftsanspruch

(1) Betroffene können schriftlich, telefonisch, mit Faxgerät oder elektronischer Post Auskunft über die beim Unternehmen über sie gespeicherten Daten verlangen. Ihnen wird dann entsprechend ihrer Anfrage Auskunft darüber erteilt, welche personenbezogenen Daten welcher Herkunft über sie zu welchen Zwecken beim Unternehmen gespeichert sind. Im Falle einer (geplanten) Übermittlung wird den Betroffenen auch über die Dritten oder die Kategorien von Dritten, an die seine Daten übermittelt werden (sollen), Auskunft erteilt.

(2) Eine Auskunft kann nur unterbleiben, wenn sie die Geschäftszwecke des Unternehmens erheblich gefährden würde, insbesondere wenn aufgrund besonderer Umstände ein überwiegendes Interesse an der Wahrung eines Geschäftsgeheimnisses besteht, es sei denn, dass das Interesse an der Auskunft die Gefährdung überwiegt oder wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden rechtlichen Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen.

(3) Im Falle einer Rückversicherung (Artikel 17) oder einer Funktionsübertragung an Dienstleister (Artikel 22) nimmt das Unternehmen die Auskunftsverlangen entgegen und erteilt auch alle Auskünfte, zu denen der Rückversicherer bzw. Dienstleister verpflichtet ist oder es stellt die Auskunftserteilung durch diesen sicher.

Art. 24 Ansprüche auf Berichtigung, Löschung und Sperrung

(1) Erweisen sich die gespeicherten personenbezogenen Daten als unrichtig oder unvollständig, werden diese berichtigt.

(2) Personenbezogene Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung oder Nutzung sich aufgrund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten für die verantwortliche Stelle zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung oder Nutzung nicht mehr erforderlich ist.

(3) Die Prüfung des Datenbestandes auf die Notwendigkeit einer Löschung nach Absatz 2 erfolgt in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich.

(4) An die Stelle einer Löschung tritt eine Sperrung, soweit der Löschung gesetzliche, satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Grund zu der Annahme besteht, dass durch eine Löschung schutzwürdige Interessen der Betroffenen beeinträchtigt würden oder die Löschung wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand möglich ist. Personenbezogene Daten werden ferner gesperrt, soweit ihre Richtigkeit vom Betroffenen bestritten wird und sich weder ihre Richtigkeit noch ihre Unrichtigkeit feststellen lässt.

(5) Das Unternehmen benachrichtigt empfangende Stellen, insbesondere Rückversicherer und Versicherungsvertreter über eine erforderliche Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten.

(6) Soweit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten aufgrund eines Antrags der Betroffenen erfolgte, werden diese nach der Ausführung hierüber unterrichtet.

IX. EINHALTUNG UND KONTROLLE

Art. 25 Verantwortlichkeit

(1) Die Unternehmen gewährleisten als verantwortliche Stellen, dass die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet werden.

(2) Beschäftigte, die mit der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten betraut sind, werden auf das Datengeheimnis gemäß § 5 BDSG verpflichtet. Sie werden darüber unterrichtet, dass Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften auch als Ordnungswidrigkeit geahndet oder strafrechtlich verfolgt werden und Schadensersatzansprüche nach sich ziehen können. Verletzungen datenschutzrechtlicher Vorschriften, für die einzelne Beschäftigte verantwortlich gemacht werden können, können entsprechend dem jeweils geltenden Recht arbeitsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

(3) Die Verpflichtung der Beschäftigten auf das Datengeheimnis gilt auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus.

Art. 26 Transparenz

(1) Auf Anfrage werden die Angaben über die eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren zugänglich gemacht, die der Meldepflicht an die betrieblichen Beauftragten für den Datenschutz unterliegen und bei diesen im Verzeichnisse gespeichert sind (§ 4e Satz 1 Nr. 1 bis 8 BDSG).

(2) Informationen nach Absatz 1 sowie Informationen über datenverarbeitende Stellen, eingesetzte Datenverarbeitungsverfahren oder den Beitritt zu diesen Verhaltensregeln, die in geeigneter Form bekannt zu geben sind (Artikel 9 Absatz 5, Artikel 21 Absatz 3, Artikel 22 Absatz 6, Artikel 7 Absatz 5, Artikel 28 Absatz 1 Satz 2 und Artikel 30 Absatz 1), werden im Internet veröffentlicht; in jedem Fall werden sie auf Anfrage in Schriftform (Briefpost) oder einer der Anfrage entsprechenden Textform (Telefax, elektronische Post) zugesandt. Artikel 23 Absatz 2 Satz 1 gilt entsprechend.

Art. 27 Beauftragte für den Datenschutz

(1) Jedes Unternehmen benennt entsprechend den Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes einen Beauftragten für den Datenschutz als weisungsunabhängiges Organ, welches auf die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften sowie dieser Verhaltensregeln hinwirkt. Das Unternehmen trägt der Unabhängigkeit vertraglich Rechnung.

(2) Die Beauftragten überwachen die ordnungsgemäße Anwendung der im Unternehmen eingesetzten Datenverarbeitungsprogramme und werden zu diesem Zweck vor der Einrichtung oder nicht nur unbedeutenden Veränderung eines Verfahrens zur automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet und wirken hieran beratend mit.

(3) Dazu können sie in Abstimmung mit der jeweiligen Unternehmensleitung alle Unternehmensbereiche zu den notwendigen Datenschutzmaßnahmen veranlassen. Insoweit haben sie ungehindertes Kontrollrecht im Unternehmen.

