



BADEN BADENER
Einfach fair.

Ein Unternehmen der  Zurich Financial Services Gruppe

Sollten Sie von einem

UNFALL

betroffen sein, können Sie sich auf unsere

TOP

Leistungen verlassen. Wir sind für Sie da!

TOP – Deckungskonzept 2011

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) der Baden-Badener Versicherung AG

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsübersicht

1) Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) der Baden-Badener Versicherung AG

Der Versicherungsumfang

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - I. Invaliditätsleistung
 - II. Übergangsleistung
 - III. Tagegeld
 - IV. Krankenhaus-Tagegeld
 - V. Genesungsgeld
 - VI. Todesfallleistung
 - VII. Druckammerkosten
 - VIII. Zusätzliche beitragsfreie Einschlüsse
 - IX. Weitere mitversicherte Leistungserweiterungen
- § 3 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?
- § 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Was müssen Sie
 - bei vereinbartem Kinder-Tarif
 - bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

- § 7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- § 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- § 9 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

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

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

- § 12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- § 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 14 gestrichen
- § 15 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- § 16 Welches Gericht ist zuständig?
- § 17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- § 18 Welches Recht findet Anwendung?
- § 19 Leistungsoptimierungsklausel

2) Besondere Bedingungen zu den Deckungskonzepten

3) International Service Card

4) Berufsgruppen

5) Merkblatt zur Datenverarbeitung

6) Anlagen (Progressionstabellen)

7) TOP-Gliedertaxe

1) Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2011) der Baden-Badener Versicherung AG

Der Versicherungsumfang

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- (2) Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- (3) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Zu § 1 (3): Unfallereignis

a) Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe:

Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann von uns angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war.

b) Unfälle bei Bemühungen um die Rettung von Menschenleben, Tierleben und Sachwerten:

Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tierleben oder Sachen und deren rechtmäßige Verteidigung sind mitversichert.

c) Mitversicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden:

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

d) Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod:

Als Unfallereignis gilt auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser.

e) Erfrierungen:

Als Unfallereignis gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

f) Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug:

Als Unfallereignis gilt auch der unfreiwillig erlittene Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug.

g) Opfer eines Raubüberfalles oder Geiselnahme:

Als Unfallereignis gilt auch, wenn die versicherte Person Opfer eines Raubüberfalles oder einer Geiselnahme wird. Der Raubüberfall oder die Geiselnahme muss bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt oder dort protokolliert sein. Wir leisten einmalig einen Betrag von 3.000 Euro.

- (4) Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
- (5) Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (§ 3 AUB 2011) sowie die Ausschlüsse (§ 5 AUB 2011) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

§ 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

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

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

I. Invaliditätsleistung

(1) Voraussetzungen für die Leistung:

Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

Zu I. (1): Erweiterung der Invaliditätsfristen:

In Erweiterung zu I. (1) gilt:

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

(2) Art und Höhe der Leistung:

- a) Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- b) Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten die folgenden nach TOP 2011 festgelegten Invaliditätsgrade:

	AUB '11	TOP '11
■ Arm	70 %	75 %
■ Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %	75 %
■ Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %	75 %
■ Hand	55 %	70 %
■ Daumen	20 %	30 %
■ Zeigefinger	10 %	20 %
■ anderer Finger	5 %	10 %
■ Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %	75 %
■ Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %	75 %
■ Bein bis unterhalb des Knies	50 %	65 %
■ Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %	60 %
■ Fuß	40 %	50 %
■ große Zehe	5 %	8 %
■ andere Zehe	2 %	4 %
■ Auge	50 %	60 %
■ Gehör auf einem Ohr	30 %	40 %
■ Geruchssinn	10 %	15 %
■ Geschmackssinn	5 %	15 %
■ Stimme		100 %
■ Beide Arme, Hände, Beine oder Füße bzw. Kombinationen aus den genannten Körperteilen		100 %

Hinweis: Die verbesserte Gliedertaxe TOP 2011 bleibt für eine eventuell vereinbarte Unfall-Rente unberücksichtigt.

- c) Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- d) 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.
- e) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Absatz b) und d) zu bemessen.

Zu § 2 I. (2) e): Vorschädigung:

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100 %, war das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80 %. Diese erhöhten Werte gelten nicht, wenn die Vorschädigung des Auges bzw. des Gehörs geringer als 60 % war.

- f) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- g) Stirbt die versicherte Person
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

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

II. Übergangsleistung

(1) Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

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

(2) Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Zu § 2 II.: Erweiterung der Übergangsleistung:

Die im Versicherungsschein festgelegte Übergangsleistung wird bei folgenden schweren Verletzungen sofort fällig, sofern nicht der Tod innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation eines Armes oder einer Hand
- Amputation eines Beines oder Fußes
- Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche
- Erblindung auf beiden Augen
- Schwere Mehrfachverletzungen: Gewebeerstörender Schaden

den an zwei inneren Organen oder Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten oder Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen: Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs, Bruch eines langen Röhrenknochens, Bruch des Beckens, Bruch der Wirbelsäule .

III. Tagegeld

(1) Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

(2) Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

Zu § 2 III.: Pflichtgefühl:

Es wird nicht zu Ungunsten der versicherten Person ausgelegt, wenn diese aus Pflichtgefühl ihrem Beruf oder ihrer Beschäftigung so weit als möglich nachgeht. Für die Bemessung der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit ist nur der objektive, ärztliche Befund maßgebend.

IV. Krankenhaus-Tagegeld

(1) Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

Zu § 2 IV. (1): Gemischte Institute (Heilbehandlung-Rehabilitation):

Krankenhaus-Tagegeld wird auch für jeden Kalendertag gezahlt, in dem die versicherte Person wegen des Unfalles in einem gemischten Institut stationär behandelt wird.

(2) Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

Zu § 2 IV. (2): Erweiterung des Krankenhaus-Tagegeldes:

Das vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld wird innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet gezahlt, längstens jedoch für 1000 Tage insgesamt.

Verdoppelung im Ausland:

Ereignet sich der Unfall im Ausland, verdoppelt sich das Krankenhaus-Tagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für drei Wochen. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem der Versicherte keinen Wohnsitz hat.

Komageld:

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma (auch künstliches Koma), so werden für die Zeit dieses Zustandes ab dem 8. Tag wöchentlich 100 Euro gezahlt, längstens bis zu 12 Wochen.

V. Genesungsgeld

(1) Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach § 2 IV. (1) AUB 2011.

(2) Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaus-Tagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

Zu § 2 V. (2): Erweiterung des Genesungsgeldes:

Das Genesungsgeld wird zusätzlich für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die ein Krankenhaus-Tagegeld geleistet wurde und zwar:

vom 101. Tag bis 365. Tag 50 % des vereinbarten Krankenhaus-Tagegeldes.

Anspruch auf Genesungsgeld:

Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthaltes verstirbt.

