



Merkblatt
zur Absicherung der Mitglieder des
RadClub (RC) und
RennRad CyclingClub (R2C2)

Beschreibung des
Versicherungsumfangs

Stand 5.2019

Vorwort

Mit diesem Gruppenversicherungsvertrag wird Versicherungsschutz allen Mitgliedern des RadClub (RC) und des RennRad CyclingClubs (R2C2) durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG (ARAG) angeboten. Der Versicherungsschutz variiert nach den folgenden wählbaren Produkten.

Als Grunddeckung ist ein Basis-Schutz mit einer Pannenkostenschutz- und Rechtsschutzversicherung abgesichert. Die Mitglieder können zusätzlich einen Haftpflicht- und Unfallversicherungsschutz vereinbaren.

Der Versicherungsumfang zu den Produkten wird auf den nächsten Seiten beschrieben.

Vertragsgesellschaft

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG

ARAG Platz 1

40472 Düsseldorf

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	2
Gemeinsame Bestimmungen	4
Versicherungen	5
A. Basisschutz	5
I. Pannenkostenversicherung.....	5
1. Gegenstand der Versicherung	5
2. Umfang des Versicherungsschutzes.....	5
3. Ausschlüsse und Leistungskürzungen	6
4. Auszahlung der Versicherungsleistungen.....	6
5. Pflichten nach Schadeneintritt.....	7
II. Rechtsschutzversicherung.....	8
1. Gegenstand der Versicherung	8
2. Versicherungsumfang	8
3. Allgemeine Risikoausschlüsse.....	9
4. Rechtsstellung dritter Personen.....	10
5. Eintritt des Versicherungsfalls.....	11
6. Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall.....	11
7. Benennung und Beauftragung des Rechtsanwaltes.....	12
8. Prüfung der Erfolgsaussichten.....	12
9. Abtretung, Erstattung von Kosten und Versicherungsleistungen.....	13
10. Versicherungssumme.....	13
B. erweiterter Schutz	14
I. Unfallversicherung	14
1. Gegenstand der Versicherung	14
2. Umfang des Versicherungsschutzes.....	14
3. Versicherungssummen	17
II. Haftpflichtversicherung.....	18
1. Gegenstand der Versicherung	18
2. Umfang des Versicherungsschutzes.....	18
3. Versicherungssummen	18
4. Kumulklausele.....	18
C. Gemeinsame Bestimmungen für alle Versicherungszweige	19
I. Anzeigen und Willenserklärungen	19
II. Schadenmeldung und Obliegenheiten	19
III. Folgen von Obliegenheitsverletzungen (alle Versicherungszweige)	19
IV. Verjährungsfrist, Gerichtsstand, nationales Recht und Sprache	20
D. Hinweise für den Schadenfall	21
I. Das sollten die Mitglieder bei einem Schadenfall beachten:	21
II. Hinweise für Haftpflichtschäden	21
III. Hinweise für Unfallschäden	21

Gemeinsame Bestimmungen

Allgemeines

1. Die ARAG bietet den Mitgliedern des RC und des R2C2 Versicherungsschutz im Rahmen der nachfolgend beschriebenen Versicherung.
2. Jedes Mitglied kann im Schadenfall Leistungsansprüche unmittelbar gegen die Vertragsgesellschaft stellen - Direktanspruch-.
3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich gemäß den nachstehenden Bestimmungen auf Versicherungsfälle, die den Versicherten bei der sach- und fachgerechten Benutzung von Fahrrädern, Pedelecs und/oder E-Bikes einschließlich Pflege- und Reparaturarbeiten zustoßen.
4. Versicherungsschutz besteht abweichend von der vereinbarten AHB sowie AUB auch für die Teilnahme der versicherten Person an Radrennen und Radrennveranstaltungen.
5. Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
6. Versicherungsschutz besteht nicht bei Ausübung des Berufs des Versicherten oder einer entgeltlichen Tätigkeit (auch wenn der Beruf/die entgeltliche Tätigkeit im Auftrage oder Interesse des RC/R2C2 ausgeübt wird).
7. Die Versicherungsbeiträge werden vom RC/R2C2 an die ARAG gezahlt. Werden Versicherungsleistungen oder Versicherungsprämien auch für bestehende RC/R2C2-Versicherungen zum jeweiligen Beginn eines Versicherungsjahres geändert, so gelten diese als anerkannt, wenn eine Kündigung nicht erfolgt.
8. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
9. Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt.

Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am ersten Tag der Mitgliedschaft im RC/R2C2 und gilt für die Dauer von einem Kalenderjahr. Der Versicherungsschutz erlischt, wenn die Mitgliedschaft im RC/R2C2 endet oder der zusätzlich beantragte Versicherungsschutz wie zum Beispiel Haftpflicht- und Unfallschutz gekündigt wird.

Versicherungen

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten somit für alle Geschlechter.

A. Basisschutz

I. Pannenkostenversicherung

1. Gegenstand der Versicherung

Versicherungsschutz besteht auf Grundlage der nachfolgenden Bestimmungen und des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

2. Umfang des Versicherungsschutzes

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen einer auf der Reise auftretenden Krankheit, Verschlechterung des Gesundheitszustands oder Folgen eines Unfalls. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod. Ferner gelten als Versicherungsfall medizinisch notwendige Untersuchungen und Behandlungen von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburt vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche, Fehlgeburt und notfallbedingtem Schwangerschaftsabbruch. Ebenso besteht Versicherungsschutz für den Fall, dass die Weiterreise aufgrund einer unvorhergesehenen technischen Einschränkung -Panne- am Fahrrad nicht möglich ist. ARAG ersetzt die nachfolgenden Kosten, die die versicherte Person durch eigene Vorleistung aufgewendet hat. Es gilt eine Höchstentschädigung von 500 Euro je Person pro Reise/Fahrradtour:

1. Transport/Abschleppen des Fahrrades

Kann die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung oder einem pannenbedingten Ausfall des Fahrrades ihre Fahrt nicht mehr fortsetzen und muss zu ihrem festen Wohnsitz oder dem Ausgangsort/Zielort der Fahrradfahrt zurückkehren, erstattet die ARAG die Kosten für den Abtransport des Fahrrades zum Wohnort oder dem nächsten Fahrradfachhändler/der nächsten Fahrradwerkstatt je nachdem welcher Zielort näher am Ort der technischen Panne/der gesundheitlich beeinträchtigten Person liegt. Die Höchstersatzleistung beträgt 100 Euro.

2. Weiter-/Rücktransport

Die ARAG zahlt bis zu 50 Euro für den Weiter-/Rücktransport der versicherten Person zum Start- oder Zielort der geplanten Radtour (z. B. Urlaubsort, Standort des PKW...) – oder zum Wohnsitz der versicherten Person je nachdem welcher Zielort näher am Ort der technischen Panne/der gesundheitlich beeinträchtigten Person liegt.

3. Leihfahrrad-Service

Die ARAG übernimmt die Kosten für ein Leihfahrrad für den Zeitraum der Reparatur des Fahrrades mit bis zu 50 Euro pro Tag.

4. Übernachtungskosten

Sofern erst am folgenden Werktag eine Reparatur des Fahrrades durchgeführt werden kann, zahlt die ARAG die Übernachtungskosten bis zu einer Summe von 100 Euro pro Übernachtung. Gleiches gilt für gesundheitsbedingte Übernachtungen. Die Ersatzleistung für Übernachtungskosten ist je versicherter Person auf 15 Übernachtungen pro Jahr begrenzt.

3. Ausschlüsse und Leistungskürzungen

Grundsätzlich besteht kein Versicherungsschutz bei Pannen oder Gesundheitsbeeinträchtigungen die im direkten oder indirekten Zusammen mit den nachfolgenden Ereignissen stehen oder durch die nachfolgenden Handlungen entstanden sind.

1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt, wenn das Ereignis
 - a) vorsätzlich herbeigeführt wurde; bei grob fahrlässiger Herbeiführung des Ereignisses sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen;
 - b) durch Krieg, innere Unruhen, Anordnungen staatlicher Stellen, Erdbeben oder Kernenergie verursacht wurde. Wir helfen jedoch, soweit möglich, wenn Sie von einem dieser Ereignisse überrascht worden sind, innerhalb der ersten 14 Tage seit erstmaligem Auftreten;
 - c) durch eine Erkrankung, die innerhalb dreier Monate vor Reisebeginn erstmals oder zum wiederholten Male aufgetreten ist oder noch vorhanden war, verursacht wurde.
2. Außerdem leistet die ARAG nicht,
 - a) wenn der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Schadens das Fahrrad zur gewerbsmäßigen Beförderung, gewerbsmäßigen Vermietung oder bei Ausübung seines Berufs verwendet hat,
 - b) wenn sich der Versicherungsfall innerhalb eines 10 Kilometer-Radius (Luftlinie) vom Wohnsitz der versicherten Person ereignet hat. Für die Teilnahme am Radrennen entfällt die Kilometerbegrenzung.
 - c) Wenn die Gesundheitsbeeinträchtigung oder technische Einschränkung am Rad bereits vor Reiseantritt vorgelegen hat.
3. Leistungskürzungen
 - a) Haben Sie aufgrund unserer Leistungen Kosten erspart, die Sie ohne den Schadeneintritt hätten aufwenden müssen, können wir unsere Leistung um einen Betrag in Höhe dieser Kosten kürzen.

4. Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die Rechnungsurschriften vorgelegt und die geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers. Die erforderlichen Unterlagen sollen spätestens drei Monate nach Beendigung der Reise bzw. dem Rücktransport, der Überführung oder Bestattung eingereicht werden.
2. Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung oder bei technischen Einschränkungen die Diagnose der Fachwerkstatt enthalten.
3. Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tags, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tags gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
4. Die versicherte Person muss im Schadenfall in Vorleistung treten. ARAG erstattet der versicherten Person dann entsprechend der vertraglichen Vereinbarungen die von ihr vorgelegten Ausgaben.

5. Pflichten nach Schadeneintritt

1. Nach dem Eintritt eines Schadenfalls müssen Sie
 - a) uns den Schaden (bei Krankenhausaufenthalten im Ausland nach Beginn der stationären Behandlung) unverzüglich anzeigen,
 - b) der ARAG Belege zum Nachweis der Schadenhöhe und des Schadensgrundes (ärztliches Attest, Foto der Beschädigung, Reparaturrechnung, Hotelrechnungen usw.) vorzulegen
 - c) den Schaden so gering wie möglich halten,
 - d) uns jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe des Schadens und über den Umfang unserer Entschädigungspflicht gestatten sowie Originalbelege zum Nachweis der Schadenhöhe vorlegen und, soweit erforderlich, die behandelnden Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter von ihrer Schweigepflicht entbinden,
 - e) uns bei der Geltendmachung der aufgrund unserer Leistungen auf uns übergegangenen Ansprüche gegenüber Dritten unterstützen und uns die hierfür benötigten Unterlagen aushändigen,
 - f) auf Verlangen Beginn und Ende jeder Auslandsreise nachweisen.
 - g) Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, erbringen wir unsere Leistung. Wir erbringen unsere Leistung auch, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

II. Rechtsschutzversicherung (ARAG SE)

1. Gegenstand der Versicherung

Grundlage sind die nachfolgenden Allgemeinen Rechtsschutzbedingungen.

2. Versicherungsumfang

1. Der Versicherungsschutz umfasst:
 - a) die Geltendmachung von Schadenersatzansprüchen aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen im Rahmen des § 5 Ziffer 1.
 - b) die Verteidigung in Verfahren wegen des Vorwurfes der Verletzung einer Vorschrift des Straf- oder Ordnungswidrigkeiten-Rechts. Bei Freiheitsstrafen sowie bei Geldstrafen und -bußen über 250 Euro sind Gnaden-, Strafaussetzungs-, Strafaufschub- und Zahlungerleichterungsverfahren eingeschlossen, und zwar für insgesamt zwei Anträge je Versicherungsfall.
2. Die ARAG trägt
 - a) die gesetzliche Vergütung eines für den Versicherten tätigen Rechtsanwaltes. Dieser muss in den Fällen der Verteidigung wegen Verletzung einer Vorschrift des Straf-, Ordnungswidrigkeiten-, Disziplinar- oder Standesrechtes und der Wahrnehmung rechtlicher Interessen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland am Ort des zuständigen Gerichtes wohnhaft oder bei diesem Gericht zugelassen sein. In allen anderen Fällen ist es nicht erforderlich, dass der Rechtsanwalt am Ort des zuständigen Gerichtes wohnhaft oder bei diesem Gericht zugelassen ist; in diesen Fällen trägt die ARAG die gesetzliche Vergütung jedoch nur, soweit sie auch bei Tätigkeit eines am Ort des zuständigen Gerichtes wohnhaften oder bei diesem Gericht zugelassenen Rechtsanwaltes entstanden wäre. Wohnt der Versicherte mehr als 100 km vom zuständigen Gericht entfernt und erfolgt eine gerichtliche Wahrnehmung seiner Interessen, trägt die ARAG auch weitere Rechtsanwaltskosten bis zur Höhe der gesetzlichen Vergütung eines Rechtsanwaltes, der lediglich den Verkehr des Versicherten mit dem Prozessbevollmächtigten führt;
 - b) die Vergütung aus einer Honorarvereinbarung des Versicherten mit einem für ihn tätigen Rechtsanwalt, soweit die gesetzliche Vergütung, die ohne Honorarvereinbarung entstanden wäre, von der ARAG im Rahmen von a) getragen werden müsste;
 - c) die Gerichtskosten einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die vom Gericht herangezogen werden, sowie die Kosten des Gerichtsvollziehers. In Schiedsverfahren einschließlich der Verfahren zur Erlangung eines vollstreckbaren Titels werden die Kosten des Schiedsgerichtes nur bis zur eineinhalbfachen Höhe der Kosten, die vor dem zuständigen staatlichen Gericht erster Instanz zu übernehmen wären, getragen;
 - d) die Gebühren und Auslagen in Verfahren vor Verwaltungsbehörden einschließlich der Entschädigung für Zeugen und Sachverständige, die von der Verwaltungsbehörde herangezogen werden, sowie die Kosten der Vollstreckung im Verwaltungswege;
 - e) die Kosten des für die Verteidigung erforderlichen Gutachtens eines öffentlich bestellten technischen Sachverständigen in Verfahren wegen Verletzung einer verkehrsrechtlichen Vorschrift des Straf- oder Ordnungswidrigkeitenrechtes;
 - f) die Kosten, die außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Versicherten aufgewendet werden müssen, um einstweilen von Strafverfolgungsmaßnahmen verschont zu bleiben (Kautions);
 - g) die dem Gegner bei der Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen entstandenen Kosten, soweit der Versicherte zu deren Erstattung verpflichtet ist.
3. Die ARAG hat die Leistungen nach Absatz 1 zu erbringen, sobald der Versicherte wegen der Kosten in Anspruch genommen wird.
4. Die ARAG trägt nicht

