

## **UNFALL-VERSICHERUNGS-BEDINGUNGEN 2009 (Funk UB 2009) - FUNK-OFFICE-POLICE -**

### **Einleitung**

Die Funk UB 2009 basieren auf dem zum 01.01.2008 reformierten Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und im Wesentlichen auf den vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. - GDV - empfohlenen

- Allgemeinen Unfall-Versicherungs-Bedingungen (AUB 2007)
- Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfall-Versicherung
- Besonderen Bedingungen für die Gruppen-Unfall-Versicherung mit Direktanspruch der versicherten Person sowie auf
  - den Annahmerichtlinien der Sparkassenversicherung (Altersklausel, Kumul, ausgeschlossene Berufe)
  - den gemäß § 7 VVG (Information des Versicherungsnehmers) in Zusammenhang mit der VVGinformativpflichtenverordnung (VVG InfoV) zu erteilenden Allgemeinen Vertragsinformationen
  - dem Merkblatt zur Datenverarbeitung

und wurden mit Ihrem Versicherungsmakler Funk exklusiv für Funk-Kunden zusammengestellt und erweitert.

Sollten dem Vertrag weitere, z. B. Zusatz- oder Besondere Bedingungen zugrunde liegen, ist dies Ihrem Versicherungsvertrag zu entnehmen.

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Die versicherten Personen und/oder Personengruppen ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

---

### **Inhaltsverzeichnis:**

#### **Der Versicherungsumfang**

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Unfall-Rente
- 2.3 Übergangsleistung
- 2.4 Tagegeld
- 2.5 Krankenhaus-Tagegeld
- 2.6 Todesfall-Leistung

#### Zusatzleistungen

- 2.7 Rehabilitations-Beihilfe
- 2.8 Bergungskosten
- 2.9 Krankentransport-Kosten
- 2.10 Kosmetische Operationen
- 2.11 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten

- 2.12 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

- 2.13 Koma-Tagegeld

- 2.14 Kururlaubs-Tagegeld

- 2.15 Krankenhaus-Selbstbehalt

- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 5 Was müssen Sie bei Gruppen-Unfall-Versicherungen beachten?

- 6 Wie reduzieren sich die Versicherungssummen bei Erreichen des 75. Lebensjahres?

#### **Der Leistungsfall**

- 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

- 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9 Wann sind die Leistungen fällig?

#### Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?  
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

#### Der Versicherungsbeitrag

11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

#### Weitere Bestimmungen

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

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

15 Was gilt für einen Wechsel Ihres Versicherungsvermittlers?

#### Allgemeine Vertragsinformationen

16 Informationen zum Versicherer

17 Informationen zu den versicherten Leistungen

18 Informationen zum Vertrag

19 Informationen zum Rechtsweg

20 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?

#### Merkblatt zur Datenverarbeitung

#### Vereinbarte Zusatzleistungen

### Der Versicherungsumfang

#### 1 Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2 Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

1.2.1 Der Versicherungsschutz

- umfasst Unfälle in der ganzen Welt,
- gilt rund um die Uhr,
- besteht für alle beruflichen und außerberuflichen Unfälle.

1.2.2 Für Kunden und Gäste des Versicherungsnehmers, sofern dieser eine juristische Person ist, erstreckt sich der Versicherungsschutz lediglich auf Unfälle, die ihnen in den Räumen und auf dem Betriebsgelände des Versicherungsnehmers zustoßen. Eingeschlossen sind die Wege außerhalb dieses Bereiches und die An- und Abreise, sofern und solange die Kunden und Gäste sich in Begleitung eines Betriebsangehörigen befinden.

1.2.3 Für Lebensretter besteht Versicherungsschutz während der Bemühung zur Rettung einer versicherten Person.

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

1.4 Als Unfall gilt auch,

1.4.1 wenn durch eine Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

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

1.4.2 Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, sowie tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Caissonkrankheit, Barotrauma), ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann.

1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 5.1.2.6 und 6), sowie die Ausschlüsse (Ziffer 4) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

#### 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

## 2.1 Invaliditätsleistung

### 2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität).

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt in Textform festgestellt und von Ihnen unter Vorlage eines Arztattestes bei uns geltend gemacht worden.