Zu § 2 IV. und V.: Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld

a) Ambulantes Tagegeld:

Bei einer unfallbedingten, ambulanten Operation mit Narkose (nicht mitversichert ist Lokalanästhesie) bzw. einer unfallbedingten, ambulanten Versorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose) wird folgende Entschädigung gezahlt:

Krankenhaus-Tagegeld = 3 Tagessätze

Genesungsgeld = 3 Tagessätze

b) Ambulante Rehamaßnahmen:

Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe von 13 Euro pro nachgewiesenem Behandlungstag erstattet, sofern das versicherte KHTG/GG mindestens 26 Euro beträgt.

c) Unfall-Pflegegeld:

Ist die versicherte Person nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB 2011 nach Pflegestufe II gemäß SGB XI pflegebedürftig, so wird für jeden Kalendertag, in welchem eine weitere häusliche Pflegebehandlung erforderlich ist, ein Unfall-Pflegegeld in Höhe von 15 Euro gezahlt, längstens bis zu einem Jahr nach Eintritt des Unfallereignisses.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

d) Eigenbehaltkosten:

Sind die Leistungsarten Krankenhaus-Tagegeld und Genesungsgeld in einer Höhe von mindestens 13 Euro pro Tag versichert, werden zusätzlich die Eigenbehaltkosten für maximal 28 Tage und bis zur Höhe von 11 Euro pro Tag gezahlt. Der Nachweis erfolgt durch Vorlage der Eigenbehaltkosten durch die jeweilige Krankenkasse.

VI. Todesfallleistung

(1) Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach § 7 Abs. (5) AUB 2011 weisen wir hin.

Zu § 2 VI. (1): Todesfallleistung bei Verschollenheit:

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

(2) Höhe der Leistung:

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Zu § 2 VI.: Zusätzliche Todesfallleistungen:

a) für Waisen:

Werden beide Elternteile durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt und haben die bezugsberechtigten Kinder das 14. Lebensjahr nicht vollendet, kommt die jeweils doppelt vereinbarte Todesfallsumme zur Auszahlung, höchstens jedoch bis zur Gesamtleistung von 41.000 Euro.

b) bei der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel:

Wird die versicherte Person bei einem Unfallereignis nach § 1 (3) AUB 2011 während der Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel (außer Luftfahrt) tödlich verletzt, verdoppelt sich die vereinbarte Todesfallsumme, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtleistung von 41.000 Euro.

VII. Druckkammerkosten

(1) Voraussetzungen für die Leistung:

Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Ausgeschlossen von der Kostenerstattung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Auftauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden.

(2) Höhe der Leistung:

Die Kostenübernahme erfolgt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, maximal bis 50.000 Euro, sofern nicht ein anderer Kostenträger (z. B. Krankenkasse) für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig erstattet bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, maximal bis 50.000 Euro.

VIII. Zusätzliche beitragsfreie Einschüsse:

(1) Beitragsfreier Einschluss von Neugeborenen:

Während der Vertragsdauer geborene Kinder des Versicherungsnehmers sind ab Vollendung der Geburt bis zur nächsten Hauptfälligkeit beitragsfrei mitversichert mit jeweils:

Invalidität 26.000 Euro

Tod 3.000 Euro

Krankenhaus-Tagegeld mit Genesungsgeld 11 Euro

Voraussetzung für die beitragsfreie Mitversicherung ist der Einschluss des Neugeborenen ab nächster Hauptfälligkeit in den bestehenden Vertrag des Versicherungsnehmers.

(2) Beitragsfreier Einschluss des dritten und jeden weiteren Kindes

Das dritte und jedes weitere Kind werden bis zum Ende des Versicherungsjahres beitragsfrei mitversichert, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, in Höhe der Versicherungsleistungen, mit denen ein beitragspflichtiges Kind im Vertrag versichert ist.

Voraussetzung hierfür ist, dass beide Elternteile bzw. Lebensgefährten, die in häuslicher Gemeinschaft leben und nach den Deckungskonzepten TOP oder HEILWESEN, sowie mindestens zwei Kinder beitragspflichtig nach den Deckungskonzepten TOP zum Kindertarif oder KINDER SICHER in einem Vertrag versichert sind oder mit beantragt werden.

(3) Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit:

1. Sofern der Versicherungsnehmer eine natürliche Einzelperson ist und er seinen Wohnsitz und dauernden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, wird er vom Versicherer für den Fall unverschuldeter Arbeitslosigkeit im Sinne des Arbeitsförderungsrechts für max. 6 Monate von der Beitragszahlung für diese Unfallversicherung bei unverändertem Versicherungsschutz befreit.

Voraussetzung ist, dass die Arbeitslosigkeit frühestens sechs Monate nach Beginn dieser Unfallversicherung eingetreten ist (Wartezeit) und die Unfallversicherung noch nicht gekündigt wurde.

Besteht der Vertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bereits seit 24 Monaten und wurden für diesen Zeitraum auch die Prämien entrichtet, verlängert sich die beitragsfreie Zeit auf bis zu 12 Monate.

2. Arbeitslosigkeit bei zuvor Angestellten

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung setzt des Weiteren voraus, dass der Versicherungsnehmer als Arbeitnehmer vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 12 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden stand und das 58. Lebensjahr noch nicht vollendet wurde. Ein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer als Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Auszubildender, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnebetriebes oder bei seinem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten beschäftigt war. Ebenfalls kein Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht, wenn bei Versicherungsbeginn dieser Unfallversicherung bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht wieder, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die Voraussetzungen gemäß Absatz 1 und 2 erneut erfüllt sind.

3. Arbeitslosigkeit bei zuvor selbstständig Tätigen

Eine selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aus einer nicht sozialversicherungspflichtigen Betätigung (z. B. Betreiben eines Gewerbes, Ausübung eines freien Berufes, Tätigkeit als alleingeschäftsführender Alleingesellschafter einer Ein-Personen-GmbH) ihren Lebensunterhalt erwirtschaftet und hiermit ein Einkommen erzielt, welches monatlich durchschnittlich mindestens 40 % der monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung entspricht. Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie diese Betätigung, die sie bis zu diesem Zeitpunkt seit mindestens 24 Monaten ohne Unterbrechung ausgeübt haben müssen, aus wirtschaftlichen Gründen – außer durch Arbeitsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit – unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben, das Gewerbe abgemeldet haben, sich aktiv um Arbeit bemühen und daneben keine weitere berufliche Tätigkeit ausüben. Ein wirtschaftlicher Grund ist nur dann gegeben, wenn die Einkünfte aus der aufgegebenen selbstständigen Tätigkeit der versicherten Person in den letzten 6 Monaten vor Aufgabe der Tätigkeit monatlich durchschnittlich negativ oder geringer als 20 % der im Zeitpunkt der Aufgabe aktuellen monatlichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetz-

lichen Rentenversicherung war und ein Konkurs-/Insolvenzverfahren eingeleitet ist.

Versicherungsschutz wird nur gewährt, wenn über das Vermögen der versicherten Person bei Zustandekommen des Versicherungsverhältnisses ein Konkurs-/Insolvenzverfahren weder beantragt noch eröffnet ist.