- a) die Kosten, die auf Grund einer gütlichen Erledigung, insbesondere eines Vergleiches, nicht dem Verhältnis des Obsiegens zum Unterliegen entsprechen oder deren Übernahme durch den Versicherten nach der Rechtslage nicht erforderlich ist;
 - b) die Kosten der Zwangsvollstreckung für mehr als drei Anträge auf Vollstreckung oder Vollstreckungsabwehr je Vollstreckungstitel und die Kosten für solche Anträge, soweit diese später als fünf Jahre nach Rechtskraft des Vollstreckungstitels gestellt werden;
 - c) die Kosten, zu deren Übernahme ein Dritter auf Grund anderer als unterhaltsrechtlicher Vorschriften verpflichtet ist, soweit keine Erstattungsansprüche auf die ARAG übergegangen sind oder der Versicherte nicht nachweist, dass er den Dritten vergeblich schriftlich zur Zahlung aufgefordert hat;
 - d) die Kosten, zu deren Übernahme ein Dritter verpflichtet wäre, wenn keine Rechtsschutzversicherung bestünde;
 - e) die Kosten, soweit der Versicherte zu deren Übernahme nur deshalb verpflichtet ist, weil der Gegner Forderungen durch Widerklage geltend macht oder zur Aufrechnung stellt, für deren Abwehr entweder nach diesen Bedingungen kein Versicherungsschutz zu gewähren ist oder ein Dritter die Kosten zu tragen hat, die dem Versicherten entstehen.
5. Für die Leistungen der ARAG bildet die vereinbarte Versicherungssumme die Höchstgrenze bei jedem Versicherungsfall, wobei die Leistungen für den Versicherten und für die mitversicherten Personen zusammengerechnet werden. Das gleiche gilt für Leistungen auf Grund mehrerer Versicherungsfälle, die zeitlich und ursächlich zusammenhängen. Übersteigen die Kosten voraussichtlich die Versicherungssumme, ist die ARAG berechtigt, die Versicherungssumme unter Anrechnung der bereits geleisteten Beträge zu hinterlegen oder an den Versicherten zu zahlen.

3. Allgemeine Risikoausschlüsse

1. Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf die Wahrnehmung rechtlicher Interessen
- a) die unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit Kriegsereignissen, feindseligen Handlungen, Aufruhr, inneren Unruhen, Streiks, Aussperrungen oder Erdbeben stehen;
 - b) die unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit Nuklearschäden durch Kernreaktoren oder mit genetischen Schäden auf Grund radioaktiver Strahlen stehen;
 - c) aus dem Bereich des Rechtes der Handelsgesellschaften, der Genossenschaften und der bergrechtlichen Gewerkschaften;
 - d) aus Anstellungsverträgen gesetzlicher Vertreter juristischer Personen;
 - e) aus dem Bereich des Patent- und Urheberrechtes, des Warenzeichen-, Geschmacksmuster- und Gebrauchsmusterrechtes und sonstigen Rechtes aus geistigem Eigentum sowie des Kartellrechtes und bei der Geltendmachung oder Abwehr von Unterlassungsansprüchen aus dem Bereich des Wettbewerbs-, des Rabatt- und des Zugaberechtes;
 - f) aus dem Bereich des Handelsvertreterrechtes;
 - g) aus Spiel- und Wettverträgen;
 - h) aus Bürgschafts-, Garantie-, Schuldübernahme- und Versicherungsverträgen aller Art;
 - i) aus dem Bereich des Familienrechtes und des Erbrechtes;
 - j) die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Planung, Errichtung oder genehmigungspflichtigen baulichen Veränderung eines im Eigentum oder Besitz des Versicherten befindlichen oder von diesem zu erwerbenden Grundstückes, Gebäudes oder Gebäudeteiles stehen;
 - k) aus Bergbauschäden an Grundstücken;

- l) aus dem Bereich des Kirchenrechtes;
 - m) aus dem Bereich des Steuer- und sonstigen Abgaberechtes;
 - n) in Verfahren vor Verfassungsgerichten sowie vor internationalen und supranationalen Gerichtshöfen;
 - o) in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit;
 - p) im Zusammenhang mit einem über das Vermögen des Versicherten beantragten Konkurs- oder Vergleichsverfahren;
 - q) im Zusammenhang mit Planfeststellungs-, Flurbereinigungs-, Umlegungs- und Enteignungs-Angelegenheiten.
2. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz ist die Wahrnehmung rechtlicher Interessen
- a) aufgrund von Versicherungsfällen, die der Versicherte vorsätzlich und rechtswidrig verursacht hat, es sei denn, dass es sich um Ordnungswidrigkeiten handelt;
 - b) aus Ansprüchen, die nach Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherten übertragen worden sind;
 - c) aus Ansprüchen Dritter, die vom Versicherten im eigenen Namen geltend gemacht werden;
 - d) aus der Wahrnehmung rechtlicher Interessen in den USA, Kanada und Mexiko und für Rechtschutzfälle, die in den USA, Kanada oder Mexiko eintreten.
3. Wird dem Versicherten vorgeworfen,
- a) eine Vorschrift des Strafrechtes verletzt zu haben, besteht nur dann Versicherungsschutz, wenn ihm ein Vergehen zur Last gelegt wird, das sowohl vorsätzlich als auch fahrlässig begangen werden kann. Versicherungsschutz besteht, solange dem Versicherten ein fahrlässiges Verhalten vorgeworfen wird oder wenn keine rechtskräftige Verurteilung wegen Vorsatzes erfolgt. Diese Regelung gilt auch für Rauschtaten (§ 323 a Strafgesetzbuch), es sei denn, dass die im Rausch begangene, mit Strafe bedrohte Handlung ohne Rausch nur vorsätzlich begangen werden kann;
 - b) eine mit Strafe bedrohte Handlung begangen zu haben, die den Tatbestand der Verletzung einer verkehrsrechtlichen Vorschrift erfüllt, besteht nur dann kein Versicherungsschutz, wenn rechtskräftig festgestellt wird, dass der Versicherte die Straftat vorsätzlich begangen hat. Für Rauschtaten (§ 323 a Strafgesetzbuch) besteht Versicherungsschutz auch dann nicht, wenn die im Rausch begangene Verletzung einer verkehrsrechtlichen Vorschrift nach der Begründung des rechtskräftigen Urteils ohne Rausch eine mit Strafe bedrohte Handlung gewesen wäre, die nur vorsätzlich begangen werden kann.
4. Für Versicherungsfälle, die der ARAG später als drei Jahre nach Beendigung des Versicherungsvertrages für das betroffene Wagnis gemeldet werden, besteht kein Versicherungsschutz.

4. Rechtsstellung dritter Personen

1. Dritten natürlichen Personen, denen kraft Gesetzes aus der Tötung, der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit des Versicherten eigene Schadenersatzansprüche zustehen, wird für die Geltendmachung dieser Ansprüche Versicherungsschutz gewährt.
2. Die Ausübung der Rechte des Versicherten und der mitversicherten Personen aus dem Versicherungsvertrag steht, sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, ausschließlich dem Versicherten zu; die ARAG ist jedoch berechtigt, den mitversicherten Personen Versicherungsschutz zu gewähren, solange der Versicherte nicht widerspricht. Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz ist die Wahrnehmung rechtlicher Interessen mitversicherter Personen untereinander und gegen den Versicherten. Die Versicherung deckt jedoch die Durchsetzung von Ansprüchen eines Versicherten gegen ein anderes Mitglied des RC/R2C2.

3. Alle hinsichtlich des Versicherten geltenden Bestimmungen sind sinngemäß für und gegen die in Absatz 1 und Absatz 2 genannten Personen anzuwenden; unabhängig hiervon bleibt neben ihnen der Versicherte für die Erfüllung von Obliegenheiten verantwortlich.

5. Eintritt des Versicherungsfalls

1. Bei Schadenersatzansprüchen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen gilt als Versicherungsfall der Eintritt des dem Anspruch zugrunde liegenden Schadenereignisses. Als Schadenersatzansprüche auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen gelten nicht die Ansprüche auf die an die Stelle der Erfüllungsleistung tretende Ersatzleistung.
2. In den Fällen, in denen dem Versicherten die Verletzung einer Vorschrift des Straf-, Ordnungswidrigkeiten-, Disziplinar- oder Standesrechtes vorgeworfen wird, gilt der Versicherungsfall in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem der Versicherte begonnen hat oder begonnen haben soll, die Vorschrift zu verletzen. Bei Verfahren wegen Einschränkung, Entzuges oder Wiedererlangung der Fahrerlaubnis gilt das gleiche, soweit die Fahrerlaubnis im Zusammenhang mit der Verletzung einer Vorschrift des Straf- oder Ordnungswidrigkeitenrechtes eingeschränkt oder entzogen worden ist.
3. In allen übrigen Fällen gilt der Versicherungsfall in dem Zeitpunkt als eingetreten, in dem der Versicherte, der Gegner oder ein Dritter begonnen hat oder begonnen haben soll, gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften zu verstoßen. Bei mehreren Verstößen ist der erste adäquat ursächliche Verstoß maßgeblich, wobei tatsächliche oder behauptete Verstöße, die länger als ein Jahr vor Beginn des Versicherungsvertrages für das betroffene Wagnis zurückliegen, für die Feststellung des Versicherungsfalles außer Betracht bleiben. Liegt der tatsächliche oder behauptete Verstoß gegen Rechtspflichten oder Rechtsvorschriften innerhalb von drei Monaten nach Versicherungsbeginn oder löst eine Willenserklärung oder Rechtshandlung, die vor oder innerhalb von drei Monaten nach Versicherungsbeginn vorgenommen wird, den Versicherungsfall aus, besteht kein Versicherungsschutz.

6. Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

1. Begehrt der Versicherte Versicherungsschutz, hat er
 - a) die ARAG unverzüglich vollständig und wahrheitsgemäß über sämtliche Umstände des Versicherungsfalles zu unterrichten sowie Beweismittel und Unterlagen anzugeben und auf Verlangen zur Verfügung zu stellen;
 - b) dem mit der Wahrnehmung seiner Interessen beauftragten Rechtsanwalt Vollmacht zu erteilen sowie diesen vollständig und wahrheitsgemäß über die Sachlage zu unterrichten, ihm die Beweismittel anzugeben, die möglichen Auskünfte zu erteilen und die notwendigen Unterlagen zu beschaffen;
 - c) der ARAG auf Verlangen Auskunft über den Stand des Verfahrens zu geben und gegebenenfalls die erforderlichen Maßnahmen zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes zu ergreifen;
 - d) soweit seine Interessen nicht unbillig beeinträchtigt werden,
 - aa) vorab nur einen angemessenen Teil der Ansprüche einzuklagen und die etwa nötige gerichtliche Geltendmachung der restlichen Ansprüche bis zur Rechtskraft der Entscheidung über die Teilansprüche zurückzustellen;
 - bb) vor Klageerhebung die Rechtskraft eines anderen gerichtlichen Verfahren auf Grund desselben Versicherungsfalles abzuwarten, das tatsächliche oder rechtliche Bedeutung für den beabsichtigten Rechtsstreit haben kann;
 - cc) Maßnahmen, die Kosten auslösen, insbesondere Erhebung von Klagen und Einlegung von Rechtsmitteln mit der ARAG abzustimmen und alles zu vermeiden, was eine unnötige Erhöhung der Kosten oder eine Erschwerung ihrer Erstattung durch die Gegenseite verursachen könnte;

- e) der ARAG unverzüglich alle ihm zugegangenen Kostenrechnungen von Rechtsanwälten, Sachverständigen und Gerichten vorzulegen.
2. Verletzt der Versicherungsnehmer eine der in Absatz 1 genannten Obliegenheiten, vorsätzlich, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

7. Benennung und Beauftragung des Rechtsanwaltes

1. Der Versicherte ist berechtigt, der ARAG einen Rechtsanwalt zu benennen, der seine Interessen wahrnehmen soll und dessen gesetzliche Vergütung die ARAG gemäß § 1 Ziffer 2. a) zu tragen hat. Der Versicherte kann jedoch auch verlangen, dass die ARAG einen solchen Rechtsanwalt bestimmt. Die ARAG muss ihrerseits einen Rechtsanwalt bestimmen, wenn der Versicherte keinen Rechtsanwalt benannt hat und die Beauftragung eines Rechtsanwaltes im Interesse des Versicherten notwendig ist.
2. Der Rechtsanwalt wird durch die ARAG namens und im Auftrage des Versicherten beauftragt.
3. Beauftragt der Versicherte selbst einen Rechtsanwalt, für den die ARAG gemäß § 1 Ziffer 2. a) die gesetzliche Vergütung zu tragen hätte, ist die ARAG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn sie nicht unverzüglich von dieser Beauftragung unterrichtet wird und gleichzeitig die Verpflichtungen gemäß § 6 Ziffer 1. erfüllt werden. § 6 Ziffer 2. gilt entsprechend.
4. Der Rechtsanwalt trägt dem Versicherten gegenüber die Verantwortung für die Durchführung seines Auftrages. Die ARAG ist für die Tätigkeit des Rechtsanwaltes nicht verantwortlich.