2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

### 2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

- Arm oder Hand 80 %
- Daumen 35 %
- Zeigefinger 20 %
- anderer Finger 10 %
- mehrere Finger einer Hand jedoch maximal 80 %
- Bein 80 %
- Fuß 50 %
- große Zehe 10 %
- andere Zehe 5 %
- Auge 60 %  
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war 100 %

- Gehör auf einem Ohr 50 %  
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war 90 %
- Gehör auf beiden Ohren 100 %
- Geruchssinn 20 %
- Geschmackssinn 20 %
- Zeugungsfähigkeit bei Männern 50 %
- Empfängnis- oder Gebärfähigkeit bei Frauen bis zum 40. Lebensjahr 50 %

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

2.1.2.2.2 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.

2.1.2.2.3 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 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

Waren das Gehör oder das Augenlicht vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Prozentsatz der Beeinträchtigung nicht mindernd angerechnet, der durch akustische oder optische Hilfen (Hörgeräte, Brillen, Linsen) beseitigt wurde.

2.1.2.2.4 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

2.1.2.2.5 Mehrleistung ab 70 % Invalidität

Für Verträge ohne progressive Invaliditätsstaffel oder andere Mehrleistungs-Bedingungen und ohne eine Sonder-Gliedertaxe (z. B. für Ärzte, Berufsmusiker etc.) gilt Folgendes:

Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

- Der Invaliditätsgrad wird nach den Ziffern 2.1.2.2.1 bis 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 ermittelt und
- der Unfall ereignet sich vor Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person und führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 %.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 250.000 € beschränkt.

Laufen für die versicherte Person bei uns weitere Unfall-Versicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

#### 2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

## 2.2 Unfall-Rente

### 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

### 2.2.2 Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

### 2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

#### 2.2.3.1 Die Unfallrente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
- monatlich im Voraus.

#### 2.2.3.2 Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 9.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

## 2.3 Übergangsleistung

### 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen wie folgt beeinträchtigt:

2.3.1.1.1 nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um 100 % oder

2.3.1.1.2 nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an noch um mindestens 50 %.

2.3.1.2 Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der genannten Zeit ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

### 2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Die Übergangsleistung wird wie folgt gezahlt:

2.3.2.1 in Höhe von 50 % der vereinbarten Versicherungssumme bei einer Beeinträchtigung gemäß Ziffer 2.3.1.1.1;

2.3.2.2 in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme abzüglich eventueller Leistungen aus Ziffer 2.3.2.1 bei einer Beeinträchtigung gemäß Ziffer 2.3.1.1.2.

## 2.4 Tagegeld

### 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.4.1.1 Die versicherte Person geht einer regelmäßigen Berufstätigkeit oder entgeltlichen Beschäftigung nach.

2.4.1.2 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

### 2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, längstens jedoch für 365 Tage gezahlt.

Ist die Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt, wird weiter Tagegeld gezahlt, wenn

- der behandelnde Arzt die Beeinträchtigung bescheinigt und
- eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1 (noch) nicht ärztlich festgestellt wurde bzw. noch keine Unfallrente gezahlt wird.

## 2.5 Krankenhaus-Tagegeld

### 2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.5.1.1 Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder wird wegen eines Unfalles in einem Krankenhaus unter Vollnarkose ambulant operiert.

2.5.1.2 Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Anschlussheilbehandlung (AHB) und Berufsgenossenschaftlich-Stationäre Weiterbehandlung (BGSW), gelten als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

### 2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

2.5.2.1 Das Krankenhaus-Tagegeld wird innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1000 Tage.

2.5.2.2 Wir zahlen das Krankenhaus-Tagegeld für den

- 01. bis 42. Tag in doppelter Höhe
- 43. bis 90. Tag in dreifacher Höhe
- 91. bis 1000. Tag in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5.2.3 Rooming-In: Ist es bei schwerwiegenden Unfallfolgen medizinisch angeraten und ärztlich gebilligt, dass eine Begleitperson zusammen mit der versicherten Person im Krankenhaus untergebracht wird, so wird die doppelte Versicherungssumme je Tag für diese Zeit gezahlt.

2.5.2.4 Ausland: Bei Krankenhaus-Aufenthalten in Ländern außerhalb des ständigen Wohnsitzes der versicherten Person wird die doppelte Versicherungssumme je Tag gezahlt.

Dies setzt voraus, dass sich der Unfall im Ausland ereignet hat und der Krankenhausaufenthalt im Ausland unmittelbar erfolgt. Deutschland gilt nicht als Ausland.

