

Unfallversicherung

für Ärzte, Zahnärzte, MPJ und deren Familien
(gilt nicht für Tierärzte)

- Vertrags- und Kundeninformationen
- Versicherungsbedingungen

Die Produkte der AachenMünchener
erhalten Sie exklusiv bei der:



Deutsche
Vermögensberatung
Unternehmensgruppe



Aachen
Münchener

Inhaltsverzeichnis

Register Unfallversicherung	Seite	3
Produktbeschreibung zur Unfallversicherung für Ärzte, Zahnärzte, MPJ und deren Familien	Seite	4
Bedingungsheft für die Unfallversicherung für Ärzte, Zahnärzte, MPJ und deren Familien	Seite	5
Register „Allgemeine Informationen“	Seite	15
Kundeninformationen	Seite	16
Merkblatt zur Datenverarbeitung	Seite	18

Register Unfallversicherung

Produktbeschreibung zur Unfallversicherung für Ärzte, Zahnärzte, MPJ und deren Familien

(Übersicht über das Deckungskonzept - optionale Erweiterungen)

Individuelle Unfallversicherung für:	
Ärzte (nicht für Tierärzte), Zahnärzte und Medizinstudenten im Praktischen Jahr (MPJ) nach bestandener Physik und deren Familie	
versichert sind:	
Unfälle innerhalb und außerhalb des Berufes (24-Stunden-Deckung) Es besteht Versicherungsschutz für berufliche und private Unfälle – weltweit	☒
Versicherte Personen	
gemäß Antrag	☒
Leistungen	
Die vereinbarten Leistungsarten und Höhen ergeben sich aus dem Antrag:	
Für Ärzte, Zahnärzte und MPJ:	☒
Optionale Leistungspakete über eine	
• Grundsicherung ab 1 % Invalidität und einer	☐
• Zusatzsicherung ab 50 % Invalidität (auch zu bereits bestehenden Unfallversicherungen)	☐
• Invaliditätsleistung als Kapitalzahlung bei einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (nach den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen ohne Progression)	☒
- Es gelten zusätzlich die Besonderen Bedingungen für das Mehrleistungsmodell ab einer Invalidität von 90 %. Doppelte Leistung bis maximal 150.000 EUR	☒
- verbesserte Gliedertaxe für Ärzte	☒
Für Ehegatten und die Kinder:	
• Invaliditätsleistung als Kapitalzahlung bei einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (nach den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen ohne Progression)	☒
- Es gelten zusätzlich die Besonderen Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350%)	☒
Gemeinsame Leistungen:	
• Todesfallleistung wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall verstirbt	☐
• Unfall-Rente als Zusatzleistung bei einer unfallbedingten Beeinträchtigung	☐
• Krankenhaus-Tagegeld (KHTG) für bis zu 5 Jahre in voller Höhe	☐
• Genesungsgeld für bis zu 42 Tage in voller Höhe	☐
• Übergangsleistung nach einer bestehenden unfallbedingten Beeinträchtigung von mehr als 50 %	☐
• Kosten für kosmetische Operationen	☐
• Bergungskosten beitragsfrei mitversichert	→ 1.250 EUR ☒
• Kurbehilfe beitragsfrei mitversichert	→ 1.250 EUR ☒
Versicherungsumfang	
• Versicherungsschutz für körperliche Unfälle , wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet	☒
• erweiterter Unfallbegriff bei erhöhter Kraftanstrengung an Gliedmaßen und Wirbelsäule	☒
• weltweiter Versicherungsschutz	☒
• Infektions- und Röntgenklausel für Ärzte	☒
• Berücksichtigung von Krankheiten und Gebrechen erst ab einem Anteil von 25 %	☒
• Infektionen durch FSME oder Lyme-Borreliose auf Grund von Zeckenbissen	☒

☒ Im Rahmen der Unfallversicherung versichert

☐ Beantragbar

Bedingungsheft für die Unfallversicherung für Ärzte, Zahnärzte, MPJ und deren Familien

Inhaltsverzeichnis

Nachfolgende Bedingungen werden Vertragsbestandteil:

- Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96) Fassung 2008 Ziffer 1
- Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung Ziffer 2
- Zusatzbedingungen für Kurbeihilfe Ziffer 3
- Zusatzbedingung für die Mitversicherung des Fluggastrisikos Ziffer 4
- Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in der Unfallversicherung Ziffer 5
- Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen in die Unfallversicherung Ziffer 6
- Besondere Bedingungen für die Versicherung von Invalidität auf Grund einer Infektion mit FSME oder Lyme-Borreliose Ziffer 7

Nachfolgende Bedingungen gelten, soweit im Antrag oder in den Vertragsunterlagen für Ärzte, Zahnärzte sowie MPJ eine Leistungsart beantragt oder zur Leistungsart eine Versicherungssumme ausgewiesen ist:

- Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe Ziffer 8
- Besondere Bedingungen für Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent Ziffer 9
- Besondere Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung für Ärzte mit erweiterter Gliedertaxe und Ausschluss der Leistung bei Invalidität unter 50 Prozent und mit Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent Ziffer 10
- Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung Ziffer 11

Nachfolgende Bedingungen gelten, soweit im Antrag oder in den Vertragsunterlagen für Ehegatten (die als Hausfrau/-mann oder in anderen Berufen tätig sind) sowie für die Kinder eine Leistungsart beantragt oder zur Leistungsart eine Versicherungssumme ausgewiesen ist:

- Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %) Ziffer 12
- Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung Ziffer 11

Die Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung gelten, soweit im Antrag oder den Vertragsunterlagen beim Namen der versicherten Person der Zusatz „Kinder-Unfallversicherung (KiU)“ ausgewiesen ist Ziffer 13

1. Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96)

Fassung 2008

Verzeichnis der Paragraphen

- § 1 Der Versicherungsfall
- § 2 Ausschlüsse
- § 3 Nicht versicherbare Personen
- § 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers oder seines Vertreters bis zum Vertragsabschluss
- § 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/Vertragliche Gestaltungsrechte
- § 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug
- § 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst
- § 7 Die Leistungsarten
- § 8 Einschränkung der Leistungen
- § 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Fälligkeit der Leistungen
- § 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
- § 13 Anzeigen und Willenserklärungen
- § 14 Verjährung
- § 15 Gerichtsstände

§ 1 Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

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

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I.
 - 1. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 - 2. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 - 3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich der Versicherte aufhält.

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

4. Unfälle des Versicherten

- a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

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

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

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

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

4. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- III. 1. Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
2. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.
- IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

- I. Nicht versicherbar sind Personen, die auf Dauer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen. Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die in der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in die Pflegestufe II (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 14.06.1996) eingestuft sind.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- III. Der für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird erstattet.

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

- I. 1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten Gefahrumstände dem Versicherer in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer den Versicherungsnehmer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor der Vertragsannahme durch den Versicherer in Textform Fragen im Sinne von Satz 1 stellt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
2. Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
3. Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss der Versicherungsnehmer sich so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- II. 1. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.
2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat;
 - b) der Versicherungsnehmer im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
3. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig

oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

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

- III. 1. Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.
2. Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- IV. 1. Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
2. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Schriftform kündigen.
- V. 1. Der Versicherer muss die nach den Ziffern II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt hat. Dabei sind die Umstände anzugeben auf die sich die Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben.
2. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.
3. Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern II. bis IV. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- VI. Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- VII. Die Rechte des Versicherers nach den Ziffern II. bis IV. erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt hat.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/ Vertragliche Gestaltungsrechte

- I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 5 Ziffer I. zahlt.
- II. Der Vertrag kann beendet werden durch Kündigung in Schriftform eines der Vertragspartner
 1. zum Ablauf der vereinbarten Dauer. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf in Schriftform gegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;

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

3. wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist.

Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.

Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. Der Versicherungsschutz für den Versicherten tritt außer Kraft, sobald der Versicherte Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

- I. Die Beiträge enthalten die jeweilige Versicherungsteuer und die vereinbarten Nebenkosten.