8. Prüfung der Erfolgsaussichten

1. Ist die ARAG der Auffassung, dass die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Versicherten keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet oder mutwillig erscheint, kann sie ihre Leistungspflicht verneinen. Dies hat sie dem Versicherten unter Angabe der Gründe unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Wird dem Versicherten die Verletzung einer Vorschrift des Straf- oder Ordnungswidrigkeitenrechtes vorgeworfen, prüft die ARAG die Erfolgsaussichten der Verteidigung in den Tatsacheninstanzen nicht.
2. Hat die ARAG ihre Leistungspflicht gemäß Absatz 1 verneint und stimmt der Versicherte der Auffassung der ARAG nicht zu, kann der Versicherte den für ihn tätigen oder noch zu beauftragenden Rechtsanwalt auf Kosten der ARAG veranlassen, dieser gegenüber eine begründete Stellungnahme darüber abzugeben, dass die Wahrnehmung seiner rechtlichen Interessen hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig erscheint. Die Entscheidung des Rechtsanwaltes ist für beide Teile bindend, es sei denn, dass sie offenbar von der wirklichen Sach- oder Rechtslage erheblich abweicht.
3. Die ARAG kann dem Versicherten eine Frist von mindestens einem Monat setzen, binnen der der Versicherte den Rechtsanwalt vollständig und wahrheitsgemäß über die Sachlage zu unterrichten und die Beweismittel anzugeben hat, damit dieser die Stellungnahme gemäß § 8 Ziffer 2. abgeben kann. Kommt der Versicherte dieser Verpflichtung nicht innerhalb der von der ARAG gesetzten Frist nach, entfällt der Versicherungsschutz. Die ARAG ist verpflichtet, den Versicherten ausdrücklich auf die mit dem Fristablauf verbundene Rechtsfolge hinzuweisen.

9. Abtretung, Erstattung von Kosten und Versicherungsleistungen

1. Versicherungsansprüche können, solange sie nicht dem Grunde und der Höhe nach endgültig festgestellt sind, weder abgetreten noch verpfändet werden, es sei denn, dass sich die ARAG hiermit schriftlich einverstanden erklärt.
2. Ansprüche des Versicherten auf Erstattung von Beträgen, die die ARAG für ihn geleistet hat, gehen mit ihrer Entstehung auf die ARAG über. Bereits an den Versicherten zurückgezahlte Beträge sind der ARAG zu erstatten.
3. Der Versicherte hat die ARAG bei der Geltendmachung eines auf ihn übergegangenen Kostenerstattungsanspruches gegen einen Dritten zu unterstützen. Er hat ihr insbesondere auf Anforderung die zum Nachweis des Forderungsüberganges benötigten Beweismittel auszuhändigen.
4. Wird der Versicherte wegen vorsätzlicher Verletzung einer Vorschrift des Strafrechtes rechtskräftig verurteilt und ist der Versicherungsschutz deshalb gemäß § 3 Ziffer 3. ausgeschlossen, ist der Versicherte zur Rückzahlung der Leistungen verpflichtet, die die ARAG für ihn erbracht hat, nachdem dem Versicherten ein vorsätzliches Verhalten zur Last gelegt wurde. Zur Rückzahlung der von der ARAG gemäß § 2 Ziffer 2. f) erbrachten Leistungen (Kautio) ist der Versicherte verpflichtet, soweit diese Leistungen als Strafe, Geldbuße oder als Sicherheit für die Durchsetzung der gegen den Versicherten erhobenen Schadenersatzansprüche einbehalten werden oder wenn die Kautio verfällt.

10. Versicherungssumme

Die Höchstgrenze der Leistungen je Versicherungsfall beträgt **100.000 Euro**.

Je Versicherungsfall wird auf die erstattungsfähigen Kosten eine Selbstbeteiligung von **150 Euro** angerechnet.

C. erweiterter Schutz

Falls besonders vereinbart, werden die unter Abschnitt B. beschriebenen Versicherungsleistungen um nachfolgenden Versicherungsschutz erweitert:

I. Unfallversicherung

1. Gegenstand der Versicherung

Es gelten die AUB99 (Stand 2008) sowie die Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung - Besonderen Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2000) -.

2. Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf alle bedingungsgemäßen Unfälle im Umfang der nachstehenden Bestimmungen, die den Versicherten bei der sach- und fachgerechten Benutzung von Fahrrädern, Pedelecs und/oder E-Bikes einschließlich Pflege- und Reparaturarbeiten zustoßen.

I. Invaliditätsleistung

1. Führt der Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht Anspruch auf die Kapitalleistung entsprechend der versicherten Summe. 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. Nach Ablauf dieser Frist erlischt der Anspruch auf Invaliditätsleistung.
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 Funktionsunfähigkeit

eines Armes im Schultergelenk	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand im Handgelenk	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 im Fußgelenk	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 Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.

- c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
 - d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach 2. ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.
 - e) Bei Teilinvalidität wird eine Entschädigung nur dann gewährt, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad 10 % und mehr beträgt.
 - f) Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Leistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
 - für den 50 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die festgelegte Invaliditätssumme,
 - für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme,
 - ab einem Invaliditätsgrad von 75 % wird bereits die vereinbarte Höchstsumme gezahlt.
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 der obigen Invaliditätstabelle zu bemessen.
 4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
 5. Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach 1. entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Bergungskosten

1. Die Versicherung erstreckt sich bis zu dem im Versicherungsschein festgelegten Betrag pro versicherter Person auf Bergungskosten, die aufgewendet werden
 - a) für Suchaktionen nach Unfallverletzten, auch wenn nur die Vermutung eines Unfalles besteht;
 - b) bei der Rettung von Unfallverletzten und deren Verbringung ins nächste Krankenhaus einschließlich der notwendigen zusätzlichen Kosten, die infolge des Unfalles für die Rückfahrt zum Heimatort entstehen,
 - c) für den Transport von Unfalltoten bis zum Heimatort,
2. Bei gleichzeitigem Bestehen einer Einzel-Krankheitskostenversicherung wird Ersatz für Bergungskosten im Rahmen der Unfallversicherung nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so kann der Versicherte sich unmittelbar an den Unfallversicherer halten.

III. Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Leben im Haushalt des verstorbenen unterhaltsberechtigter Kinder so wird eine zusätzliche Todesfalleistung erbracht.

IV. 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 von mehr als 50 Pro-

zent und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht.

V. Kosmetische Operationen

1. 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 die ARAG 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.
2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.
3. 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.

VI. Reha-Management

Im Falle eines versicherter Unfalls, wird ab einem zu erwartenden Invaliditätsgrad von 50 Prozent ein Reha-Management als Serviceleistung angeboten. Ziel des Reha-Managements ist es, den Verunfallten möglichst schnell in ein soziales und berufliches Umfeld zurückzuführen, das ihm eine den Verhältnissen entsprechende Lebensqualität bietet. Diese Serviceleistung wird von der ARAG in Kooperation mit der IHR Rehabilitations-Dienst GmbH in Köln erbracht. Das Reha-Management übernimmt die Organisation, nicht jedoch die Kosten für die Reha-Maßnahme selbst. Es werden nur Maßnahmen empfohlen, deren Kosten entweder von einem Leistungsträger (Krankenversicherung, Berufsgenossenschaft usw.) übernommen oder die von Leistungen (z.B. der fälligen Invaliditätsentschädigung) finanziert werden können. Die Versicherungssumme für Reha-Management-Kosten beträgt 15.500 Euro. Die versicherte Person kann frei entscheiden, ob sie alle Leistungen, nur Teilleistungen oder keine Leistung des Reha-Managements in Anspruch nimmt. Es besteht keine Pflicht zur Inanspruchnahme. Die ARAG Sportversicherung entscheidet im Einzelfall über die Vergabe der Serviceleistung an den Verunfallten. Das Reha-Management bietet folgende Leistungen:

1. Die medizinische Rehabilitation
In Absprache mit allen Beteiligten – dazu zählen neben dem Verletzten selbst die Familie, die Ärzte, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen – wird ein Gesamt-Rehabilitationsplan erstellt. Das Leistungsspektrum umfasst zudem Empfehlungen über besondere Heilverfahren und bestmögliche Therapien. Das Reha-Management kümmert sich auch um die Vermittlung von Spezialkliniken und ambulanten Therapien bis hin zur Terminvereinbarung für stationäre Aufenthalte und steht bei Anschlusstherapien dem Verletzten unterstützend zur Seite.
2. Das berufliche Reha-Management
Eng verzahnt mit der medizinischen ist die berufliche Rehabilitation. Die Situation ist derzeit, dass die Reha- und Arbeitsberater der gesetzlichen Träger häufig überlastet sind; es fehlt an Personal, um aktive Vermittlung durchführen zu können. Die geringe Zahl von Ausbildungsplätzen und Umschulungsmaßnahmen in nicht mehr marktgerechten Berufen erschweren häufig eine berufliche Wiedereingliederung der Verletzten. Lange Wartezeiten, finanzielle Unsicherheit und der Verlust der vorhandenen beruflichen Qualifikation führen zu einem Motivationsverlust und steigern zwangsläufig das Rentenbegehren. Das berufliche Reha-Management berät die Verletzten vor Ort und unterstützt sie bei der Lösung der beruflichen Probleme. Im Vordergrund steht dabei die Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes, bei Bedarf die Suche eines neuen Arbeitsplatzes und bei Eignung die Förderung einer selbstständigen Tätigkeit. Die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten werden berücksichtigt und der Verletzte während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase kontinuierlich begleitet.
3. Das Pflege-Management
Erfahrene Pflegekräfte und medizinische Berater des Pflege-Managements klären in professionellen Gutachten den Pflegeumfang, die Bereiche Grundpflege, Behandlungspflege, aktivierende Pflege und

Betreuungspflege. Bei Bedarf wird eine Neuorganisation der Pflegesituation empfohlen. Hierzu gehört auch die Beschaffung angestellter Pflege- bzw. Pflegefachkräfte, die Vermittlung von Pflegeinstitutionen mit entsprechenden Kostenvergleichen, Pflegehilfsmittelversorgung sowie Hinweise zu Sonderpflegeeinrichtungen für Schwerstverletzte.

4. Das soziale Reha-Management

Die soziale Rehabilitation ist von großer psychologischer Bedeutung und trägt entscheidend zum Gesamterfolg aller Rehabilitationsmaßnahmen bei. Der Verletzte soll umfassend dabei unterstützt werden, aus seiner durch die Behinderung oft hervorgerufenen Isolation herauszukommen und Aktivitäten selbstständig aufzunehmen. Im Vordergrund stehen Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes, der technischen Situation am Arbeitsplatz und der Erhöhung der Mobilität des Verletzten. Das Reha-Management berät mit Ingenieuren und Architekten über behindertengerechtes Bauen sowohl im Bereich von Umbauten als auch bei Neuplanungen. Der Bedarf und die notwendigen Kosten werden in Gutachten geplant. Die Beratung über die vielfältigen technischen Hilfsmittel am Arbeitsplatz kann die Chance auf berufliche Rehabilitation deutlich erhöhen. Reha-Berater und Kfz-Sachverständige beraten über geeignete Mobilitätshilfen wie Rollstühle und umgebaute Kraftfahrzeuge, prüfen die Angebote, bewerten die Qualität, untersuchen die Einsatzmöglichkeiten, ermöglichen die Nutzung von Sonderkonditionen des Anbieters und geben Unterstützung bei der Beschaffung. Kontakte zu Sportvereinen und Selbsthilfegruppen sollen die Einbindung des Verletzten in das sportliche Umfeld und die Reintegration in den eigenen Verein unterstützen. Auch hier steht die Beratung über die individuellen Möglichkeiten im Vordergrund, zu der auch die Beratung über die behindertengerechte Gestaltung eines sinnvollen Urlaubes und die Vermittlung geeigneter Reiseveranstalter gehört.

3. Versicherungssummen

25.000 Euro	für den Invaliditätsfall (Grundsumme)
50.000 Euro	- für den Invaliditätsfall (Höchstleistung)
5.000 Euro	für Bergungskosten
5.000 Euro	für den Todesfall
2.500 Euro	je unterhaltsberechtigtem Kind
750 Euro	als Übergangsleistung
5.000 Euro	für kosmetische Operationen
15.500 Euro	für Reha-Management

Die vereinbarten Versicherungsleistungen stehen je versicherter Person zur Verfügung. Die Höchstersatzleistung beträgt 1.750.000 Euro je Schadenereignis und für alle Personen.