4. Das Vorliegen der unter Absatz 1, Absatz 2 und Absatz 3 genannten Voraussetzungen muss der Versicherungsnehmer durch entsprechende Bescheinigungen des für ihn zuständigen Arbeitsamtes und des Arbeitgebers bei zuvor Angestellten bzw. durch Vorlage zum erfolgten Konkurs- bzw. Insolvenzverfahrens bei zuvor Selbstständigen nachweisen.
5. Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit muss der Versicherungsnehmer vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit die Voraussetzungen gemäß Absatz 1 und 2 bzw. 3 erfüllt haben.
6. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung ist unverzüglich nach Eintritt der Arbeitslosigkeit schriftlich vom Versicherungsnehmer geltend zu machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen beginnt die Beitragsbefreiung mit dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang der schriftlichen Anzeige der Arbeitslosigkeit bei dem Versicherer. Der Beginn der Beitragsbefreiung wird dem Versicherungsnehmer vom Versicherer schriftlich bestätigt. Bis dahin sind die Versicherungsbeiträge bedingungsgemäß vom Versicherungsnehmer zu entrichten; überzahlte Beiträge werden mit zu diesem Zeitpunkt offenen Posten verrechnet.
7. Über das Ende der Arbeitslosigkeit muss der Versicherungsnehmer den Versicherer unverzüglich schriftlich informieren. Er ist verpflichtet, dem Versicherer jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Die Beitragsbefreiung tritt mit Ende des Kalendermonats, in dem der Versicherer die Nachweise angefordert hat, außer Kraft, wenn dem Versicherer in einem solchen Fall die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird.
8. Eine Beitragsbefreiung über den Zeitpunkt der Vertragsaufhebung hinaus findet nicht statt.
9. Sofern Mitversicherte dem Versicherungsnehmer gleichgestellt sind, gilt dies nicht für diese Beitragsbefreiung.

(4) Beitragsfreie Weiterführung des Vertrages bei Unfalltod des Versicherungsnehmers:

Verstirbt der Versicherungsnehmer infolge eines Unfallereignisses (§ 1 (3) AUB 2011), wird der Vertrag für alle darin mitversicherten Personen beitragsfrei weitergeführt bis zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres nach dem Todestag. Die in § 11 (7) AUB 2011 genannte Regelung „Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern“ bleibt hiervon unberührt.

(5) Mitversicherte beitragsfreie Leistungsarten:

Für jede versicherte Person sind mitversichert:

Bergungskosten bis	20.000 Euro
Kosmetische Operationen bis	5.000 Euro
Kurkostenbeihilfe bis	3.000 Euro

IX. Weitere mitversicherte Leistungserweiterungen:

(1) Behinderungsbedingte Kosten:

Führt der bei der versicherten Person festgestellte Invaliditätsgrad zu Behinderungen im täglichen Leben, die bestimmte Investitionen erfordern, übernehmen wir die Kosten zu bestimmten Höchstsätzen.

Folgende behinderungsbedingte Kosten werden von uns übernommen:

- a) behindertengerechter Umbau des selbst bewohnten Hauses oder Wohnung;
- b) Umzug in ein behindertengerechtes Haus oder Wohnung innerhalb Deutschlands;
- c) Umrüstung des selbst genutzten PKW.

Wir leisten für alle nachgewiesenen Kosten bis zu einer Gesamthöhe von 3.000 Euro.

(2) Haushaltshilfegeld:

Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für eine Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung, wenn sich der beaufsichtigende Elternteil aufgrund eines Unfalles, der unter diesen Vertrag fällt, in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet. Voraussetzung ist, dass sowohl der beaufsichtigende Elternteil als auch das Kind im Rahmen dieses Vertrages versichert ist. Die Leistung ist pro Tag auf 65 Euro und insgesamt 30 Tage begrenzt.

(3) Unfallbedingte Fehlgeburt bei Frauen:

Hat die versicherte Person:

- während einer (innerhalb der Vertragslaufzeit eingetretenen und durch Mutterpass nachgewiesenen) Schwangerschaft,
 - aufgrund eines Unfalles gemäß § 1 (3) AUB 2011,
 - nach der 15. Schwangerschaftswoche,
- eine Fehlgeburt erlitten, so zahlen wir einen einmaligen Betrag von 3.000 Euro.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Versicherungssumme nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

(4) Umschulungsmaßnahmen:

Führt die versicherte Person infolge einer unfallbedingten Berufsunfähigkeit eine vom gesetzlichen Versicherer geförderte oder gezahlte staatlich anerkannte Umschulung durch, werden die hierfür anfallenden und nachgewiesenen Kosten bis zu 5.000 Euro erstattet. Als Kosten gelten auch Aufwendungen für zusätzliche Unterbringung und Verpflegung.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen bedeutet, dass die versicherte Person auf nicht absehbare Zeit nicht imstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Fähigkeiten und Kenntnisse voraussetzt.

§ 3 Welche Auswirkungen haben Krankheiten oder Gebrechen?

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

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, unterbleibt jedoch die Minderung.

Zu § 3: Leistungskürzung statt Invaliditätsgradminderung:

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung auch im Falle einer Invalidität entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt.

Zu § 3: Mitwirkungsanteil:

Die Kürzungen der Leistungen erfolgen erst dann, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 50 % beträgt.

§ 4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

- (1) Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- (2) Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von § 4 (1) AUB 2011 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- (3) Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

Zu § 4: Fortführungsoption für dauernd Pflegebedürftige und Geisteskranke:

Tritt die dauernde Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit während der Versicherungsdauer ein, so bleibt der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers bzw. dessen gesetzlichen Vertreters weiterhin bestehen. Die Fortführung des Versicherungsschutzes muss innerhalb eines Jahres nach Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit beantragt und von uns als Versicherer schriftlich bestätigt werden, ansonsten es bei der Regelung nach § 4 Abs. (2) und (3) AUB 2011 bleibt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

I. Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- (1) Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Zu § 5 I. (1): Erweiterte Alkoholklausel:

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit sie durch Trunkenheit verursacht sind, gelten als mitversichert. Bei Führen von Kraftfahrzeugen wird Versicherungsschutz jedoch nur bis 1,3 Promille Blutalkoholgehalt gewährt.

Zu § 5 I. (1): Herzinfarkt/Schlaganfall:

Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden, sind mitversichert.

Zu § 5 I. (1): Übermüdung/Einschlafen:

Übermüdungen bzw. Einschlafen infolge Übermüdungen gelten nicht als Bewusstseinsstörung und sind demnach mitversichert.

- (2) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

Zu § 5 I. (2): Innere Unruhen:

Mitversichert sind Unfälle bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat, oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter.