2.5.2.5 Das Krankenhaus-Tagegeld kann somit bei Zusammentreffen aller vorgenannten Voraussetzungen vom 43. bis 90. Tag maximal in 5facher Höhe beansprucht werden.

## 2.6 Todesfall-Leistung

### 2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 12 Monaten gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

### 2.6.2 Höhe der Leistung

Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Wird die versicherte Todesfall-Leistung fällig, können zusätzlich nachgewiesene Beerdigungskosten bis zur Höhe der vereinbarten Summe geltend gemacht werden.

## Zusatzleistungen

### Für alle Zusatzleistungen gilt:

Bestehen für die versicherte Person bei der SV Sparkassenversicherung mehrere Unfall-Versicherungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

## 2.7 Rehabilitations-Beihilfe

### 2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

#### 2.7.1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage an gerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeföhrt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch die BfA, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.

2.7.1.2 Mitversichert sind teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.

### 2.7.1.3 Nicht versichert sind

- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA),
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
- Berufsgenossenschaftlich-Stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
- sonstige vollstationäre Heilbehandlungen für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Kranken-Versicherung) bei unserer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.

### 2.7.2 Höhe der Leistung

Die Rehabilitations-Beihilfe wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe einmal je Unfall gezahlt.

## 2.8 Bergungskosten

### 2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.8.1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten oder ihr drohte ein Unfall oder ein Unfall war nach den konkreten Umständen zu vermuten. Der versicherten Person sind notwendige Kosten für ihre Rettung, Bergung oder die Suche nach ihr entstanden.

#### 2.8.1.2 Ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer)

- ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
- bestreitet seine Leistungspflicht oder
- hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

### 2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen Kosten bis zur im Versicherungsschein genannten Höhe für

2.8.2.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;

2.8.2.2 einen notwendigen Aufenthalt in einer Dekompressionskammer, sofern dies nach einem Tauchgang notwendig wurde.

## 2.9 Krankentransport-Kosten

### 2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.9.1.1 Der versicherten Person sind infolge des Unfalles notwendige Kosten für ihren Transport entstanden.

#### 2.9.1.2 Ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer)

- ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
- bestreitet seine Leistungspflicht oder
- hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

### 2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Wir ersetzen Kosten bis zur im Versicherungsschein genannten Höhe für

2.9.2.1 den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik;

2.9.2.2 medizinisch sinnvolle Verlegungstransporte von Krankenhaus zu Krankenhaus, z. B. zum Krankenhaus in der Nähe des Heimatortes;

2.9.2.3 medizinisch sinnvolle Rücktransporte aus dem Ausland zu dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus mit einem medizinisch geeigneten Transportmittel (Ambulanzfahrzeug oder Luftfahrzeug); die Entscheidung, ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird, übernimmt der vom Assistenten beauftragte Arzt in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt;

2.9.2.4 den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;

2.9.2.5 den Mehraufwand bei der Heimfahrt oder für zusätzliche Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person bei einem Unfall im Ausland;

2.9.2.6 die Standard-Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall oder wahlweise die Bestattung im Ausland bis zur selben Höhe bei einem Unfall im Ausland.

## 2.10 Kosmetische Operationen

### 2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.10.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

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

2.10.1.3 Ein Dritter (z. B. ein anderer Versicherer)

- ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
- bestreitet seine Leistungspflicht oder
- hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

### 2.10.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare,
- sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

## 2.11 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten

### 2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt (außerhalb von Deutschland) von maximal einem Jahr einen Unfall erlitten. Für die Behebung der Unfallfolgen sind ihr Heilkosten entstanden, die nicht durch ihren privaten oder öffentlich rechtlichen Kranken-Versicherer erstattet wurden.

### 2.11.2 Art und Höhe der Leistung

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare,
- sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus,
- Arzneien,
- künstliche Glieder,
- Verbandszeug,
- ab einem Betrag von 50 €

## 2.12 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

### 2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat aufgrund des Unfalles eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten und diese innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall bei uns unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend gemacht:

2.12.1.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,

2.12.1.2 Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,

2.12.1.3 Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,

2.12.1.4 schwere Mehrfachverletzungen/  
Polytrauma

2.12.1.4.1 Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel),

2.12.1.4.2 gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen,

2.12.1.4.3 Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens
- Fraktur des Beckens
- Fraktur eines oder mehrerer Wirbelknochen
- gewebezerstörende Schäden eines inneren Organs

2.12.1.5 Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche,

2.12.1.6 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als fünf Prozent.