II. Haftpflichtversicherung

1. Gegenstand der Versicherung

Grundlage für den Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen des ARAG Business-Aktiv Haftpflicht-Schutz 2017 (AHB 2017).

2. Umfang des Versicherungsschutzes

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen des ARAG Business-Aktiv Haftpflicht-Schutz 2017 gelten folgende Risiken als mitversichert:

Mietsachschiäden

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht für Schiäden an geliehenen Fahrriätern, Pedelecs und E-Bikes von Verleihstationen bzw. Verleihunternehmen bis maximal 2.500 Euro
Der Versicherungsschutz gilt auch für Haftpflichtschäden an geliehenen S-Pedelecs (mit KFZ-/Mofa-Kennzeichen) und dem geliehenen Zubehör wie z.B. Fahrradschloss, Protektoren, Helme etc.

Nicht versichert ist der Verlust/Diebstahl der geliehenen Sachen. Ebenso besteht kein Versicherungsschutz wenn das geliehene Rad von Freunden oder Familienmitgliedern geliehen wurde.

2. Versicherungsschutz besteht für Haftpflichtschäden an Hotelzimmern und dessen Einrichtung bei versichertem, pannenbedingtem Aufenthalt im Hotel. Die Versicherungssumme beträgt 20.000 Euro innerhalb der Versicherungssumme für Sachschäden

Schlüsselverlust

Versicherungsschutz besteht für die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen oder der Beschädigung von fremden Schlüsseln bei einem versicherten, pannenbedingtem Aufenthalt im Hotel. Die Versicherungssumme beträgt 2.500 Euro je Schadenfall innerhalb der Versicherungssumme für Sachschäden

3. Versicherungssummen

5.000.000 Euro maximal	für Personen- und/oder Sachschäden
2.500 Euro maximal	für Mietsachschiadendeckung für geliehene Fahrriätere
20.000 Euro maximal	für Mietsachschiadendeckung an Hotelzimmer und dessen Einrichtung innerhalb der Versicherungssumme für Sachschäden
2.500 Euro maximal	für Schlüsselverlust innerhalb der Versicherungssumme für Sachschäden

Die Höchstersatzleistung für alle Schadenfälle innerhalb eines Versicherungsjahres ist auf das Doppelte der Versicherungssumme für Personen- und Sachschäden begrenzt.

4. Kumulklausele

Besteht für mehrere Versicherungsfälle, die

- auf derselben Ursache beruhen oder
- auf den gleichen Ursachen beruhen, wenn zwischen diesen ein innerer, insbesondere sachlicher und zeitlicher Zusammenhang besteht,

für den RCD oder eine versicherte Person Versicherungsschutz im Rahmen verschiedener Abschnitte dieses Vertrags oder sowohl im Rahmen dieses Vertrags als auch eines anderen Haftpflichtversicherungsvertrags bei dem Versicherer, so ist die Ersatzleistung des Versicherers aus diesen Abschnitten/Verträgen insgesamt auf die höchste der je Versicherungsfall in diesen Abschnitten/Verträgen vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. In diesem Fall gelten die Versicherungsfälle in dem Zeitpunkt eingetreten, in dem der erste Versicherungsfall eingetreten ist.

D. Gemeinsame Bestimmungen für alle Versicherungszweige

I. Anzeigen und Willenserklärungen

Die Versicherten haben den Eintritt eines Versicherungsfalles, nachdem sie davon Kenntnis erlangt haben, dem RC/R2C2 unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, anzuzeigen.

Alle bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen in Textform erfolgen. Der RC/R2C2 überprüft die Mitgliedschaft und reicht die Unterlagen an die ARAG weiter.

Die Mitwirkung der Versicherten ist Voraussetzung, dass der Versicherer seine Leistung erbringen kann.

II. Schadenmeldung und Obliegenheiten

1. Unfallversicherung

- 1.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss unverzüglich ein Arzt hinzugezogen werden. Seine Anordnungen müssen befolgt und die ARAG unterrichtet werden.
- 1.2 Die von der ARAG übersandte Unfallanzeige muss wahrheitsgemäß ausgefüllt und unverzüglich zurück gesandt werden; von der ARAG darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 1.3 Werden Ärzte von der ARAG beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt die ARAG.
- 1.4 Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 1.5 Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar bei der ARAG geltend machen. Der Versicherer leistet direkt an die versicherte Person.

2. Haftpflichtversicherung

Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die Versicherten zur Folge haben könnte.

- 2.1 Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat der Versicherte der ARAG unverzüglich Anzeige zu erstatten, auch wenn er den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherten geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs verpflichtet. Wird gegen den Versicherten ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er außerdem unverzüglich Anzeige zu erstatten. Das gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
- 2.2 Der Versicherte ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen der ARAG, nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalles dient, sofern ihm dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Er hat die ARAG bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihr ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht der ARAG für die Beurteilung des Schadenfalls erheblichen Schriftstücke einzusenden.
- 2.3 Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat der Versicherte die Prozessführung der ARAG zu überlassen, dem von der ARAG bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder der ARAG für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat er, ohne die Weisung der ARAG abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
- 2.4 Anerkenntnisse und Vergleiche, die von den Versicherten ohne Zustimmung der ARAG abgegeben oder geschlossen worden sind, binden die ARAG nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.
- 2.5 Wenn der Versicherte infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist er verpflichtet, dieses Recht auf seinen Namen von der ARAG ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Ziffer 2.2 bis 2.4 finden entsprechende Anwendung.
- 2.6 Die ARAG gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihr zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der Versicherten abzugeben.

III. Folgen von Obliegenheitsverletzungen (alle Versicherungszweige)

Soweit zu den einzelnen Versicherungszweigen nichts anderes geregelt ist, gilt Folgendes:

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

- 1.2 Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherte seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der jeweilige Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherten entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- 1.3 Weist der Versicherte nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
- 1.4 Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherte nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem jeweiligen Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherte die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

IV. Verjährungsfrist, Gerichtsstand, nationales Recht und Sprache

1. Verjährung

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

2. Gerichtsstand/zuständiges Gericht

- 2.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung (ZPO) auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- 2.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherten ist ausschließlich das Gericht örtlich zuständig, in der der Versicherte zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

3. Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht. Die Vertragssprache ist Deutsch.

E. Hinweise für den Schadenfall

I. Das sollten die Mitglieder bei einem Schadenfall beachten:

1. Im Schadenfall steht dem versicherten Mitglied ein eigenes Recht zu, Ansprüche aus dem Vertrag gegen die ARAG geltend zu machen. Der Schriftwechsel zum gemeldeten Schadenfall erfolgt direkt zwischen der ARAG und dem Mitglied.
2. Jeder Schaden ist unverzüglich nach Eintritt des Schadens zu melden an:

RadClub Mitgliederservice:
mitgliederservice@radclub.de
Telefon 089/4161540-0

Geben Sie dabei bitte unbedingt die Vertragsnummer SpV 1063894 an.
4. Achten Sie darauf, dass die Schadenmeldungen sorgfältig, ausführlich und wahrheitsgetreu ausgefüllt werden. Sie sparen unnötige Rückfragen und der Schaden kann dadurch schneller bearbeitet werden.
5. Alle Rechnungen zu Heilbehandlungsmaßnahmen wegen Unfallfolgen sind vorab der gesetzlichen Krankenversicherung einzureichen.
6. Bei späterem Schriftwechsel soll bitte immer die Schaden-Nummer angegeben werden. Ihre Anfragen können dann schneller zugeordnet und beantwortet werden.
7. Beachten Sie bitte alle Weisungen des Schadensachbearbeiters, damit jeder Schaden zügig und unbürokratisch erledigt werden kann. Tun Sie selbst alles, um einen Schaden so gering wie möglich zu halten.
8. Wenn Sie allgemeine Fragen zur Versicherung haben, wenden Sie sich an die Betriebsabteilung der ARAG Allgemeinen Versicherung AG.

II. Hinweise für Haftpflichtschäden

1. Die Schadenanzeige darf nie vom Geschädigten ausgefüllt werden.
2. Regulieren Sie Schäden niemals selbst und geben Sie kein Schuldanerkennnis ab.
3. Gegen Mahnbescheide oder Zwangsvollstreckungen ist sofort innerhalb der Fristen Widerspruch bzw. Einspruch beim zuständigen Amtsgericht einzulegen. Geben Sie die Unterlagen dann bitte umgehend an unsere Schadenabteilung.
4. Führen Sie selbst keinen Schriftwechsel mit dem Geschädigten, sondern reichen Sie alle Schriftstücke umgehend an unsere Schadenabteilung weiter.
5. Schadenfälle, bei denen Schäden von mehr als 1.600 Euro vermutet werden, sind der Schadenabteilung sofort telefonisch zu melden.

III. Hinweise für Unfallschäden

1. Die Schadenanzeige muss wahrheitsgemäß ausgefüllt werden.



ARAG Business Aktiv Haftpflicht-Schutz 2017

Informationen und Bedingungen

Stand 1.2017

Versicherteninformation ARAG Business Aktiv

nach §1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Vertragspartner für Ihre ARAG Business Aktiv ist die
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Wolfgang Mathmann, Christian Vogée
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 10418

2 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft ist die Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Fahrzeug- und Schutzbriefversicherung.

3 Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Versichert ist auf Grundlage der „Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)“ und weiterer Besonderer Bedingungen (BBR) die gesetzliche Haftpflicht privatrechtlichen Inhalts des Versicherungsnehmers sowie der mitversicherten Personen aus dem angegebenen Betrieb mit seinen Eigenschaften, Rechtsverhältnissen oder Tätigkeiten bzw. aus der Ausübung der beschriebenen beruflichen oder gewerblichen Tätigkeiten.

In diesem Zusammenhang reguliert die ARAG nicht nur den Schaden, sondern prüft auch, ob und in welcher Höhe eine Verpflichtung zum Schadenersatz besteht, wehrt unbegründete Schadenersatzansprüche ab und bietet damit auch Rechtsschutz bei unberechtigten Haftungsansprüchen.

4 Gesamtpreis der Versicherung

Den zu entrichtenden Gesamtpreis für die angebotene ARAG Business Aktiv einschließlich etwaiger Ratenzahlungszuschläge sowie der zurzeit gültigen Versicherungssteuer und die gewählte Zahlweise können Sie dem Antrag entnehmen.

5 Zusätzliche Kosten

Zusätzliche vertragliche Kosten fallen nicht an.

6 Beitragszahlung

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch unterjährig in gleichen Beitragsraten, das heißt monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Der Beitrag gilt bei unterjähriger Zahlungsweise bis zur Fälligkeit als gestundet.

Der Erstbeitrag wird nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei späterer Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Tag der Zahlung, es sei denn, die verspätete Zahlung beruht nicht auf Ihrem Verschulden.

Folgebeiträge sind jeweils zum Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums zu zahlen.

Bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat hat der Versicherungsnehmer sicherzustellen, dass das zum Einzug angegebene Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit die erforderliche Deckung aufweist.

Verträge mit Beitrag nach einem Assekuranztarif werden nach Wegfall der Voraussetzungen hierfür zum Normaltarif fortgeführt.

7 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

An konkrete Informationen zu Produkten der ARAG Allgemeine, insbesondere hinsichtlich der genannten Beiträge, halten wir uns einen Monat gebunden.

8 Zustandekommen des Vertrags, Antragsbindefrist, Beginn des Versicherungsschutzes

Eine Antragsannahme der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG erfolgt durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder eine Annahmeerklärung.

Bei einer Anfrage durch den Versicherungsnehmer (Invitatio-Antrag) erfolgt das Angebot durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die Annahme des Angebots durch Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, sofern der Erstbeitrag rechtzeitig gezahlt wird (siehe Ziffer 6).

9 Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Telefax +49 211 963-2850, service@ARAG.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Antrag unter „Beitragsberechnung“ ausgewiesenen rechnerischen Tagesbeitrag pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

10 Laufzeit und Beendigung des Vertrags, insbesondere durch Kündigung

Die vereinbarte Laufzeit des Vertrags folgt aus den konkreten Vertragsvereinbarungen (zum Beispiel dem Antrag).

Der ARAG Business Aktiv kann von beiden Parteien erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit, spätestens jedoch nach drei Jahren gekündigt werden. Wird er nicht gekündigt, verlängert sich das Vertragsverhältnis bei Verträgen von mindestens einjähriger Vertragsdauer mit dem Ablauf der vereinbarten Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend. Es ist dann zum Ende des jeweils folgenden Versicherungsjahres kündbar. Kündigungen müssen dem jeweils anderen Vertragspartner drei Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.

Erbringt die ARAG eine Leistung aus diesem Vertrag, kann der Vertrag vorzeitig in Schriftform gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat.

11 Anwendbares Recht/zuständiges Gericht/Kommunikationssprache

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des ARAG Business Aktiv liegt ebenso das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände nach §§ 13, 17, 21, 29 ZPO und § 215 VVG.

Die Versicherungsbedingungen und sämtliche vor oder nach Vertragsschluss ausgehändigten Informationen werden in deutscher Sprache verfasst. Die ARAG Allgemeine wird die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags in deutscher Sprache führen.

12 Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“, einer unabhängigen Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungsunternehmen. Sie haben die Möglichkeit, diese Stelle anzurufen, wenn es sich um einen Anspruch aus Ihrem Versicherungsvertrag oder dessen Anbahnung oder Vermittlung handelt. Sie erreichen den Versicherungsombudsmann unter:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt für Sie hiervon unberührt.