- (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Aus-

land überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Zu § 5 I. (3): Erweiterung des „passiven Kriegsrisikos“:

Der Versicherungsschutz erlischt erst am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

- (4) Unfälle der versicherten Person
- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- (5) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Zu § 5 I. (5): Fahrtveranstaltungen von Stern-, Zuverlässigkeits-, Slalom- und Orientierungsfahrten:

Mitversichert sind Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt, demnach bei Stern-, Zuverlässigkeits-, Slalom- und Orientierungsfahrten.

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

II. Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

- (1) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach § 1 (3) AUB 2011 die überwiegende Ursache ist.
- (2) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Zu § 5 II. (2): Gesundheitsschäden durch Strahlen:

Abweichend von § 5 II. (2) AUB 2011 sind Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Maser- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen mitversichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

- (3) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Zu § 5 II. (3): Maniküre/Pediküre:

Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff und ist demnach mitversichert.

- (4) Infektionen.
- a) Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
- verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- b) Versicherungsschutz besteht jedoch für
- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
 - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Abs. (4) a) ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
- c) Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt § 5 II. (3) Satz 2 AUB 2011 entsprechend.

Zu § 5 II. (4): Erweiterung der Infektionen:

Unfälle durch Tierbisse einschließlich der damit verursachten Infektionen sind mitversichert. Die Folgen von Insektenstichen und -bissen sind ebenfalls mitversichert, auch bei einer dadurch verursachten geringfügigen Verletzung der Haut oder Schleimhaut.

Zu § 5 II. (4): Wundinfektionen:

Als Folge eines Unfallereignisses nach § 1 (3) AUB 2011 sind Wundinfektionen, auch bei einer durch den Unfall verursachten geringfügigen Verletzung der Haut oder Schleimhaut mitversichert.

- (5) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

Zu § 5 II. (5): Vergiftungen:

Mitversichert sind bei Erwachsenen die Folgen von Lebensmittelvergiftungen. Sofern u. a. Unfalltod und KHTG/GG bei der versicherten Person mitvereinbart sind, gilt hierfür eine Maximierung von:

Unfalltod 11.000 Euro und KHTG/GG max. 3 Tagessätzen.

- (6) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Zu § 5 II. (6): Folgen psychischer und nervöser Störungen:

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, werden von uns Leistungen erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte, organische Erkrankung des Nervensystems zurückzuführen sind.

- (7) Bauch- oder Unterleibsbrüche.

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

Zu § 5 II. (7): Leistenbruch:

In Ergänzung zu § 1 (4) AUB 2011 ist der durch eine erhöhte Kraftanstrengung verursachte Leistenbruch mitversichert. Sofern ein Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld vereinbart ist, werden in der entsprechenden Höhe 3 Tagessätze hierfür als Leistung erbracht.

Zu § 5 II. (7): Nabelbruch und Bauchbruch:

In Ergänzung zu § 1 (4) AUB 2011 ist der durch eine erhöhte Kraftanstrengung verursachte Nabelbruch und Bauchbruch mitversichert. Sofern ein Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld vereinbart ist, werden in der entsprechenden Höhe 3 Tagessätze hierfür als Leistung erbracht.

§ 6 Was müssen Sie bei vereinbartem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

I. Umstellung des Kinder-Tarifs

(1) Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kinder-Tarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

(2) Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

II. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

(1) Die Höhe der Versicherungssummen bzw. des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

Zu § 6 II. (1): Versehenklausel bei Berufswechsel:

Unterbleibt versehentlich die Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, wenn der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelte und nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachholen. Die Prämienberechnung bzw. -berichtigung erfolgt nachträglich und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an.

Zu § 6 II.: Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

- (2) Errechnen sich bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats – nach TOP 2011: nach Ablauf von zwei Monaten – ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald wir Kenntnis von der Änderung erlangen, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.
- (3) Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

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

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

(1) Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Zu § 7 (1): Erweiterte Meldepflicht:

Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn die versicherte Person erst

dann den Arzt hinzuzieht und den Versicherer unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

- (2) Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- (3) Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
- (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.
- (5) Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
- Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Zu § 7 (5): Erweiterte Meldepflicht bei Unfällen mit Todesfolge:

Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, dessen Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

§ 8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach § 7 AUB 2011 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.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

§ 9 Wann sind die Leistungen fällig?

- (1) Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Zu § 9: Ärztliche Gebühren:

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

- (2) Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- (3) Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

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

Zu § 9 (3): Invaliditätsvorschuss bei Schwerverletzung:

Die im Versicherungsschein festgelegte Leistung für Unfalltod, höchstens jedoch 15.000 Euro, wird bei folgenden schweren Verletzungen sofort als Invaliditätsvorschuss geleistet, sofern nicht der Tod innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall eintritt:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation eines Armes oder einer Hand
- Amputation eines Beines oder Fußes
- Erblindung auf beiden Augen

- (4) Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf 5 Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach § 9 (1) AUB 2011

- von Ihnen vor Ablauf der Frist

ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

- (5) Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern.

Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

§ 10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

- (1) **Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 11 (2) AUB 2011 zahlen.

- (2) **Dauer und Ende des Vertrages**

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

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

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

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

- (3) **Sonderrecht zur Kündigung zum Monatsende für Versicherungsverträge mit einer vereinbarten Laufzeit von unter 3 Jahren**

Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag täglich zum Ende des laufenden Monats schriftlich kündigen. Die Kündigung muss dem Versicherer vor Ablauf des betreffenden

Monats zugegangen sein. Dieses Sonderrecht steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu.

- (4) **Kündigung nach Versicherungsfall**

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

- (5) **Teilkündigung**

Ohne Beendigung des Gesamtvertrages können einzelne Leistungsarten bzw. versicherte Personen gemäß den Bestimmungen des § 10, Abs. (1 – 4) AUB 2011 durch einen Vertragspartner aus dem Vertrag gekündigt werden. In diesem Falle hat die andere Vertragspartei das Recht, den gesamten Vertrag zu kündigen. Die Kündigung des Gesamtvertrages muss spätestens einen Monat nach Zugang der Teilkündigung dem jeweiligen Vertragspartner zugegangen sein. Der Gesamtvertrag endet dann zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Teilkündigung.

- (6) **Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen**

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

§ 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- (1) **Beitrag und Versicherungssteuer**

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

- (2) **Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag**

- a) **Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung**

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.

Zu § 11 (2) a): Kein Ratenzahlungszuschlag:

Bei Vereinbarung einer unterjährigen Zahlungsweise wird kein Ratenzahlungszuschlag erhoben.

- b) **Späterer Beginn des Versicherungsschutzes**

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hin-

weis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

c) Rücktritt

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

(3) Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

a) Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

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

b) Verzug

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

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach Abs. (3) c) und (3) d) mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

c) Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Abs. (3) b) darauf hingewiesen wurden.

d) Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Abs. (3) b) darauf hingewiesen haben.

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

(4) Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

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

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

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

(5) Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zah-

lung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

(6) Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

(7) Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
 - die Versicherung nicht gekündigt war und
 - Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
- gilt Folgendes:

- a) Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- b) Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

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

- (1) Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- (2) Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- (3) Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des S. 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

(2) Rücktritt

a) Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag

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

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

b) **Ausschluss des Rücktrittsrechts**

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

c) **Folgen des Rücktritts**

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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.