2.12.2 Kein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, verstirbt.

2.12.3 Art und Höhe der Leistung

2.12.3.1 Die Sofortleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.12.3.2 Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalls nur einmal erbracht, unabhängig davon, wie viele der genannten Verletzungen die versicherte Person erleidet.

## 2.13 Koma-Tagegeld

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist wegen der durch einen Unfall entstandenen Gesundheitsschädigungen innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet in ein Koma gefallen oder wurde für mindestens 5 Tage in ein künstliches Koma versetzt.

2.13.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Koma-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich die versicherte Person im Koma befindet, längstens jedoch für 365 Tage. Ab dem 43. Tag verdoppelt sich das versicherte Koma-Tagegeld.

## 2.14 Kururlaubs-Tagegeld

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.14.1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall,
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen,
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet

einen Kururlaub im In- oder Ausland durchgeführt.

Als Kururlaub gilt ein Urlaub

- in einem offiziell anerkannten Kurort,
- bei dem die versicherte Person werktätlich mindestens zwei Anwendungen durchführen lässt, die der Minderung der Unfallfolgen dienen;
- bei dem die versicherte Person in einem Hotel am Kurort übernachtet,
- für den die Kranken-Versicherung der versicherten Person keine oder nur teilweise Leistungen übernimmt.

Keine Leistung wird gezahlt für die Tage, für die bereits ein anderes Tagegeld irgendwelcher Art (z. B. Krankenhaustagegeld, Tagegeld, Genesungsgeld) aus diesem oder einem andern Vertrag von uns gezahlt wird.

2.14.2 Höhe der Leistung

Das Kururlaubs-Tagegeld wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe für maximal 30 Tage je Unfall gezahlt.

## 2.15 Krankenhaus-Selbstbehalt

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.15.1.1 Der versicherten Person werden von ihrem gesetzlichen Kranken-Versicherer Kosten (Selbstbehalt) für eine wegen des Unfalles medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt.

2.15.1.2 Ein weiterer Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.15.2 Höhe der Leistung

Der Krankenhaus-Selbstbehalt wird in Höhe des Betrages erstattet, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Kranken-Versicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.



### **3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?**

Als Unfall-Versicherer leisten wir für Unfallfolgen.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

### **4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen 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 waren;
- für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen; beim Lenken eines Motorfahrzeuges jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,1 Promille lag;
- für Unfälle die durch einen Herzinfarkt und Schlaganfall ausgelöst wurden.

4.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

4.1.3 Unfälle durch Krieg- oder Kriegsereignisse.

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten 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.

4.1.4 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 ausübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
- als Artist, Stuntman, Tierbändiger;
- als im Bergbau unter Tage Tätiger;
- als Spreng- und Räumungspersonal sowie in Munitionssuchtrupps;
- als Berufstaucher;
- als Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler (auch Rennfahrer und Rennreiter).

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.

Versichert sind jedoch private Fahrtveranstaltungen mit Freizeitcharakter auf ausschließlich zu diesem Zweck für die Öffentlichkeit zugelassenen und verwendeten Strecken (nicht aber auf öffentlichen Straßen/Plätzen), bei denen es nicht ausschließlich auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt (somit nicht Meisterschaften, Rennserien etc., auch nicht, wenn sie lizenzfrei sind).

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

4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

4.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirmlutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen. Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Einwirkung von Röntgen-, Laser-, Maser- und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

4.2.3 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,
- für gewaltsame Eingriffe durch Dritte.

4.2.4 Infektionen

4.2.4.1 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.

4.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf,
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten,

- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch plötzliches Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund und Nase in den Körper gelangten. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht;
- durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) und Borreliose, wenn die Infektion frühestens 1 Monat nach Beginn oder spätestens einen Monat nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages erstmalig ärztlich festgestellt wird. Die ärztliche Feststellung gilt als Unfalltag.
- Folgen von Impfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf und FSME.

4.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 4.2.3 Satz 2 entsprechend.