13 Beschwerdegeseuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde des Versicherungsnehmers kann auch direkt gerichtet werden an die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB 2017)

– sofern im Versicherungsvertrag vereinbart –

Umfang des Versicherungsschutzes

- 1 Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall
- 2 Vermögensschäden, Abhandenkommen von Sachen
- 3 Versichertes Risiko
- 4 Vorsorgeversicherung
- 5 Leistungen der Versicherung
- 6 Begrenzung der Leistungen
- 7 Ausschlüsse

Beginn des Versicherungsschutzes/Beitragszahlung

- 8 Beginn des Versicherungsschutzes
- 9 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag
- 10 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 11 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 12 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
- 13 Beitragsregulierung
- 14 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 15 Beitragsangleichung

Dauer und Ende des Vertrags/Kündigung

- 16 Dauer und Ende des Vertrags
- 17 Wegfall des versicherten Risikos
- 18 Kündigung nach Beitragsangleichung
- 19 Kündigung nach Versicherungsfall
- 20 Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen
- 21 Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften
- 22 Mehrfachversicherung

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

- 23 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
- 24 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalls
- 25 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls
- 26 Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

Weitere Bestimmungen

- 27 Mitversicherte Personen
- 28 Abtretungsverbot
- 29 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung
- 30 Verjährung
- 31 Zuständiges Gericht
- 32 Anzuwendendes Recht

1 Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall

- 1.1 Versicherungsschutz besteht im Rahmen des versicherten Risikos für den Fall, dass der Versicherungsnehmer wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses (Versicherungsfall), das einen Personen-, Sach- oder sich daraus ergebenden Vermögensschaden zur Folge hatte, aufgrund

gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts

von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

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

- 1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche, auch wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt,
- (1) auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadenersatz statt der Leistung,
 - (2) wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nacherfüllung durchführen zu können,
 - (3) wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstands oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolgs,
 - (4) auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung,
 - (5) auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung,
 - (6) wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.
- 1.3 Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.
Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

2 Vermögensschaden, Abhandenkommen von Sachen

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

- 2.1 Vermögensschäden, die weder durch Personen- noch durch Sachschäden entstanden sind;
- 2.2 Schäden durch Abhandenkommen von Sachen; hierauf finden dann die Bestimmungen über Sachschäden Anwendung.

3 Versichertes Risiko

- 3.1 Der Versicherungsschutz umfasst die gesetzliche Haftpflicht
- (1) aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken des Versicherungsnehmers,
 - (2) aus Erhöhungen oder Erweiterungen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken. Dies gilt nicht für Risiken aus dem Halten oder Gebrauch von versicherungspflichtigen Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugen sowie für sonstige Risiken, die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen,
 - (3) aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluss der Versicherung neu entstehen (Vorsorgeversicherung) und die in Ziffer 4 näher geregelt sind.
- 3.2 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Erhöhungen des versicherten Risikos durch Änderung bestehender oder Erlass neuer Rechtsvorschriften. Der Versicherer kann den Vertrag jedoch unter den Voraussetzungen von Ziffer 21 kündigen.

4 Vorsorgeversicherung

- 4.1 Risiken, die nach Abschluss des Versicherungsvertrags neu entstehen, sind im Rahmen des bestehenden Vertrags sofort versichert.
- (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung des Versicherers jedes neue Risiko innerhalb eines Monats anzuzeigen. Die Aufforderung kann auch mit der Beitragsrechnung erfolgen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.
Tritt der Versicherungsfall ein, bevor das neue Risiko angezeigt wurde, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und zu einem Zeitpunkt hinzugekommen ist, zu dem die Anzeigefrist noch nicht verstrichen war.

(2) Der Versicherer ist berechtigt, für das neue Risiko einen angemessenen Beitrag zu verlangen. Kommt eine Einigung über die Höhe des Beitrags innerhalb einer Frist von einem Monat nach Eingang der Anzeige nicht zustande, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.

4.2 Der Versicherungsschutz für neue Risiken ist von ihrer Entstehung bis zur Einigung im Sinne von Ziffer 4.1 (2) auf den Betrag von 3.000.000 Euro pauschal für Personen- und Sachschäden und 50.000 Euro für Vermögensschäden begrenzt, sofern nicht im Versicherungsschein geringere Versicherungssummen festgesetzt sind.

4.3 Die Regelung der Vorsorgeversicherung gilt nicht für Risiken

- (1) aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs, soweit diese Fahrzeuge der Zulassungs-, Führerschein- oder Versicherungspflicht unterliegen sowie aus dem Eigentum, Besitz, Betrieb oder Führen von Bahnen;
- (2) aus der Herstellung, Bearbeitung, Lagerung, Beförderung, Verwendung von und Handel mit explosiven Stoffen, soweit hierzu eine besondere behördliche Genehmigung erforderlich ist;
- (3) die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen;
- (4) die kürzer als ein Jahr bestehen werden und deshalb im Rahmen von kurzfristigen Versicherungsverträgen zu versichern sind.

5 Leistungen der Versicherung

5.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadenersatzansprüche und die Freistellung des Versicherungsnehmers von berechtigten Schadenersatzverpflichtungen.

Berechtigt sind Schadenersatzverpflichtungen dann, wenn der Versicherungsnehmer aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleichs zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die vom Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.

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

5.2 Der Versicherer ist bevollmächtigt, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadenersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben.

Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadenersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.

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

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

6 Begrenzung der Leistungen

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

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

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

- auf derselben Ursache
- auf gleichen Ursachen mit innerem, insbesondere sachlichem und zeitlichem Zusammenhang oder
- auf der Lieferung von Waren mit gleichen Mängeln beruhen.

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

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

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

- 6.7 Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrags zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet.
Für die Berechnung des Rentenwerts gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls.
Bei der Berechnung des Betrags, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.
- 6.8 Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Verhalten des Versicherungsnehmers scheitert, hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Entschädigungsleistung, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

7 Ausschlüsse

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

- 7.1 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.
- 7.2 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden dadurch verursacht haben, dass sie in Kenntnis von deren Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit
- Erzeugnisse in den Verkehr gebracht oder
 - Arbeiten oder sonstige Leistungen erbracht haben.
- 7.3 Haftpflichtansprüche, soweit sie aufgrund Vertrags oder Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.
- 7.4 Haftpflichtansprüche
- (1) des Versicherungsnehmers selbst oder der in Ziffer 7.5 benannten Personen gegen die Mitversicherten,
 - (2) zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Versicherungsvertrags,
 - (3) zwischen mehreren Mitversicherten desselben Versicherungsvertrags.
- 7.5 Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer
- (1) aus Schadenfällen seiner Angehörigen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören;
als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind);
 - (2) von seinen gesetzlichen Vertretern oder Betreuern, wenn der Versicherungsnehmer eine geschäftsunfähige, beschränkt geschäftsfähige oder betreute Person ist;
 - (3) von seinen gesetzlichen Vertretern, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts oder ein nicht rechtsfähiger Verein ist;
 - (4) von seinen unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern, wenn der Versicherungsnehmer eine offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist;
 - (5) von seinen Partnern, wenn der Versicherungsnehmer eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist;
 - (6) von seinen Liquidatoren, Zwangs- und Insolvenzverwaltern.

Zu Ziffer 7.4 und Ziffer 7.5:

Die Ausschlüsse unter Ziffer 7.4 und Ziffer 7.5 (2) bis (6) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.

- 7.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrags sind.
- 7.7 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn
- (1) die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dergleichen) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
 - (2) die Schäden dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dergleichen) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;
 - (3) die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers entstanden sind und sich diese Sachen oder – sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt – deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass

er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte.

Zu Ziffer 7.6 und Ziffer 7.7:

Sind die Voraussetzungen der Ausschlüsse in Ziffer 7.6 und Ziffer 7.7 in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.

- 7.8 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an vom Versicherungsnehmer hergestellten oder gelieferten Sachen, Arbeiten oder sonstigen Leistungen infolge einer in der Herstellung, Lieferung oder Leistung liegenden Ursache und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden. Dies gilt auch dann, wenn die Schadenursache in einem mangelhaften Einzelteil der Sache oder in einer mangelhaften Teilleistung liegt und zur Beschädigung oder Vernichtung der Sache oder Leistung führt.
Dieser Ausschluss findet auch dann Anwendung, wenn Dritte im Auftrag oder für Rechnung des Versicherungsnehmers die Herstellung oder Lieferung der Sachen oder die Arbeiten oder sonstigen Leistungen übernommen haben.
- 7.9 Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII sind jedoch mitversichert.
- 7.10 (a) Ansprüche, die gegen den Versicherungsnehmer wegen Umweltschäden gemäß Umweltschadensgesetz oder anderen auf der EU-Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierenden nationalen Umsetzungsgesetzen geltend gemacht werden. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer von einem Dritten aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts auf Erstattung der durch solche Umweltschäden entstandenen Kosten in Anspruch genommen wird.
Der Versicherungsschutz bleibt aber für solche Ansprüche erhalten, die auch ohne Bestehen des Umweltschadensgesetzes oder anderer auf der EU-Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierender nationaler Umsetzungsgesetze bereits aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts gegen den Versicherungsnehmer geltend gemacht werden könnten.
Dieser Ausschluss gilt nicht im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken.
- 7.10 (b) Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung.
Dieser Ausschluss gilt nicht
- (1) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken
oder
 - (2) für Schäden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftpflicht).
Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Schäden durch Umwelteinwirkung, die aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von
 - Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen)
 - Anlagen gemäß Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG-Anlagen)
 - Anlagen, die nach dem Umweltschutz dienenden Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht unterliegen
 - Abwasseranlagenoder Teilen resultieren, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.
- 7.11 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind.
- 7.12 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (zum Beispiel Strahlen von radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen).
- 7.13 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die zurückzuführen sind auf
- (1) gentechnische Arbeiten,
 - (2) gentechnisch veränderte Organismen (GVO),
 - (3) Erzeugnisse, die
 - Bestandteile aus GMO enthalten,
 - aus oder mithilfe von GMO hergestellt wurden.
- 7.14 Haftpflichtansprüche aus Sachschäden, welche entstehen durch
- (1) Abwässer, soweit es sich nicht um häusliche Abwässer handelt,
 - (2) Senkungen von Grundstücken oder Erdbeben,
 - (3) Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer.
- 7.15 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, soweit es sich um Schäden handelt aus
- (1) Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten,
 - (2) Nichterfassen oder fehlerhaftem Speichern von Daten,
 - (3) Störung des Zugangs zum elektronischen Datenaustausch,
 - (4) Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen.

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

Beginn des Versicherungsschutzes/Beitragszahlung

8 Beginn des Versicherungsschutzes

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

9 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag

- 9.1 Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 9.2 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrags eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.
- 9.3 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

10 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

- 10.1 Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 10.2 Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziffern 10.3 und 10.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
- 10.3 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen wurde.
- 10.4 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen hat.
Hat der Versicherer gekündigt und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

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

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

12 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist.
Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

13 Beitragsregulierung

13.1 Der Versicherungsnehmer hat nach Aufforderung mitzuteilen, ob und welche Änderungen des versicherten Risikos gegenüber den früheren Angaben eingetreten sind. Diese Aufforderung kann auch durch einen Hinweis auf der Beitragsrechnung erfolgen. Die Angaben sind innerhalb eines Monats nach Zugang der Aufforderung zu machen und auf Wunsch des Versicherers nachzuweisen. Bei unrichtigen Angaben zum Nachteil des Versicherers kann dieser vom Versicherungsnehmer eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschieds verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass ihn an der Unrichtigkeit der Angaben kein Verschulden trifft.

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

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

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

14 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

15 Beitragsangleichung

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

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

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

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

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

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

Dauer und Ende des Vertrags/Kündigung

16 Dauer und Ende des Vertrags

- 16.1 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 16.2 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
- 16.3 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 16.4 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 dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

17 Wegfall des versicherten Risikos

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

18 Kündigung nach Beitragsangleichung

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

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

19 Kündigung nach Versicherungsfall

- 19.1 Das Versicherungsverhältnis kann gekündigt werden, wenn
- vom Versicherer eine Schadenersatzzahlung geleistet wurde oder
 - dem Versicherungsnehmer eine Klage über einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch gerichtlich zugestellt wird.
- Die Kündigung muss dem Vertragspartner in Schriftform spätestens einen Monat nach der Schadenersatzzahlung oder der Zustellung der Klage zugegangen sein.
- 19.2 Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.
Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

20 Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen

- 20.1 Wird ein Unternehmen, für das eine Haftpflichtversicherung besteht, an einen Dritten veräußert, tritt dieser anstelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums sich aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein.
Dies gilt auch, wenn ein Unternehmen aufgrund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrags oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.
- 20.2 Das Versicherungsverhältnis kann in diesem Falle
- durch den Versicherer dem Dritten gegenüber mit einer Frist von einem Monat
 - durch den Dritten dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode
- in Schriftform gekündigt werden.

- 20.3 Das Kündigungsrecht erlischt, wenn
- der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Dritten Kenntnis erlangt;
 - der Dritte es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt.
- 20.4 Erfolgt der Übergang auf den Dritten während einer laufenden Versicherungsperiode und wird das Versicherungsverhältnis nicht gekündigt, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Dritte für den Versicherungsbeitrag dieser Periode als Gesamtschuldner.
- 20.5 Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Dritten unverzüglich anzuzeigen.
Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer den mit dem Veräußerer bestehenden Vertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.
Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.
Der Versicherungsschutz fällt trotz Verletzung der Anzeigepflicht nicht weg, wenn dem Versicherer die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.