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages. Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

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

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

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

- III.
 1. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrages gelten die Bestimmungen der §§ 37 und 38 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag.
 2. Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerrufsfrist von 2 Wochen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
 3. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren

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

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

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

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

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

6. Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Rückständige Folgebeiträge können nur innerhalb eines Jahres seit Ablauf der nach § 38 Absatz 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag gesetzten Zahlungsfristen gerichtlich geltend gemacht werden. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
7. Der Versicherer ist bei Verzug berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
8. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5. Absatz 2 darauf hingewiesen wurde. Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5. Absatz 2 hinzuweisen.

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

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

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

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

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

- II.
1. Ergeben sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers niedrigere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 2. Errechnen sich dagegen bei unverändertem Beitrag höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 3. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer die Versicherung zu den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt.
 4. Bietet der Versicherer für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach seinem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif keinen Versicherungsschutz, erlischt der Versicherungsschutz nach Ablauf von einem Monat, nachdem der Versicherte die nicht versicherbare Berufstätigkeit oder Beschäftigung aufgenommen hat.

§ 7 Die Leistungsarten

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

I. Invaliditätsleistung

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

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

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

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

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

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

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

- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach Ziffer 2. ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen.

3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach Ziffer 2. zu bemessen.

4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

5. Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach Ziffer 1. entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsleistung

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

III. Tagegeld

1. Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
2. Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

1. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für fünf Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, und zwar in der im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen festgelegten Höhe.
2. Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
3. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld

Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 42 Tage, und zwar in voller Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes.

VI. Todesfall-Leistung

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

§ 8 Einschränkung der Leistungen

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

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und innerhalb einer Woche an den Versicherer zurück zu senden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles trägt der Versicherer.
- IV. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- V. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.
- VI. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- I. Wird eine nach Eintritt des Unfalls zu erfüllende Obliegenheit nach § 9 oder eine in den vereinbarten Besonderen Bedingungen genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- II. Verletzt der Versicherungsnehmer eine der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheiten, so ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
- III. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- IV. Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

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

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer

 - bei Invalidität bis zu 1 ‰ der versicherten Summe,
 - bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,

- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaus-tagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

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

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle zu richten.
- II. Hat der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung des Versicherers, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.
- III. Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer II. entsprechend Anwendung.

§ 14 Verjährung

- I. Die Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- II. Ist ein Anspruch aus dem Vertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 15 Gerichtsstände

- I. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Ist der Versicherungsnehmer eine

natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- II. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des

Versicherungsnehmers. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnergesellschaft ist.

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

2. Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

- I. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:
- a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

- II. Hat der Versicherte für Kosten nach Ziffer I. a) ein zu stehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
- III. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer kann nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Eine Vorleistung erfolgt im Rahmen dieser Bedingung. In diesem Fall sind etwaige Ansprüche gegen andere Ersatzpflichtige an den Versicherer abzutreten.
- IV. Bestehen für den Versicherten bei der AachenMünchener Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. Zusatzbedingungen für Kurbeihilfe

§ 7 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96) wird wie folgt erweitert:

- I. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AM-AUB 96 den im Versicherungsschein festgelegten Betrag, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Für die Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AM-AUB 96.

- II. Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- III. Bestehen für den Versicherten bei der AachenMünchener Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

4. Zusatzbedingung für die Mitversicherung des Fluggastrisikos

Für das mitversicherte Fluggastrisiko gelten die vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch folgende Versicherungssummen:

2.000.000 EUR	für den Invaliditätsfall
1.000.000 EUR	für den Todesfall
250 EUR	für das Krankenhaustage-/Genesungsgeld
250 EUR	für Tagegeld

Falls höhere Versicherungssummen gewünscht werden, bedarf es einer besonderen Vereinbarung. Benutzen mehrere durch diesen Gruppenunfall-Vertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für die Personen insgesamt die Summen von

20.000.000 EUR	für den Invaliditätsfall
10.000.000 EUR	für den Todesfall
2.500 EUR	für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld
2.500 EUR	für Tagegeld

so ist der Versicherer mindestens 3 Tage vor Antritt der Flugreise zu verständigen. Hat der Versicherer nicht ausdrücklich Versicherungsschutz für Versicherungssummen erteilt, die die vorgenannten Beträge überschreiten, so gelten diese Beträge als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle Versicherten, die sich in demselben Flugzeug befinden. Die für die Einzelpersonen vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis, mindestens auf die für die einzelnen Versicherten aufgeführten Höchstbeträge.