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

(3) **Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung**

a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben. Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

b) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie

durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

(4) **Anfechtung**

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 14 **gestrichen**

§ 15 **Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**

- (1) Die Ansprüche aus der Unfallversicherung verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- (2) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

§ 16 **Welches Gericht ist zuständig?**

- (1) 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.
- (2) Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

§ 17 **Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?**

Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?

- (1) Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- (2) Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

§ 18 **Welches Recht findet Anwendung?**

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 19 **Leistungsoptimierungsklausel:**

Der bestehende Versicherungsvertrag wird von uns ab der ersten, auf die Einführung neuer verbesserter Bedingungswerke folgenden Hauptfälligkeit automatisch angepasst. Eine Umge-

staltung des vereinbarten Vertragstyps ist ausgeschlossen. Der Versicherungsnehmer wird zur Hauptfälligkeit von uns über die neuen Leistungen bzw. Erweiterungen informiert. Die neuen Leistungen bzw. Erweiterungen gelten als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb einer Frist von sechs Wochen ab Zugang des Ankündigungsschreibens schriftlich widerspricht.

Die Versicherung wird bei Widerspruch im bisherigen Umfang weitergeführt.

2) Besondere Bedingungen zu den Deckungskonzepten

BBU 001 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Zuwachs von Leistung und Beitrag (Modell 1)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag angepasst werden:

1. Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten angehoben wird. Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrages folgt oder mit ihm übereinstimmt.
2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 512 Euro,
 - für die Übergangsleistung auf volle 52 Euro,
 - für Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld auf volle 0,51 Euro,
 - für die Unfall-Rente auf volle 26 Euro.
3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
4. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
5. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
6. Sie und wir können diese Vereinbarung pro Leistungsart oder auch für den gesamten Vertrag für jede versicherte Person für die Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

BBU 020 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit planmäßiger Erhöhung von Leistung und Beitrag (Modell 2)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Summen und Beitrag angepasst werden:

1. Wir erhöhen die Versicherungssummen jährlich um einen mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz zum Beginn des Versicherungsjahres und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
2. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:
 - für den Invaliditäts- und Todesfall auf volle 512 Euro,
 - für die Übergangsleistung auf volle 52 Euro,
 - für Tagegeld und Krankenhaus-Tagegeld auf volle 0,51 Euro,
 - für die Unfall-Rente auf volle 26 Euro.
3. Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle nach dem Erhöhungstermin eintretenden Leistungsfälle.
4. Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
5. Vor dem Erhöhungstermin erhalten Sie eine schriftliche Mitteilung über die Erhöhung. Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von sechs Wochen nach unserer Mitteilung in Textform widersprechen. Auf die Frist werden wir Sie hinweisen.
6. Sie und wir können die Vereinbarung über die planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag pro Leistungsart oder auch für den gesamten Vertrag für jede versicherte Person für die gesamte Restlaufzeit des Vertrages widerrufen. Der Widerruf

muss in Textform spätestens drei Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

BBU 040 Besondere Bedingungen für Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit Mehrleistungen bei Invalidität vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach § 2 I. und § 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ermittelt.

Der § 2 I. AUB wird wie folgt ergänzt:

1. Wir zahlen die doppelte Invaliditätsleistung, wenn folgende Voraussetzung vorliegt:
 - Der Unfall führt zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 %.
2. Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf 150.000 Euro beschränkt.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiven Invaliditätsstufen

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstufe vereinbart. Der Invaliditätsgrad wird nach § 2 I. und § 3 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) ermittelt.

Der § 2 I. AUB wird wie folgt ergänzt:

a) BBU 060 Invalidität mit Progression 225%:

1. Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme.
2. Für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 2-fache Invaliditätssumme.
3. Für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 3-fache Invaliditätssumme.

b) BBU 080 Invalidität mit Progression 350%:

1. Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme.
2. Für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 3-fache Invaliditätssumme.
3. Für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 5-fache Invaliditätssumme.

c) BBU 100 Invalidität mit Progression 500%:

1. Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme.
2. Für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 5-fache Invaliditätssumme.
3. Für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 7-fache Invaliditätssumme.

d) BBU 120 Invalidität mit Progression 1000%:

1. Für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme.
2. Für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 5-fache Invaliditätssumme.
3. Für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die 17-fache Invaliditätssumme.

BBU 140 Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent (BB Unfall-Rente)

Bei Vereinbarung einer Unfall-Rente leisten wir ergänzend zu § 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) entsprechend den nachfolgenden Bedingungen:

1. Voraussetzung für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach § 2 I. (1) AUB gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach § 2 I. (2 b bis 2 f) und § 3 AUB ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

Für die Feststellung des Invaliditätsgrades bleiben vereinbarte besondere Gliedertaxen unberücksichtigt.

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

3. Beginn und Dauer der Leistung

a) Die Unfall-Rente zahlen wir

■ rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,

■ monatlich im Voraus.

b) Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

■ die versicherte Person stirbt oder

■ wir Ihnen mitteilen, dass eine nach § 9 (4) AUB vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

Partner- und Vollwaisen-Rente:

Verstirbt der rentenbeziehende Versicherte – gleichgültig aus welcher Ursache – so wird im Anschluss an die Unfall-Rente ab 50 % eine Partner- und Vollwaisen-Rente gezahlt. Die Partner- und Vollwaisen-Rente beträgt 70 % der bisherigen vereinbarten Unfall-Rente. Bei Tod des bislang rentenbeziehenden Versicherten zahlen wir an den Ehe-/Lebenspartner des Verstorbenen eine Partner-Rente. Diese wird monatlich im Voraus bis zu einer Dauer von 36 Monaten bzw. zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem die begünstigte Person verstirbt.

Die Vollwaisen-Rente wird für jedes erberechtigte Kind des Versicherten (auch Adoptivkinder des Versicherten) – bei mehreren erberechtigten Kindern erfolgt eine entsprechend anteilmäßige Aufteilung der Vollwaisen-Renten – monatlich im Voraus bis zum Ablauf des Monats gezahlt, in dem das jeweilige Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

BBU 160 Besondere Bedingungen für die Versicherung einer linearen Unfall-Rente bei einem Invaliditätsgrad ab 20 Prozent (BB lineare Unfall-Rente)

Bei Vereinbarung einer Unfall-Rente leisten wir ergänzend zu § 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) entsprechend den nachfolgenden Bedingungen:

1. Voraussetzung für die Leistung

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach § 2 I. (1) AUB gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach § 2 I. (2 b bis 2 f) und § 3 AUB ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 20 Prozent geführt.

Für die Feststellung des Invaliditätsgrades bleiben vereinbarte besondere Gliedertaxen unberücksichtigt.

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfall-Rente. Die Höhe der Rentenleistung bemisst sich linear nach dem Grad der festgestellten Invalidität und ermittelt sich aus der vereinbarten Unfall-Rente.

Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen oder sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben für die Feststellung der Höhe der Leistung unberücksichtigt.

3. Beginn und Dauer der Leistung

a) Die Unfall-Rente zahlen wir

■ rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat

■ monatlich im Voraus.

b) Die Unfall-Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

■ die versicherte Person stirbt oder

■ wir Ihnen mitteilen, dass eine nach § 9 (4) AUB vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 20 Prozent gesunken ist.

BBU 190 Besondere Bedingungen für die Versicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) leisten wir Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

1. Voraussetzungen für die Leistungen

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

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

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

c) Ein Dritter ist nicht gänzlich zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

2. Art und Höhe der Leistungen

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

■ Arzthonorare und sonstige Operationskosten

■ Notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus

■ Zahnbehandlungs- und Zahnersatz- und -laborkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Zähnen (nicht bereits bestehender Zahnersatz) entstanden sind.

3. Ausschluss der Dynamik

Die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

BBU 200 Besondere Bedingungen für die Unfall-Heilkostenversicherung

Bei Vereinbarung einer Unfall-Heilkostenversicherung leisten wir ergänzend zu § 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) entsprechend den nachfolgenden Bedingungen:

1. Voraussetzungen für die Leistung

a) Die unfallbedingten Verletzungen der versicherten Person und die entsprechenden Verletzungsfolgen erfordern eine Heilbehandlung, deren medizinische Notwendigkeit durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird.

Die medizinische Notwendigkeit ist auch dann nachgewiesen, wenn die gesetzliche oder private Krankenversicherung der versicherten Person die Kosten für die unfallbedingte Heilbehandlung erstattet und ein Erstattungsbeleg eingereicht wird. Erstattungsbelege sind Rechnungen und Rezepte, auf denen die Höhe der Leistung aus der Krankenversicherung vom Krankenversicherer vermerkt ist.

- b) Bei einem Versicherten der privaten Krankenversicherung mit Vereinbarung einer Selbstbeteiligung können die vorgenannten Kosten auch ohne Erstattungsvermerk der privaten Krankenversicherung geltend gemacht werden, wenn ein aktueller Nachweis der privaten Krankenversicherung eingereicht wird, dass die Selbstbeteiligung für das laufende Kalenderjahr noch nicht überschritten und die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen ist.
- c) Bei der Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen mindert sich die Leistung entsprechend § 3 AUB.
- d) Erfordern die unfallbedingten Verletzungen der versicherten Person eine kosmetische Operation nach Abschluss der Heilbehandlung oder den Ersatz von Zähnen, so sind diese Kosten als Kosten für kosmetische Operationen und Zahnersatz versichert (bei den Deckungskonzepten TOP und KINDER SICHER).

2. Art und Höhe der Leistung

- a) Die entstehenden Kosten für Arzt- und Heilpraktikerhonorare bis zum 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH), Heilmittel und Hilfsmittel, Krankentransporte und Nottransporte werden bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- b) Für versicherte Personen, die ausschließlich in einer privaten Krankenversicherung versichert sind, erstatten wir zusätzlich die Kosten für die stationäre Behandlung in einem Zweibettzimmer, wenn die private Krankenversicherung eine Leistung für ein Mehrbettzimmer vorsieht, die Kosten für die stationäre Behandlung in einem Einbettzimmer, wenn die private Krankenversicherung eine Leistung für ein Zweibettzimmer vorsieht, den mit der privaten Krankenversicherung vereinbarten Selbstbehalt. Unversichert bleibt der Selbstbehalt, der für Leistungen aus der privaten Krankenversicherung angerechnet wird, die nicht über den Vertrag (Tarif) der privaten Krankenversicherung versichert sind.
- c) Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Ist der andere Ersatzpflichtige nachweislich nicht zur Leistung verpflichtet, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

Bestehen noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.

3. Versicherungssummen

- a) Höchstens 10.000 Euro für versicherte Personen, die ausschließlich in einer privaten Krankenversicherung versichert sind, und für alle Schadenereignisse eines Versicherungsjahres. Pro Kalenderjahr sind die Leistungen aus allen Schadenereignissen aller Versicherungsjahre auf 12.000 Euro begrenzt.
- b) Höchstens 5.000 Euro für versicherte Personen, die ganz oder teilweise in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, und für alle Schadenereignisse eines Versicherungsjahres. Pro Kalenderjahr sind die Leistungen aus allen Schadenereignissen aller Versicherungsjahre auf 6.000 Euro begrenzt.

4. Ausschluss der Dynamik

Die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

BBU 220 Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Kurkostenbeihilfe in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) bieten wir entsprechend der nachfolgenden Regelung Versicherungsschutz bei Kuraufhalten:

1. Voraussetzungen für die Leistung

- a) Die versicherte Person hat
 - nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von § 1 AUB
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige vollstationäre Kur durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

- b) Als Kur gelten medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, die nach einem Unfall bei der Krankenversicherung, nach einem Arbeitsunfall bei der zuständigen Berufsgenossenschaft, beantragt und von dort genehmigt werden. Nicht hierunter fallen Anschlussheilbehandlungen, die vom erstbehandelnden Krankenhaus initiiert werden und im unmittelbaren Anschluss an die Erstversorgung stattfinden. Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

2. Höhe der Leistung

Die Kurkostenbeihilfe wird einmalig in Höhe der entstandenen nachweislich zu belegenden Kosten bis maximal zu der im Versicherungsschein genannten Versicherungssumme je Unfall gezahlt. Dabei wird § 3 AUB berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3. Ausschluss der Dynamik

Die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

BBU 240 Besondere Bedingungen für die Versicherung von Bergungskosten in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) erbringen wir folgende Leistungen:

1. Art der Leistungen

- a) Wir ersetzen nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten ersetzen wir auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- b) Wir ersetzen die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

- c) Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- d) Bei einem unfallbedingten Todesfall im In- und Ausland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2. Höhe der Leistungen

- a) Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.
- b) Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an uns halten.

3. Ausschluss der Dynamik

Die im Versicherungsschein festgelegte Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

3) BBU 260 International Service Card

Die Baden-Badener Versicherung AG vermittelt den versicherten Personen die folgenden Leistungen der Europ Assistance Deutschland, Infanteriestr. 11, 80797 München

Baden-Badener Informations- und Alarm-Zentrale im Inland und aus dem Ausland 24 Std. erreichbar unter:

Telefonnummer: +49 (0)1 805 35 24 25

*(14 ct/Min. aus dem Deutschen Festnetz, Mobilfunkpreise können abweichen)

oder

Telefonnummer: +49 (0) 89 55 987 671

Die Europ Assistance ist für die Versicherten rund um die Uhr erreichbar. Über die Informations- und Alarm-Zentrale kann der Versicherte sich im Krankheitsfall auf Reisen telefonisch von den Ärzten beraten lassen oder dringend benötigte Medikamente anfordern. Außerdem werden deutschsprachige Ärzte vermittelt, die die jeweilige Landessprache beherrschen und mit dem behandelnden Arzt vor Ort alles Nötige besprechen.