21 Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften

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

22 Mehrfachversicherung

- 22.1 Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn das Risiko in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.
- 22.2 Wenn die Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrags verlangen.
- 22.3 Das Recht auf Aufhebung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht innerhalb eines Monats geltend macht, nachdem er von der Mehrfachversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Erklärung, mit der sie verlangt wird, dem Versicherer zugeht.

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

23 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

- 23.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer in Textform Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt.
Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 23.2 Rücktritt
- (1) Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat.
 - (2) Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.
Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den 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 Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

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

23.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

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

Das Kündigungsrecht 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.

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

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

Der Versicherer muss die ihm nach Ziffer 23.2 und 23.3 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern 23.2 und 23.3 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern 23.2 und 23.3 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

23.4 Anfechtung

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

24 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalls

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

25 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalls

25.1 Jeder Versicherungsfall ist, auch wenn noch keine Schadenersatzansprüche erhoben worden sind, dem Versicherer innerhalb einer Woche anzuzeigen. Das Gleiche gilt, wenn gegen den Versicherungsnehmer Haftpflichtansprüche geltend gemacht werden.

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

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

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

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

26 Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

26.1 Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung

fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte.

- 26.2 Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat. Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm nach Ziffer 26.1 zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

Weitere Bestimmungen

27 Mitversicherte Person

- 27.1 Erstreckt sich die Versicherung auch auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als den Versicherungsnehmer selbst, sind alle für ihn geltenden Bestimmungen auf die Mitversicherten entsprechend anzuwenden. Die Bestimmungen über die Vorsorgeversicherung (Ziffer 4) gelten nicht, wenn das neue Risiko nur in der Person eines Mitversicherten entsteht.
- 27.2 Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben den Mitversicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

28 Abtretungsverbot

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

29 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

- 29.1 Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers gerichtet werden.
- 29.2 Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.
- 29.3 Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 29.2 entsprechende Anwendung.

30 Verjährung

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

31 Zuständiges Gericht

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

Aufenthalts zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist.

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

32 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.



ARAG Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung Sport (AUB 99)

Stand 1.2008

Inhaltsverzeichnis

Versicherteninformation ARAG Gruppenunfall-Schutz nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 99)

- § 1 Der Versicherungsfall
- § 2 Ausschlüsse
- § 3 Nicht versicherbare Personen
- § 4 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
- § 5 entfällt
- § 6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
- § 7 Beiträge, Fälligkeit, Verzug und Dynamik
- § 8 entfällt
- § 9 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst
- § 10 Änderung der Kinder-Unfallversicherung auf Erwachsenentarif
- § 11 Die Leistungsarten
- § 12 Einschränkung der Leistungen
- § 13 Vorsorgeunfallversicherung
- § 14 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles
- § 15 Die Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 16 Fälligkeit der Leistungen
- § 17 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
- § 18 Anzeigen und Willenserklärungen
- § 19 Rentenzahlung bei Invalidität
- § 20 Verjährung und Klagefrist
- § 21 Gerichtsstände
- § 22 Schlussbestimmung

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2000)

Versicherteninformation ARAG Gruppenunfall-Schutz

nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung

1 Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Vertragspartner für Ihren ARAG Gruppenunfall-Schutz ist die
ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Dr. h. c. Paul-Otto Faßbender
Vorstand: Wolfgang Mathmann, Christian Vogée
Sitz und Registergericht: Düsseldorf, HRB 10418
USt-ID-Nr.: DE 811 125 216

2 Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft ist die Sach-, Haftpflicht-, Unfall-, Fahrzeugversicherung und Schutzbriefversicherung.

3 Vertragsbedingungen und wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Dem Versicherungsverhältnis liegen die Allgemeinen Unfallbedingungen (AUB 99) und die

- Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung
- Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch)

in der bei Antragstellung geltenden Fassung zugrunde. Der Text der jeweils vereinbarten Bedingungen ist beigelegt. Auf das Vertragsverhältnis ist deutsches Recht anzuwenden.

Die Unfallversicherung versichert Sie und die im Vertrag mitversicherten Personen gegen die finanziellen Folgen einer unfallbedingten Invalidität oder Todesfall. Sofern Sie es wünschen, können Sie (unter anderem) die unfallbedingten Mehraufwendungen bei einem Krankenhausaufenthalt durch ein Krankenhaustage- mit Genesungsgeld versichern.

Der Umfang des Versicherungsschutzes richtet sich nach den individuell ausgewählten Leistungsarten (zum Beispiel Invaliditäts- und Todesfallleistung, Krankenhaustage- und Genesungsgeld etc.) und Versicherungssummen.

4 Gesamtpreis der Versicherung

Den zu entrichtenden Gesamtpreis für den angebotenen ARAG Gruppenunfall-Schutz einschließlich etwaiger Ratenzahlungszuschläge sowie der zurzeit gültigen Versicherungssteuer und die gewählte Zahlweise können Sie dem Produktinformationsblatt sowie dem Antrag entnehmen.

5 Zusätzliche Kosten

Zusätzliche vertragliche Kosten fallen nicht an.

6 Beitragszahlung

Der Beitrag einschließlich der Zuschläge ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an gerechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch unterjährig in gleichen Beitragsraten, das heißt monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich gezahlt werden. Der Beitrag gilt bei unterjähriger Zahlungsweise bis zur Fälligkeit als gestundet.

Der Erstbeitrag wird nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei späterer Zahlung beginnt der Versicherungsschutz erst mit dem Tag der Zahlung, es sei denn, die verspätete Zahlung beruht nicht auf Ihrem Verschulden.

Folgebeiträge sind jeweils zum Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums zu zahlen.

Bei erteiltem SEPA-Lastschriftmandat hat der Versicherungsnehmer sicherzustellen, dass das zum Einzug angegebene Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit die erforderliche Deckung aufweist.

Verträge mit Beitrag nach einem Assekuranztarif werden nach Wegfall der Voraussetzungen hierfür zum Normaltarif fortgeführt.

7 Gültigkeitsdauer der zur Verfügung stehenden Informationen

An konkrete Informationen zu Produkten der ARAG Allgemeine, insbesondere hinsichtlich der genannten Beiträge halten wir uns einen Monat gebunden.

8 Zustandekommen des Vertrags, Antragsbindefrist, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Vertrag kommt durch den Antrag auf ARAG Gruppenunfall-Schutz seitens eines Vertragspartners und die Annahme dieses Antrags durch den anderen Vertragspartner zustande. Der Antragsteller hält sich an seinen Antrag einen Monat gebunden.

Eine Antragsannahme der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG erfolgt durch die Ausstellung eines Versicherungsscheins oder eine Annahmeerklärung.

Bei einer Anfrage durch den Versicherungsnehmer (Invitatio-Antrag) erfolgt das Angebot durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die Annahme des Angebots durch Annahmeerklärung des Versicherungsnehmers.

Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, sofern der Erstbeitrag rechtzeitig gezahlt wird (siehe Ziffer 6).

9 Widerrufsbelehrung

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG, ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf, Fax +49 211 963-3626, duesseldorf@ARAG-Sport.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Produktinformationsblatt unter Ziffer 3 ausgewiesenen rechnerischen Tagesbeitrag pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (zum Beispiel Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

10 Laufzeit und Beendigung des Vertrags, insbesondere durch Kündigung

Die vereinbarte Laufzeit des Vertrags folgt aus den konkreten Vertragsvereinbarungen (zum Beispiel dem Antrag).

Der ARAG Gruppenunfall-Schutz kann von beiden Parteien erstmalig zum Ende der vereinbarten Vertragslaufzeit, spätestens jedoch nach drei Jahren, gekündigt werden. Wird er nicht gekündigt, verlängert sich das Vertragsverhältnis bei Verträgen von mindestens einjähriger Vertragsdauer mit dem Ablauf der vereinbarten Vertragszeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend. Es ist dann zum Ende des jeweils folgenden Versicherungsjahres kündbar. Kündigungen müssen dem jeweils anderen Vertragspartner drei Monate vor Ablauf der Versicherung vorliegen.

Erbringt die ARAG eine Leistung aus diesem Vertrag, kann der Vertrag vorzeitig in Textform gekündigt werden. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat.

11 Anwendbares Recht/zuständiges Gericht/Kommunikationssprache

Der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss einer Unfallversicherung liegt ebenso das Recht der Bundesrepublik Deutschland zugrunde wie einer abgeschlossenen Unfallversicherung.

Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände nach §§ 13, 17, 21, 29 ZPO und § 215 VVG.

Die Versicherungsbedingungen und sämtliche vor oder nach Vertragsschluss ausgehändigten Informationen werden in deutscher Sprache verfasst. Die ARAG Allgemeine wird die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags in deutscher Sprache führen.

12 Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG ist Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“, einer unabhängigen Einrichtung der deutschen Versicherungswirtschaft zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen Verbrauchern und Versicherungsunternehmen. Sie haben die Möglichkeit, diese Stelle anzurufen, wenn es sich um einen Anspruch aus Ihrem Versicherungsvertrag oder dessen Anbahnung oder Vermittlung handelt. Sie erreichen den Versicherungsombudsmann unter:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt für Sie hiervon unberührt.

13 Beschwerdegesuch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde

Eine Beschwerde des Versicherungsnehmers kann auch direkt gerichtet werden an die
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 99)

§ 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 § 11; aus Antrag und 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 Folgendes zutrifft:
(Kriegsklausel)
Wird ein Versicherter während einer Reise in ein Land, in dem er nicht seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, von einem Krieg oder Bürgerkrieg überrascht, so erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle durch Kriegsereignisse. Dieser Versicherungsschutz besteht nicht, wenn der Versicherte zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört. Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien an liefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht. Der Versicherungsschutz gilt nicht für Reisen in oder durch Länder oder Gebiete sowie Überfliegen von Gebieten, in denen bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Der Versicherungsschutz erlischt sieben Tage nach Beginn der Feindseligkeiten.
 - (4) Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
 - (5) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - (6) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- II.
 - (1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
 - (2) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch 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 Unfallverletzung gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen. Für eine erstmalige Infizierung mit Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Außerdem besteht für die Invaliditäts- und Todesfall-Leistung Versicherungsschutz bei einer erstmaligen Infektion mit Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (Hirnhautentzündung durch Zeckenbiss), sofern die Infektion zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 % oder zum Tode führt. Einer erstmaligen Infizierung gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen die in Satz 3 und 4 aufgeführten Infektionen. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.
 - (4) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Für versicherte Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalls das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, besteht jedoch Versicherungsschutz bei Vergiftungen infolge versehentlicher Einnahme von für Kinder schädlichen Stoffen. Kein Versicherungsschutz besteht bei Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

- 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 und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftig sind, sowie Personen mit geistiger Behinderung.
Schwer- bzw. schwerstpflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf und in Pflegestufe II oder III im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (§§ 14, 15 SGB XI) eingestuft ist.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.
- III. Den für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Beitrag zahlen wir zurück.

§ 4 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

- I. (1) Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
- (3) Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- II. (1) 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.
- (2) 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.
- (3) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.
- (4) Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (5) Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.
- (6) 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.
- (7) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
- (8) Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.
- (9) Uns steht der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- III. (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.
- (2) 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.
- (3) Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (4) 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.
- (5) 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.

- (6) 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.
- (7) Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- (8) 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.

IV. 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.

§ 5 entfällt

§ 6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 7 I. zahlen.
Für eine Infektion mit Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (Hirnhautentzündung durch Zeckenbiss) nach § 2 II. (3) beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Wartezeit. Die Wartezeit beträgt 91 Tage, gerechnet vom Beginn des Versicherungsschutzes nach Absatz I. Für Personen, die in der etwa vereinbarten Vorsorgeunfallversicherung nach § 13 versichert sind, gilt die Wartezeit ab dem Zeitpunkt, zu dem die Voraussetzungen der Vorsorgeunfallversicherung erfüllt sind.
- II. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner
 - (1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;
 - (2) wenn der Versicherer eine Geldleistung nach § 11 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine Geldleistung erhoben worden ist.
Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Sie wird erst nach Ablauf eines Monats ab Zugang wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode wirksam wird.
- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.
- V. Hat in der Kinder-Unfallversicherung der Versicherungsnehmer bei Beginn des Versicherungsschutzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet und stirbt er während der Versicherungsdauer, wird die Versicherung mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. Dies gilt nicht, wenn der Todesfall durch ein Kriegs- oder Bürgerkriegsereignis verursacht worden ist.

§ 7 Beiträge, Fälligkeit, Verzug und Dynamik

- I. Die Beiträge enthalten die jeweilige gesetzliche Versicherungssteuer und die vereinbarten Nebenkosten. Der erste oder einmalige Beitrag ist, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.
- II.
 - (1) Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
 - (2) 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.

