

P.U.R. KONZEPT

- Vertrags- und Kundeninformationen
- Versicherungsbedingungen

Die Produkte der AachenMünchener
erhalten Sie exklusiv bei der:



Deutsche
Vermögensberatung
Unternehmensgruppe



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
Merkblatt zur Datenverarbeitung	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 Ablauffermin 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 Ablauffermin, 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 Ablauffermin
Die Kapital-Leistung zahlen wir, wenn die versicherte Person den vereinbarten Ablauffermin 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 Ablauffermin erbracht, entfällt die Kapital-Leistung zum vereinbarten Ablauffermin. 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 Ablauffermin, 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	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.
	- 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.	5	Was gilt bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung?
	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.	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.
4.3	Die Pflegebedürftigkeit wird nach der Anzahl der erreichten Punkte gemäß Ziffer 4.2 wie folgt eingestuft:	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.
	- Pflegestufe 3 6 Punkte - Pflegestufe 2 4 oder 5 Punkte	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	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	5.2.2	Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich oder von anderen von uns anerkannten Fachleuten nach objektiven medizinischen Maßstäben nachzuweisen.
4.4.1	die mentalen Fähigkeiten der versicherten Person sich infolge einer demenziellen Erkrankung wie der Alzheimer-Krankheit erheblich verschlechtert haben und	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.
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	5.2.4	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 Pflegebedürft-

	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 beigefügten „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 beigefügten „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 Gewerbekrankheit) 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?	Sprechvermögen	60 %
	Für die Dauer der Unfallversicherung sind die genannten Leistungen versichert. Die vereinbarten Leistungsarten und Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.	Geruchssinn	10 %
		Geschmackssinn	5 %
		Einer Niere bei Erhalt der anderen Niere	25 %
		Einer Niere bei Fehlen der anderen Niere	75 %
13.1	Invaliditätsleistung ab 50 Prozent Invalidität	Beider Nieren	100 %
13.1.1	Voraussetzung für die Leistung	Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.	
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	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.
	- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eintreten und	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.
	- innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.	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.
13.1.1.2	Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.	13.1.2.3	Stirbt die versicherte Person
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.		- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
13.1.2	Art und Höhe der Leistung:		- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,
13.1.2.1	Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag. Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens		und war ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
	- 50 Prozent zahlen wir die einfache,	13.2	Unfall-Rente
	- 75 Prozent zahlen wir die doppelte,		Wir leisten eine lebenslange Unfall-Rente nach folgenden Bedingungen:
	- 90 Prozent zahlen wir die dreifache Versicherungssumme.	13.2.1	Voraussetzungen für die Leistung
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.		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.
13.1.2.2.1	Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:	13.2.2	Höhe der Leistung
	Arm		Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks		- 50 Prozent leisten wir eine Unfall-Rente in einfacher,
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks		- 75 Prozent leisten wir eine Unfall-Rente in doppelter,
	Hand		- 90 Prozent leisten wir eine Unfall-Rente in dreifacher
	Daumen		Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
	Zeigefinger		
	anderer Finger		
	Bein über der Mitte des Oberschenkels	13.2.3	Beginn und Dauer der Leistung
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels		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.
	Bein bis unterhalb des Knies		
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels		
	Fuß		
	große Zehe		
	andere Zehe		
	Auge		

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 Gehirnblutungen. 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.

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.

- 15.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 15.2.3 Satz 2 entsprechend.
- 15.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- 15.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 15.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

Der Leistungsfall in der Unfallversicherung

- 16 Welche Obliegenheiten haben Sie nach einem Unfall zu beachten?**
Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.
- 16.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie bzw. die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen und seine Anordnungen befolgen.
- 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.
- 16.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
- 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.
- 16.5 Stirbt die versicherte Person unfallbedingt oder während der Zahlung der Unfall-Rente, ist uns der Tod unverzüglich anzuzeigen.
- 17 Wann sind die Leistungen in der Unfallversicherung fällig?**
- 17.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten

in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- 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.

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.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

- 17.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 17.3 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
 - von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 17.1
 - von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.
 Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.
- 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.

Die Vertragsdauer

- 18 Für welche Dauer wird der Vertrag abgeschlossen?**
Den Versicherungsvertrag schließen Sie für die vereinbarte Vertragsdauer - das ist die Zeit vom Vertragsbeginn bis zum vereinbarten Ablauftermin - mit uns ab.
- 19 Wann beginnt der Versicherungsschutz?**
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.
- 20 Wann endet der Versicherungsvertrag?**
 - 20.1 Der Versicherungsvertrag endet
 - 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 Versicherungssteuer
- Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, 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.
- Konnte 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 Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit, so sind wir nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in

	Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.	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	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, Vorsitzender; 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 entsprechenden Registern dieser Produktunterlagen enthalten sind.

Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistung

In unseren Produktinformationsblättern haben wir Sie bereits näher über Art und Umfang der Versicherung informiert.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles und Feststellung unserer Leistungspflicht erbringen wir die im Versicherungsvertrag 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 Bestandteile 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 Versicherungsschutzes 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 Allgemeinen 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 Zugang des Versicherungsscheines oder einer gesonderten Annahmeerklärung 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 Widerrufsrecht 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 zugegangen ist.

Der Vertrag kann auch von uns vorzeitig gekündigt werden, insbesondere

- im Versicherungsfall
- bei Obliegenheitsverletzung.

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

Einzelheiten befinden sich in den Versicherungsbedingungen.

Anwendbares Recht

Auf die vorvertraglichen Verhandlungen und auf das Vertragsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Verwendete Sprache

Sämtliche Kommunikation und Korrespondenz erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Behelfsverfahren

Versicherungsombudsmann e. V.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann 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 Versicherungsangelegenheiten kümmern. Kommt es doch einmal zu Meinungsverschiedenheiten, so können Sie Ihre Beschwerde an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - Bereich Versicherungen - 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

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

Beispiele für Datenverarbeitung und -nutzung

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

1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2 Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer

benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlages sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden Ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

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

3 Datenübermittlung und Datenspeicherung bei der Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH

Um die Schadenbearbeitung möglichst schnell, effektiv und kostengünstig zu gestalten, hat die Generali Deutschland Gruppe eine Schadenmanagementgesellschaft gegründet, die konzernweit als eigenständige Tochtergesellschaft für bestimmte Versicherer der Generali Deutschland Gruppe tätig wird. Dies sind derzeit die AachenMünchener Versicherung AG sowie die Generali Versicherung AG.

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

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

4 Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

5 Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. und beim Verband der privaten Krankenversicherung e. V. zentrale Hinweissysteme.

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

Beispiele:

Allgemeine Haftpflichtversicherung

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Kfz-Versicherer

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und -verhütung.

Lebensversicherer

- Aufnahme von Sonderrisiken, z. B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag,
- aus versicherungsmedizinischen Gründen,
- aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
- wegen verweigerter Nachuntersuchung.
- Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers; Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Zweck: Risikoprüfung.

Rechtsschutzversicherer

- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens zwei Versicherungsfällen innerhalb von 12 Monaten,
- Kündigungen zum normalen Vertragsablauf durch den Versicherer nach mindestens 3 Versicherungsfällen innerhalb von 36 Monaten,
- vorzeitige Kündigungen und Kündigungen zum normalen Vertragsablauf bei konkret begründetem Verdacht einer betrügerischen Inanspruchnahme der Versicherung.

Zweck: Überprüfung der Angaben zu Vorversicherungen bei der Antragstellung.

Sachversicherer

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

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

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

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

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

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

6 Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

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

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

Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

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

AachenMünchener Lebensversicherung AG

AachenMünchener Versicherung AG

Advocard Rechtsschutzversicherung AG

Generali Deutschland Pensionsfonds AG

Generali Deutschland Pensionskasse AG

Generali Deutschland Schadenmanagement GmbH

Generali Deutschland Services GmbH

Generali Deutschland Informatik Services GmbH

AMPAS GmbH

Central Krankenversicherung AG

Cosmos Lebensversicherungs-AG

Cosmos Versicherung AG

Deutsche Bausparkasse Badenia AG

Dialog Lebensversicherungs-AG

ENVIVAS Krankenversicherung AG

Generali Lebensversicherung AG

Generali Versicherung AG

Pensor Pensionsfonds AG

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlagegesellschaften sowie anderen Versicherern außerhalb der Gruppe zusammen. Zurzeit kooperieren wir u. a. mit:

Allgemeine Kredit Coface Holding AG

Generali Deutschland Finanzdienstleistung GmbH

ATLAS Dienstleistungen für Vermögensberatung GmbH

COMINVEST Asset Management GmbH

Commerz Real Investmentgesellschaft mbH

EA Einsatzbetreuungs- und Auslandsdienste GmbH

Europ Assistance Services GmbH

Europ Assistance Versicherungs-AG

Generali Investments Deutschland Kapitalanlagegesellschaft mbH

Generali Investments Luxembourg S.A.

Uelzener Allgemeine Versicherung a. G.

Victoria Versicherung Aktiengesellschaft

Die Einbeziehung von weiteren unterschiedlichen Kooperationspartnern je nach Einzelfall erfolgt über die

AachenMünchener Versicherungsvermittlungs GmbH.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die genannten Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 7.

7 Betreuung durch Vermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlagegesellschaften und andere. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden Sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch Kündigung des Vermittlervertrages), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert. Die Vermittlung erfolgt u. a. über die:

Allfinanz Deutsche Vermögensberatung AG

Deutsche Vermögensberatung Aktiengesellschaft DVAG

FVD Gesellschaft für Finanzplanung und Vermögensberatung Deutschland mbH

8 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft, sowie unter bestimmten Voraussetzungen, ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.