4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für Vergiftungen durch Nahrungsmittel gilt das folgende. Eingeschlossen sind jedoch Vergiftungen durch eine einmalige Einnahme eines giftigen Nahrungsmittels, vorausgesetzt, eine daraus resultierende Gesundheitsschädigung tritt innerhalb einer Woche ein und wird innerhalb dieser Zeit ärztlich festgestellt. Ziffer 2.1.1.1 Absatz 2 wird hier insoweit eingeschränkt.

4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, die sich nicht unmittelbar und ursächlich auf eine organische Verletzung/einen organischen Schaden zurückführen lassen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche

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

## 5 Was müssen Sie bei Gruppen-Unfall-Versicherungen beachten?

### 5.1 Bezeichnung der versicherten Personen

Die Gruppen-Unfall-Versicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

#### 5.1.1 Versicherungen ohne Namensangabe

5.1.1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

5.1.1.2 Die zu versichernden Personen sind von Ihnen so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

5.1.1.3 Sie sind verpflichtet, uns die Anzahl der am Tag der Hauptfälligkeit eines jeden Jahres versicherten Personen bis drei Monate nach Hauptfälligkeit bekannt zu geben. Sind mehrere Personengruppen versichert, wird die Anzahl für jede Gruppe benötigt.

5.1.1.4 Aufgrund Ihrer Angaben erfolgt eine Anpassung für das laufende Versicherungsjahr unter Berücksichtigung des bereits angeforderten Beitrages. Eine Beitragsabrechnung für das abgelaufene Versicherungsjahr erfolgt nicht.

5.1.1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit Ihnen bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

#### 5.1.2 Versicherungen mit Namensangabe

5.1.2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

5.1.2.2 Nicht versicherte Personen können Sie jederzeit zur Versicherung anmelden, wenn Beruf oder Beschäftigung und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

5.1.2.3 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit höheren Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über Versicherungssummen und Beitrag geeinigt haben.

5.1.2.4 Wir haben das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

5.1.2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Anzeige zugeht.

5.1.2.6 Die Dokumentierung der Änderungen (Ein- und Ausschlüsse) sowie die Beitragsberechnung erfolgt einmal jährlich zur Hauptfälligkeit. Es wird nur für die Personen der Jahresbeitrag berechnet, die zur Hauptfälligkeit versichert sind. Eine unterjährige (p. r. t.) Erstattung bzw. Nacherhebung der Beiträge erfolgt nicht.

### 5.2 Höchstentschädigungen

Sind mehrere durch diesen Gruppen-Versicherungsvertrag versicherte Personen von einem Unfall betroffen, so gelten folgende Beträge als gemeinsame Höchstversicherungssummen für alle Versicherten:

- für den Invaliditäts- und/oder Todesfall 25.000.000 €
- für Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld 100.000 €
- für Tagegeld 100.000 €
- für Übergangsleistung/ verbesserte Übergangsleistung 100.000 €
- für Bergungskosten 100.000 €
- für Kurbeihilfe 100.000 €
- für Kosten für kosmetische Operationen 100.000 €
- für Sofortleistung bei Schwerverletzungen 100.000 €

Die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

## **6 Wie reduzieren sich die Versicherungssummen bei Erreichen des 80. Lebensjahres?**

6.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz mit den vereinbarten Versicherungssummen. Danach haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die vereinbarten Versicherungssummen auf 50 Prozent oder
- Sie legen uns ein ärztliches Attest über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor und wir berechnen die neuen Versicherungssummen und einen entsprechend höheren Beitrag.

6.2 Kommt eine Vereinbarung über neue Versicherungssummen und Beiträge nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres zustande, setzt sich der Vertrag automatisch mit um 50 Prozent reduzierten Versicherungssummen fort. Eine Dokumentierung dieser Änderung erfolgt nicht. Im Leistungsfall wird das Alter der versicherten Person festgestellt und die Zahlung der Leistung erfolgt entsprechend.

### **Der Leistungsfall**

## **7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich

- einen Arzt hinzuziehen,
- seine Anordnungen befolgen und
- uns unterrichten.

7.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.

Ist bei Selbstständigen der Verdienstaufschlag nicht nachzuweisen, wird ein fester Betrag erstattet, der 1,5 ‰ der versicherten Invaliditätssumme, maximal 500 € beträgt.