Medizinischer Auslands-Informations-Service:

Der Versicherte hat die Möglichkeit, sich vor der Reise über Krankheitsgefahren oder persönliche Gesundheitsrisiken beraten zu lassen.

Vermittlung von OP-Plätzen und Intensivkapazitäten, AHB- oder Reha-Plätzen:

Die Europ Assistance verfügt über guten Kontakt zu zahlreichen Kliniken und kann mittels Datenbank den benötigten Platz innerhalb kürzester Zeit beschaffen, sofern nach einem Unfall im Ausland die Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus erforderlich wird.

Medizinische Abklärungsgespräche:

Die Europ Assistance übernimmt Indikationsabklärungen für alle Versicherten, unabhängig davon, ob der Europ Assistance ein späterer Transportauftrag erteilt wird.

Auslandsrückholungskosten:

Auslandsrückholungskosten sind unter Regie und zu Lasten von der Europ Assistance bis zu 62.000 Euro versichert. Der Auslandsaufenthalt der versicherten Person darf nur maximal 6 Wochen sein. Unter folgenden Voraussetzungen werden erkrankte oder verunglückte Versicherte sicher ins Heimatkrankenhaus transportiert: Der Hauptwohnsitz des Versicherungsnehmers und der versicherten Person befindet sich in Deutschland. Der Beitrag wurde entrichtet, es besteht somit kein Beitragsrückstand. Der Versicherungsnehmer/die versicherte Person oder ein Beauftragter fordern die Rückholung ausschließlich bei der Baden-Badener Informations- und Alarm-Zentrale an. Die Krankenhausaufenthaltsdauer muss mehr als 14 Tage betragen, bei absehbar kürzerem Aufenthalt erfolgt die Rücksendung nur bei medizinisch begründetem und bestätigtem Erfordernis. Eine Rückholung wird nicht bei Aufenthalten und Verwundungen in Krisen- und Kriegsgebieten gewährt.

Inlandsrückholungskosten:

Inlandsrückholungskosten sind unter Regie und zu Lasten der Europ Assistance bis zu 20.000 Euro versichert. Unter folgenden Voraussetzungen werden verunglückte Versicherte sicher ins Heimatkrankenhaus transportiert: Der Hauptwohnsitz des Versicherungsnehmers und der versicherten Person befindet sich in Deutschland. Der Beitrag wurde entrichtet, es besteht somit kein Beitragsrückstand. Der Versicherungsnehmer/die versicherte Person oder ein Beauftragter fordern die Rückholung ausschließlich über die Baden-Badener Informations- und Alarm-Zentrale an. Die Krankenhausaufenthaltsdauer muss mehr als 14 Tage betragen, bei absehbar kürzerem Aufenthalt erfolgt die Rücksendung nur bei medizinisch begründetem und bestätigtem Erfordernis.



4) Berufsgruppen

Die Einstufungen für die Berechnung der Versicherungsbeiträge erfolgen auf Grund der jeweiligen beruflichen Tätigkeiten der versicherten Personen nach einem Berufsgruppenverzeichnis.

Wir unterscheiden nach den folgenden Einstufungen:

Gefahrengruppe A:

Kaufmännische/verwaltende Tätigkeit, wie Tätigkeit im Innen- und Außendienst, leitende und aufsichtsführende Tätigkeit, planende und lehrende Tätigkeit, Tätigkeiten im Verkauf, in der Datenerfassung und Datenverarbeitung, im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege, Hausmänner, Bedienen und Steuern von Anlagen oder Maschinen, Fotografen, Künstler, Optiker, Reporter, Schneider, Uhrmacher.

Alle berufstätigen Frauen (unabhängig ihrer auszuführenden Tätigkeit) werden ebenfalls nach Gefahrengruppe „A“ eingestuft.

Gefahrengruppe B:

Körperliche/handwerkliche Tätigkeit, wie Tätigkeit auf Baustellen, Gerüsten etc., Tätigkeit mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen, Angehörige der Polizei, Bundesgrenzschutz,

Berufssoldaten, Forst-, Steuer- und Zollverwaltung, Berufskraftfahrer, Landwirte, Tänzer, Tanz- und Sportlehrer.

Sofern die versicherte Person eine berufliche Tätigkeit nach Gefahrengruppe „A“ und „B“ ausübt, erfolgt die Einstufung nach „B“.

Gefahrengruppe H:

Hausfrauen, alle Schüler und Studenten ab dem Eintrittsalter von 17 Jahren.

Gefahrengruppe K:

Kinder bis zum Alter von 17 Jahren.

Praktikanten und Auszubildende, unabhängig ihres jeweiligen Alters, werden von uns in Gefahrengruppe „A“ oder „B“ je nach Ausübung ihrer jeweiligen Tätigkeit, eingestuft.

Nicht versichert werden folgende

Berufstätigkeiten:

Artisten und Akrobaten, Berufssportler, Berufstaucher, Dompteure, Spreng-, Such- und Räumungspersonal für Munition und/oder explosive Stoffe, Rennfahrer.

5) Merkblatt zur Datenverarbeitung

Vorbemerkung

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rück-

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

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Mehrfachversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS), das von informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden als Auskunftsbetrieben wird, bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Im Folgenden finden Sie die Erläuterung zu dem HIS sowie nähere Informationen unter www.informa-irfp.de.

Schaden-/Unfallversicherung

Die informa IRFP GmbH betreibt das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS). An das HIS melden wir gegebenenfalls – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadens-/Leistungsfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadensbild mit der Schadensschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadensfall wissen, ob z.B. ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund können wir Fahrzeuge an das HIS melden, wenn diese einen Totalschaden haben, gestoh-

len worden sind, sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis. Immobilien können wir an das HIS melden, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages oder Regulierung eines Schadens-/Versicherungsfalles, können wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS richten und können die Ergebnisse der Anfragen speichern. Im Schadens-/Leistungsfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse können wir speichern, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalles relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadens-/Leistungsfall geben müssen.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Versicherungsgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Ihre Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Versicherungsgruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen benötigt und verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- und Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

- DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft
- DEUTSCHER HEROLD Aktiengesellschaft
- Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft
- Zurich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland)
- Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland
- Zürich IT Service AG Niederlassung für Deutschland
- Zürich Leben Service AG Niederlassung für Deutschland
- Zurich Rechtsschutz-Schadensservice GmbH
- Bonner Akademie Gesellschaft für DV- und Management Training, Bildung und Beratung mbH
- Zurich Service GmbH
- Bonnfinanz AG für Vermögensberatung und Vermittlung
- Deutscher Pensionsfonds Aktiengesellschaft

- Zürich Vertriebs GmbH
- TDG Tele-Dienste GmbH
- ADAC Autoversicherung AG
- Zurich Kunden Center GmbH
- Baden-Badener Versicherung AG
- Real Garant Versicherung AG