Sofern eine progressive Invaliditätsstaffel oder eine sonstige Mehrleistung vereinbart gilt, bilden die je Einzelperson und für den Kumul vereinbarten Summen in diesem Vertrag die Höchstgrenze aller entsprechend anfallenden Entschädigungen.

5. Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

Für die Berufsgruppe der Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Naturärzte, Heilkundige und Hebammen, der Studenten der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern) sowie von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde gilt bei besonderer Vereinbarung:

In Ergänzung des § 2 II (3) Satz 1 und 2 der diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Für die Berufsgruppe der Chemiker und Desinfektoren gilt bei besonderer Vereinbarung:

Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen

aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Ausgeschlossen sind durch die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande gekommenen Schädigungen (Gewebekrankheiten).

Im Falle der Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten bei Unfallversicherungen von Desinfektoren:

Wird der Desinfektor infolge Ausübung seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z. B. an Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet von derselben Krankheit ergriffen, so wird für die Folgen der Krankheit in der gleichen Weise wie für die Folgen eines Unfalls geleistet.

6. Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen in die Unfallversicherung

Die Bestimmung des § 2 II. 1. der dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AM-AUB 96) wird mit der Maßgabe geändert, dass Gesundheitsschäden durch Röntgenstrahlen und künstlich erzeugte ultra-violette Strahlen versichert sind, die sich als Unfälle im Sinne des § 1 III Allgemeine

Unfallversicherungsbedingungen (AM-AUB 96) darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z. B. Röntgenstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgenapparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

7. Besondere Bedingungen für die Versicherung von Invalidität auf Grund einer Infektion mit FSME oder Lyme-Borreliose

Ergänzend zu § 2 II. 3. der vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB) bieten wir auch Versicherungsschutz für Invalidität durch eine Infektion mit Hirnhautentzündung (FSME) oder Lyme-Borreliose nach den folgenden Bedingungen:

I. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person wurde – z. B. durch einen Zeckenbiss – mit FSME oder Lyme-Borreliose infiziert und ist aufgrund dessen in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft im Sinne von § 7 I. AUB beeinträchtigt.

Die Invalidität ist

- erstmals während der Wirksamkeit des Vertrages eingetreten,
- durch einen Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen innerhalb von 3 Monaten nach dieser ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht worden.

II. Wartezeit

Abweichend von § 4 I. AUB beginnt der Versicherungsschutz für 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 (z. B. erhöhte Versicherungssummen).

III. Ausschluss der Leistung

Ausgeschlossen bleibt Invalidität durch eine Infektion mit FSME oder Lyme-Borreliose, wegen der die versicherte Person bereits vor der Antragstellung ärztlich untersucht, beraten oder behandelt wurde.

IV. Leistungsarten und Versicherungssummen für die Leistungsabrechnung

Unserer Leistungsabrechnung legen wir die Versicherungssummen für Invalidität und Unfall-Rente zugrunde, die am Tag der erstmaligen schriftlichen ärztlichen Feststellung der Invalidität vereinbart waren.

8. Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrades für Heilberufe

In Abänderung von § 7 I. 2. a) und b) der diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96) gelten als feste Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

a) Arm oder Hand	100 %
Daumen oder Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %

b) Bein oder Fuß	70 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
c) Auge	80 %
Gehör auf beiden Ohren	70 %

9. Besondere Bedingungen für Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

§ 7 I. der diesem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96) wird wie folgt erweitert:

- a) Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen AM-AUB 96) nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern 2. und 3. zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.

- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der AachenMünchener Versicherung weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

10. Besondere Bedingungen für die Unfall-Zusatzversicherung für Ärzte mit erweiterter Gliedertaxe und Ausschluss der Leistung bei Invalidität unter 50 Prozent und mit Mehrleistung bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

- I. Versicherungsleistungen werden nur dann gewährt, wenn sich nach den Bestimmungen des § 7 I 2. a) - d) der zugrunde liegenden Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96) und den nachfolgenden Bestimmungen ein Invaliditätsgrad von mindestens 50 % ergibt.
- II. Es gilt die der versicherten Person zugrunde liegende Gliedertaxe.
- III. § 7 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96) wird wie folgt erweitert:
- a) Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, ohne Mitwirkung von

Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96) nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern 2. und 3. zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 %, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.