7.4 Ärzte, welche die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, andere Personen-Versicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind zu ermächtigen, alle für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Wir werden Sie über die Erhebung personengebundener Gesundheitsdaten unterrichten, falls uns schon vor dem Leistungsfall Ihre Einwilligung vorliegt. Sie können einer Erhebung widersprechen; dies kann jedoch zu einem Verlust Ihrer Leistungsansprüche führen. Sie können jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

7.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

7.6 Bei den einzelnen Leistungsarten sind zum Teil noch weitere Fristen zu beachten, bei denen es sich allerdings nicht um Obliegenheiten, sondern um Anspruchsvoraussetzungen handelt.

## 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

8.1 Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorwiegend verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

8.2 Eine Obliegenheitsverletzung liegt insbesondere nicht vor, wenn

- die versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird;
- die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf nachgeht;
- zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und eine unverzügliche Schadenmeldung deshalb unterblieb;
- die Erfüllung einer Obliegenheit versehentlich unterblieb aber nach ihrem Erkennen unverzüglich erfüllt wurde.

## 9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch und der Unfallrente 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;
- bei der Unfallrente zusätzlich die ärztliche Bescheinigung über eine voraussichtliche dauerhafte Invalidität von mindestens 50 Prozent.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir, sofern wir das Gutachten in Auftrag gegeben haben. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

9.3 Vorschüsse auf eine Invaliditätsleistung Für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 gilt: Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nachdem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

## 9.4 Neubemessung der Invalidität

9.4.1 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

9.4.2 Das in Ziffer 9.4.1 genannte Recht gilt

- für Sie bis zu drei Jahre,
- für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres jedoch bis zu fünf Jahre,
- für uns bis zu zwei Jahre nach dem Unfall.

9.4.3 Das in Ziffer 9.4.1 genannte Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

9.4.4 Um Ihr Recht auf Neubemessung der Invalidität gemäß Ziffer 9.4.1 fristgemäß gemäß Ziffer 9.4.2 und 9.4.3 durchführen zu können, müssen Sie uns die Möglichkeit geben, einen Arzt rechtzeitig vor Ablauf der Frist mit der Untersuchung der versicherten Person zu beauftragen. Ihre Erklärung, das Recht ausüben zu wollen, sollte uns daher möglichst drei Monate nach unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1, muss uns aber spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 2.1.1.1 vorliegen.

9.5 Ergibt die endgültige Bemessung des Invaliditätsgrades für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 eine höhere Leistung als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag jährlich mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB zu verzinsen.

9.6 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Bezug einer Unfallrente gemäß Ziffer 2.2 sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

## Die Versicherungsdauer

### 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

#### 10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

#### 10.2 Dauer und Ende des Vertrages

##### 10.2.1 Für alle Verträge gilt:

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

##### 10.2.2 Für Gruppen-Unfall-Versicherungen gilt:

10.2.2.1 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

10.2.2.2 Wir sind berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über Ihr Vermögen das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

10.2.2.3 Auf Ziffer 5.1.1.5 und 5.1.2.5 - Ende des Versicherungsschutzes für Personen in der Gruppen-Unfall-Versicherung - weisen wir hin.

## 10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein. In der Gruppen-Unfall-Versicherung können wir den Versicherungsschutz einer einzelnen versicherten Person unter denselben Voraussetzungen und mit denselben Fristen kündigen. Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird drei Monate nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

#### **10.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen**

Der Versicherungsschutz 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**

#### **11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**

##### **11.1 Beitrag und Versicherungssteuer**

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

##### **11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag**

###### **11.2.1 Fälligkeit der Zahlung**

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

###### **11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**

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

###### **11.2.3 Rücktritt**

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

#### **11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag**

##### **11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

##### **11.3.2 Verzug**

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

##### **11.3.3 Kein Versicherungsschutz**

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

##### **11.3.4 Kündigung**

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

#### **11.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschrift-Ermächtigung**

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 bzw. Ihrem Versicherungsvermittler 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, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

#### **11.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**

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

Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

#### **11.6 Beitragszahlung an Ihren Versicherungsmakler Funk**

Funk ist berechtigt, für uns das Einziehen Ihrer Beiträge zu übernehmen und verpflichtet, sie an uns weiterzuleiten.

Die Zahlung der Beiträge Funk kommt der Zahlung an uns gleich.