- III. (1) Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.
- (2) Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- (3) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (4) 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 Beitrages sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach § 7 III. (6) und (7) mit dem Fristablauf verbunden sind.
- (5) Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- (6) 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 § 7 III. (4) darauf hingewiesen wurden.
- (7) 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 § 7 III. (4) darauf hingewiesen haben.
- (8) 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.
- IV. (1) 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.
- (2) Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
- (3) 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 Beitrages erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- V. Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik)
- (1) Ist die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Dynamik) vereinbart, erhöhen sich die Versicherungssummen für den Invaliditäts- und den Todesfall, für das Krankenhaustagegeld, das Genesungstagegeld und für die Soforthilfe bei Frakturen (§ 11 I, II, III, V, VIII) ab dem zweiten Versicherungsjahr um jeweils 3 %. Eine Erhöhung der Versicherungssummen für Haushaltshilfegeld, Kosten für kosmetische Operationen und Serviceleistungen (§ 11 IV, VI, VII) erfolgt nicht. Erhöhte Versicherungssummen für den Invaliditäts- und Todesfall werden dabei auf volle 500 Euro, die Soforthilfe bei Frakturen auf volle 5 Euro und die übrigen Versicherungssummen auf 0,5 Euro aufgerundet. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
- (2) Die Erhöhung der Versicherungssummen erfolgt jeweils zu dem Beginn des Versicherungsjahres.
- (3) Der Versicherungsnehmer wird über die erhöhten Versicherungssummen unterrichtet, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neuen Versicherungssummen erhält er einen Nachtrag.
- (4) Der Versicherungsnehmer kann die Vereinbarung über die Erhöhung jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres widerrufen, spätestens jedoch sechs Wochen nach Unterrichtung über die Erhöhung gemäß (3). Der Versicherungsnehmer ist auf den Fristablauf hinzuweisen. Der Widerruf ist schriftlich an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.
Auf Antrag des Versicherungsnehmers wird die Versicherung wieder mit Zuwachs von Leistung und Beitrag fortgeführt.
- (5) Der Versicherer kann die nächstfällige oder alle weiteren Erhöhungen von Versicherungssummen und Beiträgen mit einer Frist von drei Monaten vor Ablauf des Versicherungsjahres schriftlich widerrufen.
- (6) Die Vereinbarung der Dynamik gilt nicht für die beitragsfreie Weiterversicherung eines Kindes nach § 6 V. und für die Leistungen in der etwa vereinbarten Vorsorgeunfallversicherung nach § 13.

§ 8 entfällt

§ 9 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- I. Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
- II. (1) Ergibt sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an nur dieser zu zahlen.
- (2) Ergibt sich ein höherer Beitrag, so wird noch für zwei Monate von dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung an Versicherungsschutz nach den bisherigen Versicherungssummen geboten. Tritt nach Ablauf dieser Frist ein Unfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt oder eine Einigung über den Beitrag erzielt worden ist, so vermindern sich die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag.

- (3) a) Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt, – wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat, oder – wenn der Versicherte seine vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.
- b) Hat der Versicherungsnehmer die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, kann der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
Die Verpflichtung des Versicherers bleibt grundsätzlich bestehen, wenn ihm die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt,
- wenn bei Eintritt des Unfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
 - wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 10 Änderung der Kinder-Unfallversicherung auf Erwachsenentarif

- 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 des Versicherers für Erwachsene ergibt.
- b) Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrages 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 gemäß § 10 I. (1) b) fort.
- (3) Die Versicherung im Bereich der Familien- und Alleinerziehendenunfallversicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat dann, für jedes volljährige Kind, folgendes Wahlrecht:
- a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
- b) Änderung der Leistungen auf Euro
- | | |
|---------------------------|--------|
| Invaliditätsleistung | |
| Grundsumme | 10.000 |
| Höchstleistung | 50.000 |
| Todesfall-Leistung | 5.000 |
| Soforthilfe bei Frakturen | 500 |
| Krankenhaustagegeld | 10 |
| Genesungstagegeld | 10 |
| Kosmetische Operationen | 5.000 |
| Service-Leistungen | 6.000 |
- Der Beitrag ergibt sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers.
- (4) Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß (3) nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag gemäß § 10 I. (3) b) fort.

§ 11 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) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 19 erbracht.
Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren zwölf Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer geltend gemacht worden sein.
- (2) Die Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- a) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich diese Invaliditätsgrade:

Arm	Arm im Schultergelenk	70 %
	Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
	Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	Hand im Handgelenk	55 %
	Daumen	20 %
	Zeigefinger	10 %
	Anderer Finger	5 %
Bein	Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
	Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
	Bein bis unterhalb des Knies	50 %
	Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	Fuß im Fußgelenk	40 %
	große Zehe	5 %
	andere Zehe	2 %
Sinne	Auge	50 %
	Gehör auf einem Ohr	30 %
	Geruchssinn	10 %
	Geschmackssinn	5 %

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

- b) 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.
- c) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen verloren gegangen oder beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach a) und b) ergeben, bis zu einem Grenzwert von 100 Prozent zusammengerechnet.

Hilfstabelle zur Leistungsberechnung für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 500 %)

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
26	29	36	69	46	109	56	161	66	221	76	284	86	374	96	464
27	33	37	73	47	113	57	167	67	227	77	293	87	383	97	473
28	37	38	77	48	117	58	173	68	233	78	302	88	392	98	482
29	41	39	81	49	121	59	179	69	239	79	311	89	401	99	491
30	45	40	85	50	125	60	185	70	245	80	320	90	410	100	500
31	49	41	89	51	131	61	191	71	251	81	329	91	419		
32	53	42	93	52	137	62	197	72	257	82	338	92	428		
33	57	43	97	53	143	63	203	73	263	83	347	93	437		
34	61	44	101	54	149	64	209	74	269	84	356	94	446		
35	65	45	105	55	155	65	215	75	275	85	365	95	455		

- (3) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Grad der Gesamtinvalidität um den Grad der Vorinvalidität gemindert. Als Vorinvalidität gelten der Verlust oder die völlige Funktionsunfähigkeit sowie der teilweise Verlust oder die teilweise Funktionsunfähigkeit des Körperteils bzw. Sinnesorgans. Die Vorinvalidität ist nach (2) zu bemessen.
- (4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- (5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- (6) Wenn für den Invaliditätsfall die folgende Invaliditätsstaffel (Progression 500 %) vereinbart wurde, werden im Invaliditätsfall der Leistungsberechnung der unfallbedingte Invaliditätsgrad und folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 % nicht übersteigenden Teil die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätssumme
- d) für den 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die neunfache Invaliditätssumme.

II. Krankenhaustagegeld

Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre vom Unfalltage an gerechnet. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

III. Genesungstagegeld

(1) Hatte die versicherte Person Anspruch auf mindestens 21 Tagessätze Krankenhaustagegeld (Abs. II.) und ist sie unmittelbar nach der Entlassung aus der vollstationären Heilbehandlung unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch zu mindestens 50 % in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, wird für jeden folgenden Kalendertag Genesungstagegeld gezahlt, an dem diese Beeinträchtigung besteht. Die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit kann sich auf den beruflichen oder den außerberuflichen Bereich beziehen. Ausgeschlossen ist der Anspruch auf Genesungstagegeld für Kalendertage, für die ein Anspruch auf Krankenhaustagegeld besteht.

(2) Genesungstagegeld wird für insgesamt höchstens 180 Kalendertage gezahlt, längstens jedoch bis zum Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltage.
Mehrere vollstationäre Aufenthalte wegen des selben Unfalls werden wie ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt bewertet.

IV. Haushaltshilfegeld

Haushaltshilfegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt, wenn sich der Versicherte unfallbedingt zwischen 10 und 30 Kalendertagen in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Dauert eine derartige Heilbehandlung länger als 30 Kalendertage, wird für jeden angefangenen Zeitraum von jeweils weiteren 10 Tagen ein Drittel der Versicherungssumme gezahlt. Die Dauer mehrerer medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlungen auf Grund desselben Unfalls wird zusammengerechnet. Heilbehandlungen nach Ablauf von zwei Jahren seit dem Unfalltage bleiben unberücksichtigt. Die vereinbarte Versicherungssumme unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik nach § 7 V.

V. Soforthilfe bei Frakturen (Knochenbrüchen)

Führt der Unfall bei dem Versicherten zu einer oder mehreren Frakturen (Knochenbrüche), wird einmalig die Soforthilfe gezahlt. Die Soforthilfe entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

VI. Kosten für kosmetische Operationen

(1) Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstandenen notwendigen Kosten für Arzthonorare, für die Unterbringung und für medizinisch notwendige Heil- und Hilfsmittel bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme. Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden nicht übernommen. Die vereinbarte Versicherungssumme unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik nach § 7 V.

(2) Alle Kosten müssen bis zum Ablauf von 5 Jahren nach dem Unfalltage entstanden und geltend gemacht 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 23. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

VII. Service-Leistungen

(1) Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringt der Versicherer die unter a) bis f) genannten Leistungen als Service oder als Ersatz für aufgewandte Kosten, deren Höhe insgesamt auf einen Betrag von 6.000 Euro begrenzt ist. Dieser Betrag unterliegt nicht einer etwa vereinbarten Dynamik nach § 7 V.

a) Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden; diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war;

b) soweit möglich, benennt der Versicherer auf einer Reise im Ausland einen englisch oder deutsch sprechenden Arzt sowie Spezialkliniken und stellt, soweit erforderlich, den Kontakt zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her;

c) Ersatz der Kosten für den Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;

d) Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren; zusätzlich Ersatz der Heimfahrt- oder Übernachtungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Lebenspartner der versicherten Person; die Rückkehr- oder Heimfahrtkosten werden bei einfacher Entfernung unter 1.000 Bahnkilometer bis zur Höhe der Bahnkosten 1. Klasse einschließlich Zuschlägen, bei größerer Entfernung bis zur Höhe der Kosten eines Linienfluges (economy class) sowie für nachgewiesene Taxifahrten bis zu 50 Euro erstattet; für Übernachtungskosten werden höchstens 75 Euro je Übernachtung und Person bezahlt; für Mitreisende beschränkt sich diese Leistung auf drei Übernachtungen;

e) bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland Ersatz der Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz; bei einem unfallbedingtem Todesfall im Ausland sorgt der Versicherer – nach Abstimmung mit den Angehörigen – für die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz;

- f) Benennung einer Haushaltshilfe. Die Kosten der Haushaltshilfe zahlen wir nicht; für ihre Leistung übernehmen wir keine Haftung.

VIII. Todesfall-Leistung
Führt der Unfall des Versicherten innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.

IX. Bestehen für die versicherten Kostenarten nach Abs. VI oder VII weitere Versicherungen bei anderen Versicherern, werden Kosten im Rahmen dieser Unfallversicherung nur insoweit erstattet, als die anderen Versicherer ihre vertraglichen oder gesetzlichen Leistungen voll erfüllt haben und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Sind die anderen Versicherer leistungsfrei oder bestreiten sie ihre Leistungspflicht, so kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Unfallversicherer wenden.

§ 12 Einschränkung der Leistungen

I. Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

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

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

§ 13 Vorsorgeunfallversicherung

- I. Ist die Unfallversicherung mit Vorsorgeunfallversicherung vereinbart, sind während der Wirksamkeit des Vertrags folgende nach Versicherungsbeginn hinzukommende Angehörige des Versicherten für 3 Monate ab dem jeweils genannten Ereignis ohne zusätzlichen Beitrag versichert:
- der Ehepartner des Versicherten ab der Eheschließung,
 - der nichteheliche Lebenspartner des Versicherten und dessen minderjährige Kinder ab der behördlichen Meldung an einem gemeinsamen Wohnsitz mit dem Versicherten,
 - leibliche Kinder des Versicherten ab der Vollendung der Geburt,
 - minderjährige Kinder des Ehegatten des Versicherten, die in die Ehe eingebracht werden, ab der Eheschließung,
 - minderjährige adoptierte Kinder des Versicherten ab dem Zeitpunkt der Adoption.
- II. Der Versicherungsschutz verlängert sich auf insgesamt 6 Monate, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Eheschließung, die behördliche Meldung, die Geburt oder die Adoption innerhalb von 3 Monaten nach dem jeweiligen Ereignis anzeigt.
- III. In der Vorsorgeunfallversicherung sind unabhängig von den sonst vereinbarten Leistungsarten ausschließlich Invalidität und Tod versichert. Die Versicherungssummen betragen für Volljährige 25.000 Euro im Invaliditätsfall und 5.000 Euro im Todesfall. Für Minderjährige gilt jeweils die Hälfte dieser Versicherungssummen. Alle Versicherungssummen unterliegen auch dann nicht der Progression 500 % (§ 11 I. (6)) oder der Dynamik (§ 7 V.), wenn dies ansonsten vereinbart sein sollte.
- IV. Bestehen bei der ARAG Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft mehrere Vorsorgeunfallversicherungen, können Leistungen für die hinzukommende Person nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

§ 14 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 umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles trägt der Versicherer.
- IV. Die Ärzte, die in den vorgelegten Unterlagen benannt sind oder an der Heilbehandlung des Versicherten beteiligt waren, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- V. Eine Infektion nach § 2 II. (3) ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung von Laborbefunden nachzuweisen.
- VI. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Soforthilfe bei Frakturen nach § 11 V. spätestens einen Monat nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attests zu begründen.

§ 15 Die Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- I. Wird eine Obliegenheit nach § 14 vorsätzlich 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.
- II. Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
- III. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- IV. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

§ 16 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 zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die notwendigen ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer.
- 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 angemessene Vorschüsse.
- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahre nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahrs wird die Frist von 3 Jahren auf 5 Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahrs hinaus. Dieses Recht muss von der ARAG zusammen mit der Erklärung über die Leistungspflicht nach I. vom Versicherten 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 Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 17 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.

§ 18 Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- II. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

§ 19 Rentenzahlung bei Invalidität

- I. Soweit bei Invalidität Rentenzahlung vorgesehen ist (§ 11 I. (1)), ergeben sich für eine Kapitaleistung von 1.000 Euro die folgenden Jahresrentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltage vollendete Lebensjahr zugrunde gelegt.