- b) Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000 EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der AachenMünchener Versicherung weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

11. Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

- I. Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist, und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- II. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des

Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

- III. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
- IV. Bestehen für den Versicherten bei der AachenMünchener Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

12. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 350 %)

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AM-AUB 96) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (§ 8 AM-AUB 96) nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern 2. und 3. zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Erläuterungen:

Aufgrund der nach vorstehenden Absätzen b) und c) vorgesehenen Berechnungen erhöht sich die gemäß § 7 I. AM-AUB 96 zu zahlende Invaliditätsentschädigung in Prozenten der versicherten Invaliditätssumme:

von	auf	von	auf
30	40	70	200
35	55	75	225
40	70	80	250
45	85	85	275
50	100	90	300
55	125	95	325
60	150	100	350
65	175		

13. Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung

- I. 1. Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat dann folgendes Wahlrecht:
 - a) die Versicherungssummen bleiben unverändert, und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif der AachenMünchener Versicherung AG für Erwachsene ergibt.
 - b) Der Beitrag bleibt unverändert, und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.
- 2. Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß Nummer 1. nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des

neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach Nummer 1. Buchstabe b) fort.

- II. 1. In Abänderung von § 2 II. (4) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AM-AUB 96) fallen unter den Versicherungsschutz auch Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme von für Kinder schädlichen Stoffen.

Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.
- 2. Dieser Einschluss gilt nur für Kinder, die im Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
- III. Abweichend von § 11 IV. der AM-AUB 96 wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von 3 Jahren auf 5 Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

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 Aufsichtsrats: 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 zu den einzelnen Versicherungen 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 jeweiligen Versicherung informiert.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles und Feststellung unserer Leistungspflicht erbringen wir die im jeweiligen 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/der Verträge einschließlich aller Bestandteile wie z. B. gesetzliche Versicherungssteuern oder Ratenzahlungszuschlag ergibt sich aus dem Antrag.

Zahlung, Erfüllung und Zahlweise der Beiträge

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrages, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes, fällig.

Wann Sie die Folgebeiträge zu zahlen haben, richtet sich nach der im Antrag vereinbarten Zahlweise (z. B. monatlich oder jährlich). 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.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages. Es gelten die ausstehenden Raten bis zu den vereinbarten Zahlungsterminen als gestundet.

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

Bei halbjährlicher Zahlweise beträgt der Ratenzuschlag 3 %, bei vierteljährlicher Zahlweise 5 % und bei monatlicher Zahlweise 7 %.

Monatliche Zahlung setzt eine zu unseren Gunsten erteilte Einzugs-ermächtigung voraus. Entfällt diese Voraussetzung nachträglich, gilt vierteljährliche Zahlweise vereinbart.

Nähere Einzelheiten zu diesen Themen sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des jeweils gewählten Produktes zu finden.

Gültigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Informationen dieser Produktunterlagen einschließlich der im Antrag genannten Beiträge 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 den Versicherer 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 14 Tagen in Textform (z. B. als Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Eine ausführliche Belehrung zu Ihrem Widerrufsrecht finden Sie im Antrag.

Beendigung des Vertrages, Kündigungsmöglichkeiten

Jeder Vertragspartner kann den Vertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen. Verträge von mindestens einjähriger Dauer verlängern sich nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn nicht vor Ablauf durch einen Vertragspartner gekündigt wird. Bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen.

Eine Kündigung ist nur wirksam, wenn sie drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf dem anderen Vertragspartner in Schriftform zugegangen ist.

Der Vertrag kann vorzeitig gekündigt werden, insbesondere

- im Versicherungsfall
- bei Obliegenheitsverletzung

Einzelheiten befinden sich in den entsprechenden 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 Streit-schlichtungsverfahren 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 aber 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.

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 Schadenssummen erreicht sind.

Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Missbrauchs.

Transportversicherer

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

Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen 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.