#### **Weitere Bestimmungen**

#### **12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**

12.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), gilt Folgendes:

12.1.1 Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfall-Versicherung ohne Ihre Zustimmung unmittelbar bei uns geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person.

12.1.2 Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über das Recht der versicherten Person gemäß Ziffer 12.1.1.

12.1.3 Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Vertrag steht nicht der versicherten Person sondern nur Ihnen zu.

12.1.4 Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

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

12.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

#### **13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**

##### **13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände**

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände 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.

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.

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.



## 13.2 Rücktritt

### 13.2.1 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, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

### 13.2.2 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.

### 13.2.3 Folgen des Rücktritts

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

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

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

## 13.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1 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 Textform kündigen.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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 Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.3.2 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 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

#### **13.4 Anfechtung**

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

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

14.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an

- unsere Hauptverwaltung/Direktion oder
- an Ihren Versicherungsmakler der Funk Gruppe (Funk) gerichtet werden.

Funk ist verpflichtet, sie unverzüglich an uns weiterzuleiten.

14.2 Haben Sie uns oder Funk 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. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

#### **15 Was gilt für einen Wechsel Ihres Versicherungsvermittlers?**

Wechseln Sie Ihren Versicherungsvermittler oder wird der Vertrag ohne Vermittler in die direkte Verwaltung der SV Sparkassenversicherung übernommen, so sind ab der auf den Wechsel folgenden Hauptfälligkeit diese Funk-Unfall-Versicherungs-Bedingungen nicht mehr Grundlage dieses Vertrages.

Sofern nichts anderes vereinbart wird, gelten ab diesem Zeitpunkt an Stelle dieser Funk-Unfall-Versicherungs-Bedingungen die SV Sparkassen-Versicherung Unfall-Versicherungs-Bedingungen (SV Sparkassenversicherung UB). Diese erhalten Sie mit der Bestätigung des Vermittlerwechsels von uns.

### **Allgemeine Vertragsinformationen**

#### **16 Informationen zum Versicherer**

##### **16.1 Anschrift**

SV Sparkassenversicherung AG  
Löwentorstr. 65  
70376 Stuttgart

Handelregisternummer: HRB 16264

##### **16.3 Rechtsform**

Aktiengesellschaft

##### **16.4 Gesetzlicher Vertreter**

Gesetzlicher Vertreter der SV Sparkassen-Versicherung AG ist der Vorstand: Ulrich-Bernd Wolff von der Sahl.

##### **16.5 Hauptgeschäftstätigkeit**

Betrieb sämtlicher Sparten der Sach- und Personen-Versicherung (nicht aber Lebens-, substitutive Kranken- und Rechtsschutz-Versicherungen), Geschäft der Rück-Versicherung und Vertrieb von Versicherung aller Art.

##### **16.6 Zuständige Aufsichtsbehörde**

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Graurheindorfer Str. 108  
53117 Bonn  
www.bafin.de  
Tel.: +49 228 41080

#### **17 Informationen zu den versicherten Leistungen**

##### **17.1 Wesentliche Merkmale/Rechtsgrundlage**

17.1.1 Grundlage des Versicherungsvertrages sind Ihr Antrag (sofern vorhanden), diese Versicherungsbedingungen, in die unsere Tarifbestimmungen eingeflossen sind, Ihr Versicherungsschein sowie das Versicherungsvertragsgesetz in der zum 01.01.2008 reformierten Form.

17.1.2 Diese Versicherung versichert Sie gegen Unfälle (siehe Ziffer 1) mit den in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten und in Ziffer 2 definierten Leistungen, die gemäß Ziffer 9 fällig werden. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen.

## 17.2 Kosten und Zahlungsweise

Mit Ausnahme des im Versicherungsscheinge-  
nannten Beitrags (inkl. gesetzlicher Versicherungs-  
steuer) sind von Ihnen keine weiteren

Kosten für den Vertragsabschluss und den Versi-  
cherungsschutz zu tragen.

Der Beitrag ist gemäß der im Versicherungsschein  
aufgeführten Zahlungsweise von Ihnen zu leisten;  
siehe auch Ziffer 11.

## 17.3 Gültigkeitsdauer

Diese Versicherungsbedingungen können von uns  
für neue, nicht jedoch für bestehende, Verträge  
jederzeit geändert werden. An unser Angebot  
(Quotierung) halten wir uns 30 Tage gebunden.