Alter	Betrag der Jahresrente in Euro	
	Männer	Frauen
65	106,22	87,89
66	110,52	91,34
67	115,08	95,08
68	119,90	99,13
69	125,01	103,52
70	130,41	108,29
71	136,12	113,46
72	142,16	119,08
73	148,57	125,16
74	155,38	131,75
75 und darüber	162,65	138,89

- II. Die Rente wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung, spätestens vom Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres an, bis zum Ende des Vierteljahres entrichtet, in dem der Versicherte stirbt. Sie wird jeweils am Ersten eines Vierteljahres im voraus gezahlt. Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- III. Versicherungsnehmer und Versicherer können innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Bemessung der Rente jährlich eine Neubemessung verlangen.

§ 20 Verjährung und Klagefrist

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

§ 21 Gerichtsstände

- I. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- II. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

§ 22 Schlussbestimmung

Soweit nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Dies gilt insbesondere für das Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Zusatzbedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1 Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- (1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- (2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.
- (3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- (4) Aufgrund der festgestellten Kopffzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrags. Ist für den verflissenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersten Falle von dem Versicherer zurückzuerstatten, im letzteren Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
- (5) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angabe der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Betrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbetrag nachzuzahlen.

§ 2 Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- (1) Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung als versichert.
- (2) Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind wie der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beiträgen versichert wie diese.
- (3) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrags als versichert.
- (4) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einen Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallene Teil zu zahlen.

§ 3 Vertragsdauer (Zusatz zu § 6 AUB 99)

- (1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- (2) Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:
 - a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet.
 - b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmals festgestellt ist (§ 16 AUB 99) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2000)*

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), abgeschlossen. Abweichend von den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt Folgendes:

1. Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung unmittelbar bei uns geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person.
2. Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

* Mit diesen Besonderen Bedingungen wird unter Berücksichtigung des Erlasses des Bundesministeriums der Finanzen vom 17.07.2000 erreicht, dass zwar die Beiträge zu versteuern sind, die Leistungen aber grundsätzlich steuerfrei bleiben. Unberührt davon bleibt die Besteuerung von Rentenzahlungen mit ihrem Ertragsanteil (Stand 17.07.2000, Änderungen vorbehalten).

Datenschutzhinweise

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die ARAG Allgemeine Versicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Information der versicherten Person weitergeben.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen kann ich mich wenden?

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1
40472 Düsseldorf
Telefon: 0211 98 700 700
Fax: 0211 963 2850
E-Mail-Adresse: service@ARAG.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@ARAG.de

Wofür verarbeiten wir Ihre Daten (Zwecke der Verarbeitung) und auf Basis welcher Rechtsgrundlagen?

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes neue Fassung (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Zudem verarbeiten wir – soweit für die Erbringung unserer Dienstleistung erforderlich – personenbezogene Daten, **die wir aus öffentlich zugänglichen Quellen (z.B. Presse, Internet, Handels- und Vereinsregister) zulässigerweise gewinnen oder die uns von anderen Unternehmen des ARAG Konzerns oder von sonstigen Dritten (z.B. Schuldnerverzeichnis, Melderegister) berechtigt übermittelt werden.** Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter: www.ARAG.de/datenschutz abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z.B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, wie z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben.

Die Daten aller mit der ARAG Allgemeine Versicherungs-AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung. Beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z.B. Ihre Gesundheitsdaten in der Unfallversicherung) erforderlich sind, holen wir in der Regel Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein zur:

- Risiko und Geschäftssteuerung
- Optimierung unserer Geschäftsprozesse
- Weiterentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten
- Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen des ARAG-Konzerns und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsforschung
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei Streitigkeiten
- Gewährleistung der Haus-, Anlagen- und IT-Sicherheit sowie des IT-Betriebs
- Videoüberwachung zur Wahrung des Hausrechts.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitungen dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf www.ARAG.de/datenschutz zuvor informieren.

An welche Kategorien von Empfängern geben wir Ihre Daten weiter?

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Beteiligte Gesellschaften:

Für die Übernahme von Versicherungsrisiken kann es erforderlich sein, dass wir eine oder mehrere weitere Versicherungsgesellschaften (Beteiligte Gesellschaften) an Risiken beteiligen müssen. Die beteiligten Gesellschaften nutzen Ihre Vertrags- und Schadendaten dann ebenfalls zur Risikoprüfung- und Bewertung, sowie zur Schadenabwicklung.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie persönlich betreuenden Vermittler und betreuende Geschäftsstelle, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Auftragsverarbeiter und Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten sowie zur Wahrnehmung unserer eigenen berechtigten Interessen zum Teil externer Auftragsverarbeiter und Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter: www.ARAG.de/datenschutz entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Welche Rechte haben Sie?

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Soweit Sie uns eine Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1 a) DS-GVO zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke erteilt haben, ist die Rechtmäßigkeit dieser Verarbeitung auf Basis Ihrer Einwilligung gegeben. Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit, unter der o.g. Anschrift, widerrufen werden. Dies gilt auch für den Widerruf von Einwilligungserklärungen, die vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, uns gegenüber erteilt worden sind. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten Daten.

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen
Postfach 200444
40102 Düsseldorf
Telefon: 0211 38424-0
Fax: 0211 38424-10
E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Wofür wird das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der Versicherungswirtschaft genutzt?

Die Versicherungswirtschaft nutzt das HIS der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter

personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte der „Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO“ die als separate Anlage beigefügt ist. Sollten wir Ihre Daten im Fall von erhöhten Risiken in das HIS einmelden, werden Sie in jedem Fall hierüber von uns benachrichtigt.

Wann und warum erfolgt ein Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in Recht&Heim bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls) überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen. Im Übrigen nutzen wir in der Sparte Kraftfahrt die Schadenklassendatei der Kraftfahrtversicherung angelehnt an die Verbandsempfehlung.

Holen wir Bonitätsauskünfte zu Ihrer Person ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, nutzen wir Informationen aus dem Handelsregister, dem Schuldnerverzeichnis und dem Verzeichnis über private Insolvenzen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens. Sie befreien die ARAG insoweit vom Berufsgeheimnis (Geheimhaltungspflicht nach § 203 Strafgesetzbuch).

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infocore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen ist Artikel 6 Absatz 1 f) der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrnehmung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten betroffener Personen, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten in ein Drittland?

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften, EU-Standardvertragsklauseln oder EU-US Privacy Shield) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern können Sie hier: www.ARAG.de/datenschutz abrufen oder unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Finden automatisierte Einzelfallentscheidungen statt?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Die Regeln richten sich nach versicherungsmathematischen Kriterien und Kalkulationen. Beispielsweise erfolgt bei der Antragsstellung die Berechnung und Bewertung auf Basis der Risikoanalyse Ihrer Gesundheitsdaten und Ihres Alters. Im Rahmen der Leistungsbearbeitung werden versicherte und nicht versicherte Verletzungen auf Basis Ihrer Schadenmeldung geprüft.

Soweit wir automatisierte Einzelfallentscheidungen in den vorherig beschriebenen Fällen durchführen, haben Sie das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und Anfechtung der Entscheidung. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde.

Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Artikel 13 und 14 DSGVO

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage). Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de

Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

Die informa HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft. Sie verarbeitet darin personenbezogene Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und -schäden zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Versicherungsschadens bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. f DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die informa HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrages oder über die Regulierung von Schäden. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage oder der HIS-Einmeldung eines Versicherungsunternehmens werden von der informa HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage oder Einmeldung mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende bzw. einmeldende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung durch ein Versicherungsunternehmen, über die Sie gegebenenfalls von diesem gesondert informiert werden, speichert die informa HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwernissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein. Zu Fahrzeugen sind ggf. z. B. Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung gespeichert. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit. Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für HIS-Einmeldungen gelten folgende Speicherfristen:

- Personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Einmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen 10 Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht.

Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Art. 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS, ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die informa HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sog. Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die informa HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre
- Ggf. FIN des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I. oder II. zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, das das Eigentum belegt (z. B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der informa HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: www.informa-HIS.de/selbstauskunft/ bei der informa HIS GmbH beantragen.

Kontaktinformationen des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten

informa HIS GmbH
Kreuzberger Ring 68
65205 Wiesbaden
Telefon: 0611/880870-0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der informa HIS GmbH ist zudem unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar: his-datenschutz@informa.de.

Übersicht der Dienstleister des ARAG Konzerns



I. Konzerngesellschaften, die an gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren der Kundenstammdaten teilnehmen:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| 1. ARAG SE | 4. Vif GmbH |
| 2. ARAG Allgemeine Versicherungs-AG | 5. Interlloyd Versicherungs-AG |
| 3. ARAG Krankenversicherungs-AG | |

II. Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags (Einzelbenennung):

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleister	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Konzerngesellschaften (siehe I.)	ARAG IT GmbH	Betrieb gruppenweiter IT-Anwendungen Softwareentwicklung, IT-Sicherheit	ja
außer 1.	ARAG SE	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	ja
außer 1.	ARAG SE	Datentransfer mit Vermittlern und Dienstleistern	ja
außer 1.	ARAG SE	Marktforschung, Marketing, Konzernrevision, Recht	ja
außer 1.	ARAG SE	Postbearbeitung, inkl. scannen der Eingangspost	ja
außer 3.	ARAG SE	Risikoprüfung, Abwicklung Rückversicherungsgeschäft	ja
außer 1.	ARAG SE	Zahlungsverkehr (Inkasso) Mahnverfahren außergerichtlich und gerichtlich	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
außer 4.	documentus GmbH	Akten- & Datenträgervernichtung	ja
	Paragon Customer Communications Weingarten GmbH	Druck und Versand	nein
außer 4.	Swiss Post Solutions GmbH	Leistungs- und Vertragsbearbeitung	nein
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG SE	Antrags- und Vertrags-Bearbeitung Beschwerdemanagement	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	Europa Versicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja
	PropertyExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Almeda GmbH	Telefonischer Kundendienst, Assistance-Leistungen	ja
	ARAG Service Center GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	AWP Service Deutschland GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	CAPITA Customer Service Germany GmbH	Telefonischer Kundendienst	ja
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.	Austausch von Meldesätzen mit Finanzbehörden	ja
	IBM Deutschland GmbH	Korrektur und Erfassen von Daten	ja
	IMB Consult GmbH	Medizinische Gutachten	ja
	MEDICPROOF GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	PASS IT-Consulting Dipl.-Ing. Rienecker GmbH & Co. KG	Vertragsbearbeitung	nein
	PAV Card GmbH	Produktion von Druckstücken	nein
Interlloyd Versicherungs-AG	Actineo GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Dienstleistermanagement	ja
	ARAG Allgemeine Versicherungs-AG	Leistungsbearbeitung	ja
	ARAG Service Center GmbH	Leistungsbearbeitung (Schutzbrief)	ja
	ControlExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein
	DEKRA Claims Management GmbH	Leistungsbearbeitung	ja
	E+S Rückversicherung AG	Antrags- und Leistungsbearbeitung	ja
	PropertyExpert GmbH	Leistungsbearbeitung	nein

III. Kategorien von Dienstleistern, bei denen Datenverarbeitung kein Hauptgegenstand des Auftrages ist:

Auftraggebende Gesellschaft	Dienstleisterkategorie	Zweck der Beauftragung	Gesundheitsdaten
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Ärzte	Risiko und Leistungsprüfung	ja
	Aktenlager	Lagerung von Akten	ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	zum Teil
	Call-Center	In-/Outbound Telefonie	zum Teil
	Datenvernichter	Vernichtung von Daten	ja
	Gutachter und Sachverständige	Risiko-/Leistungsprüfung, Rückstellungs- und Rentabilitätsberechnung, Unterstützung bei Schadenregulierung, Unterstützung bei Kalkulation	zum Teil
	Inkassounternehmen	Forderungsmanagement	nein
	IT-Dienstleister	Wartung und Entwicklung von IT-Hard- und Software	zum Teil
	Lettershops/Druckereien/ Postversender	Druck/Versand von Post und Emailmassensendungen	nein
	Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Rechtsanwälte	Rechtsberatung/-hilfe, Prozessvertretung Forderungseinzug	zum Teil
	Rückversicherer	Rückversicherung	ja
	Sanierer, Werkstätten	Schadensanierung und Reparaturen	zum Teil
	Servicekartenhersteller	Herstellung von Kundenkarten	nein
	Wirtschaftsauskunfteien	Bonitätsprüfung in der Antrags- und Leistungsbearbeitung	nein
ARAG Krankenversicherungs-AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

IV. Hinweise:

Nicht alle hier gelisteten Auftragnehmer und Dienstleister erhalten automatisch Ihre personenbezogenen Daten. Pro Auftrag wird geprüft, welche personenbezogenen Daten tatsächlich zur Auftragserfüllung notwendig sind und nur diese werden dann im Rahmen des Auftrages an den jeweiligen Auftragnehmer oder Dienstleister weitergeben.

Ein Widerspruch gegen die Übermittlung von Daten im Rahmen von einzelnen Beauftragungen ist nur dann möglich, wenn eine gesonderte Prüfung ergibt, dass Ihr schutzwürdiges Interesse aufgrund einer besonderen persönlichen Situation die berechtigten Interessen des beauftragenden Unternehmens überwiegt.

Sollten Sie weiteren Informationsbedarf zu dieser Dienstleisterliste, den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ oder sonstigen Datenschutzthemen haben, so finden Sie entsprechende Hinweise unter Rubrik Datenschutz auf der ARAG Webseite (<http://www.arag.de>). Hier finden Sie unter der Überschrift „Dienstleisterliste der ARAG“ immer eine aktuelle Fassung der Dienstleisterliste.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Ihre

ARAG Allgemeine Versicherungs-AG