(4) Die Beauftragten für den Datenschutz machen die bei der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten tätigen Personen durch geeignete Maßnahmen mit den jeweiligen besonderen Erfordernissen des Datenschutzes vertraut.

(5) Daneben können sich alle Betroffenen jederzeit mit Anregungen, Anfragen, Auskunftersuchen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Fragen des Datenschutzes oder der Datensicherheit auch an die Beauftragten für den Datenschutz wenden. Anfragen, Ersuchen und Beschwerden werden vertraulich behandelt. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben.

(6) Die für den Datenschutz verantwortlichen Geschäftsführungen der Unternehmen unterstützen die Beauftragten für den Datenschutz bei der Ausübung ihrer Tätigkeit und arbeiten mit ihnen vertrauensvoll zusammen, um die Einhaltung der anwendbaren

nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften und dieser Verhaltensregeln zu gewährleisten. Die Datenschutzbeauftragten können sich dazu jederzeit mit der jeweils zuständigen datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde vertrauensvoll beraten.

Art. 28 Beschwerden und Reaktion bei Verstößen

(1) Die Unternehmen werden Beschwerden von Versicherten oder sonstigen Betroffenen wegen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Regelungen sowie diese Verhaltensregeln zeitnah bearbeiten und innerhalb einer Frist von 14 Tagen beantworten oder einen Zwischenbescheid geben. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben. Kann der verantwortliche Fachbereich nicht zeitnah Abhilfe schaffen, hat er sich umgehend an den Beauftragten für den Datenschutz zu wenden.

(2) Die Geschäftsführungen der Unternehmen werden bei begründeten Beschwerden so schnell wie möglich Abhilfe schaffen.

(3) Sollte dies einmal nicht der Fall sein, können sich die Beauftragten für den Datenschutz an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden. Sie teilen dies den Betroffenen unter Benennung der zuständigen Aufsichtsbehörde mit.

Art. 29 Information bei unrechtmäßiger Kenntniserlangung von Daten durch Dritte

(1) Falls personenbezogene Daten unter den Voraussetzungen von Absatz 2 unrechtmäßig übermittelt worden oder Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind, informieren die Unternehmen unverzüglich die zuständige Aufsichtsbehörde. Die Betroffenen werden benachrichtigt, sobald angemessene Maßnahmen zur Sicherung der Daten ergriffen worden oder nicht unverzüglich erfolgt sind und die Strafverfolgung nicht mehr gefährdet wird. Würde eine Benachrichtigung unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, z. B. wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle oder wenn eine Feststellung der Betroffenen nicht in vertretbarer Zeit oder mit vertretbarem technischem Aufwand möglich ist, tritt an ihre Stelle eine Information der Öffentlichkeit.

(2) Die Benachrichtigung erfolgt, wenn die personenbezogenen Daten

- a) einem Berufsgeheimnis unterliegen, insbesondere Daten eines Unternehmens der Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung, die nach § 203 StGB geschützt sind,
- b) besondere Arten personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, sind,
- c) sich auf strafbare Handlungen, z. B. des Versicherungsbetruges, oder Ordnungswidrigkeiten, z. B. nach Maßgabe des Straßenverkehrsgesetzes, oder einen entsprechenden Verdacht beziehen oder
- d) Bank oder Kreditkartenkonten

betreffen und schwerwiegende Beeinträchtigungen für die Rechte oder schutzwürdigen Interessen der Betroffenen drohen. Davon ist in der Regel auszugehen, wenn diesen Vermögensschäden oder nicht unerhebliche soziale Nachteile drohen.

(3) Die Unternehmen verpflichten ihre Auftragsdatenverarbeiter nach § 11 BDSG, sie unverzüglich über Vorfälle nach den Absätzen 1 und 2 bei diesen zu unterrichten.

(4) Die Unternehmen erstellen ein Konzept für den Umgang mit Vorfällen nach den Absätzen 1 und 2. Sie stellen sicher, dass diese der Geschäftsleitung sowie dem betrieblichen Datenschutzbeauftragten zur Kenntnis gelangen.

X. FORMALIA

Art. 30 Beitrittserfordernis und Übergangsvorschriften

(1) Die Unternehmen, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind, verpflichten sich zu deren Einhaltung ab dem Zeitpunkt des Beitritts. Der Beitritt der Unternehmen wird vom GDV dokumentiert und in geeigneter Form bekannt gegeben.

(2) Soweit zur Einhaltung dieser Verhaltensregeln technische Änderungen der Datenverarbeitungsverfahren in den Unternehmen erforderlich sind, legen die Unternehmen der zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Jahres nach Beitritt einen Zeitplan für die Umsetzung vor und melden die Fertigstellung nach Abschluss der technischen Umsetzung bis zum Ende des zweiten Kalenderjahres nach dem Beitrittsjahr.

(3) Versicherungsnehmer, deren Verträge vor dem Beitritt des Unternehmens zu diesen Verhaltensregeln bereits bestanden, werden über das Inkrafttreten dieser Verhaltensregeln über den Internetauftritt des Unternehmens sowie spätestens mit der nächsten Vertragspost in Textform informiert.

Art. 31 Evaluierung

Diese Verhaltensregeln werden bei jeder ihren Regelungsgehalt betreffenden Rechtsänderung in Bezug auf diese, spätestens aber fünf Jahre nach dem Abschluss der Überprüfung gemäß § 38a Absatz 2 BDSG insgesamt evaluiert.