## 18 Informationen zum Vertrag

### 18.1 Zustandekommen Ihres Vertrages

Der Vertrag ist durch unsere Deckungsbestätigung  
zustande gekommen. Beginn des Vertrages und  
Ihres Versicherungsschutzes ist der im Versiche-  
rungsschein genannte Tag, 0 Uhr.

### 18.2 Widerrufsbelehrung nach § 8 Absatz 2 Nr. 2 VVG

#### 18.2.1 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von  
zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Text-  
form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt am Tag nachdem Ihnen der Ver-  
sicherungsschein, die Vertragsbestimmungen  
einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungs-  
bedingungen sowie die Vertragsinformationen  
gemäß § 7 Absatz 2 des Versicherungsvertragsge-  
setzes und diese Belehrung in Textform zugegan-  
gen sind.

Im elektronischen Geschäftsverkehr (Online-Antrag  
bzw. Online-Vertragsabschluss) beginnt die Wider-  
rufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen  
Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten  
gemäß § 312 e Absatz 1

Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefeh-  
lern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben. Zur  
Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige  
Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

SV Sparkassenversicherung AG

#### 18.2.2 Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Ver-  
sicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den Teil  
Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des  
Widerrufs entfällt. Den Teil Ihres Beitrags, der auf  
die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt,  
können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt  
haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf  
der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche  
Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versi-  
cherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist,  
erstatten wir Ihnen den gesamten Beitrag.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich; spätes-  
tens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

#### 18.2.3 Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen wenn der  
Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen  
Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr  
Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufs-  
recht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit  
von weniger als einem Monat.

## 18.3 Laufzeit und Kündigungsbedingungen

Der Vertrag läuft für die im Versicherungsschein  
genannte Zeit. Die Kündigungsbedingungen finden  
Sie in Ziffer 10.

## 19 Informationen zum Rechtsweg

### 19.1 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

### 19.2 Welches Gericht ist zuständig?

19.2.1 Der Gerichtsstand für Klagen aus dem Ver-  
sicherungsvertrag gegen uns ist Stuttgart. Sind Sie  
eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich  
zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klage-  
erhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung  
eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ha-  
ben.

19.2.2 Sind Sie eine natürliche Person, müssen  
Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie  
bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren  
Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den  
Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.  
Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das  
zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Nie-  
derlassung.

19.2.3 Liegt Ihr Wohnsitz, Sitz oder Ihre Niederlassung in einem Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand wiederum Stuttgart.

### **19.3 Vertragssprache**

Die Vertragssprache ist deutsch. Jegliche Kommunikation erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

## **20 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?**

### **20.1 Ombudsmann**

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungs-Ombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Der Versicherungs-Ombudsmann kann Beschwerden bis zu einem Streitwert von zz. 80.000 € behandeln.

Wir verpflichten uns, bei Entscheidungen bis zu einer Höhe von 5.000 € auf die Anrufung eines Gerichts zu verzichten und den Schlichterspruch des Ombudsmannes anzuerkennen. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt für Sie hiervon unberührt. Der Versicherungs-Ombudsmann ist zu erreichen unter

beschwerde@versicherungsombudsmann.de  
Postfach 080632, 10006 Berlin.

### **20.2 Aufsichtsbehörde**

Sie können Beschwerden auch an die zuständige Aufsichtsbehörde richten; es ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

## **Merkblatt zur Datenverarbeitung**

### **21 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 bisherigen 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.

### **22 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 Unfall-Versicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen 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.

### **23 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 Unfall-Versicherung (Personen-Versicherung) ist daher im Antrag bzw. in Schaden-/Leistungsanzeigen auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

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

### 23.1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Antragsdaten, z. B. Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum; Beruf. 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).

### 23.2 Datenübermittlung an Rück-Versicherer

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 Rück-Versicherer im In- und Ausland ab. Diese Rück-Versicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rück-Versicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rück-Versicherer weiterer Rück-Versicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

### 23.3 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 (Doppelversicherungen, 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.

### 23.4 Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags 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 zentrale Hinweissysteme, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel Unfall-Versicherer:

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

Zweck:

Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

### 23.5 Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie ggf. durch einen Vermittler betreut.

Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften.

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.

Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personen-Versicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

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.

#### **24 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 Rück-Versicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.