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen und Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen. Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten. Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebotes unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unserer Vermittler beraten und betreut. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen u. a. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z. B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

6) Anlagen (Progressionstabellen)

Anlage 1: Tabelle zur Progression von 225 %

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

Anlage 2: Tabelle zur Progression von 350 %

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Anlage 3: Tabelle zur Progression von 500 %

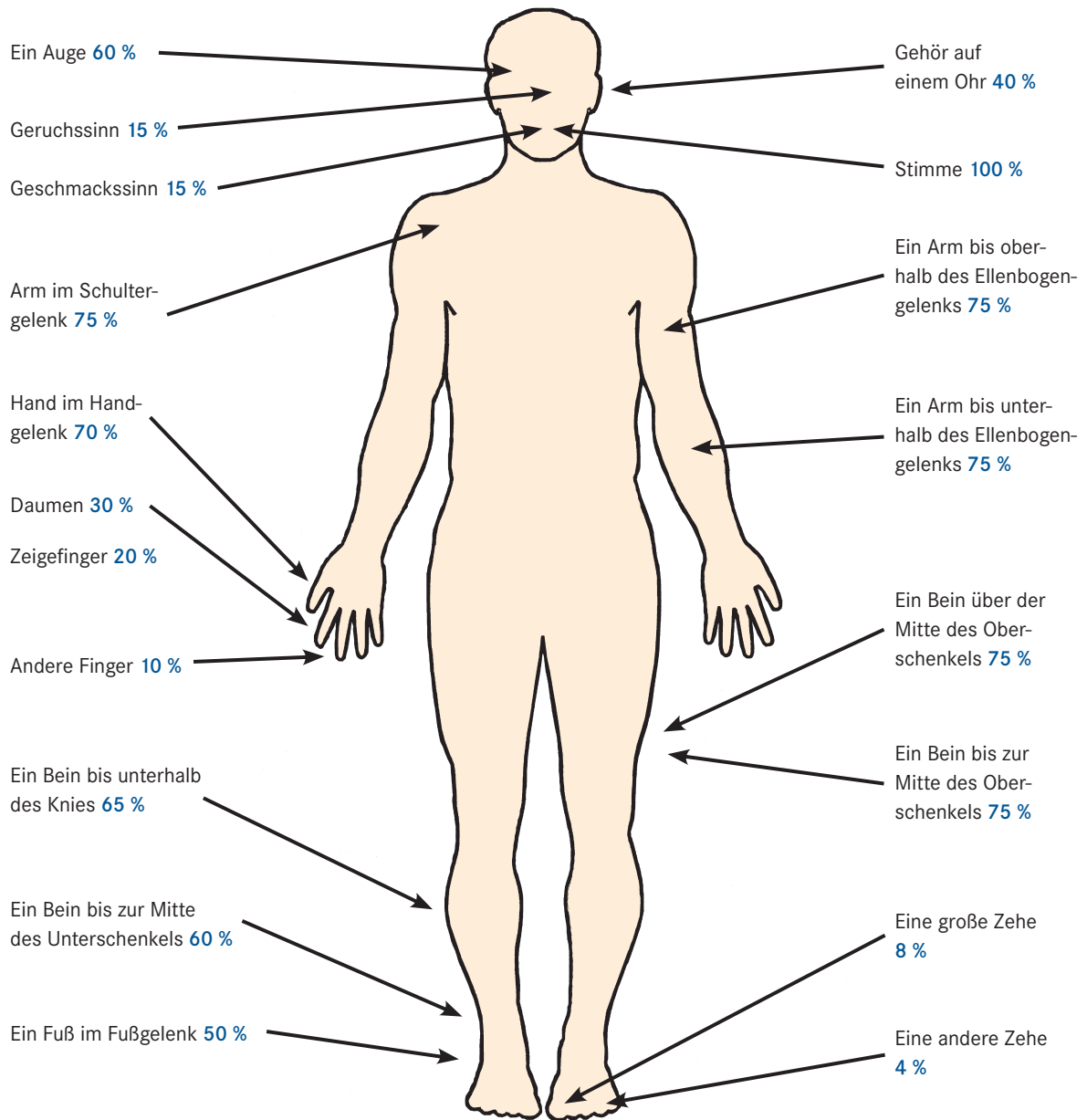
Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
26	30	45	125	64	248	83	381
27	35	46	130	65	255	84	388
28	40	47	135	66	262	85	395
29	45	48	140	67	269	86	402
30	50	49	145	68	276	87	409
31	55	50	150	69	283	88	416
32	60	51	157	70	290	89	423
33	65	52	164	71	297	90	430
34	70	53	171	72	304	91	437
35	75	54	178	73	311	92	444
36	80	55	185	74	318	93	451
37	85	56	192	75	325	94	458
38	90	57	199	76	332	95	465
39	95	58	206	77	339	96	472
40	100	59	213	78	346	97	479
41	105	60	220	79	353	98	486
42	110	61	227	80	360	99	493
43	115	62	234	81	367	100	500
44	120	63	241	82	374		

Anlage 4: Tabelle zur Progression von 1000 %

Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe	Unfallbed. Inv.-Grad	Leistung aus der Vers.-Summe
%	%	%	%	%	%	%	%
26	30	45	125	64	388	83	711
27	35	46	130	65	405	84	728
28	40	47	135	66	422	85	745
29	45	48	140	67	439	86	762
30	50	49	145	68	456	87	779
31	55	50	150	69	473	88	796
32	60	51	167	70	490	89	813
33	65	52	184	71	507	90	830
34	70	53	201	72	524	91	847
35	75	54	218	73	541	92	864
36	80	55	235	74	558	93	881
37	85	56	252	75	575	94	898
38	90	57	269	76	592	95	915
39	95	58	286	77	609	96	932
40	100	59	303	78	626	97	949
41	105	60	320	79	643	98	966
42	110	61	337	80	660	99	983
43	115	62	354	81	677	100	1000
44	120	63	371	82	694		

7) TOP-Gliedertaxe

Folgende Invaliditätsgrade gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit:



Diese Invaliditätsgrade gelten unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes angenommen.

Beide Arme, Hände, Beine oder Füße bzw. Kombinationen aus den genannten Körperteilen 100 %.

Sollten Sie von einem

UNFALL

betroffen sein, können Sie sich auf unsere

TOP

Leistungen verlassen. Wir sind für Sie da!

Haben Sie Fragen? Wenden Sie sich bitte an Ihren Ansprechpartner:

BADEN BADENER
Einfach fair.

Ein Unternehmen der  Zurich Financial Services Gruppe

Baden-Badener Versicherung AG

Schlackenbergstraße 20

66386 St. Ingbert

Telefon: (06894) 915-911

Telefax: (06894) 915-434

E-Mail: versicherung@baden-badener.de

Internet: www.baden-badener.de

Aufsichtsratsvorsitzender: Dr. Christoph Borgmann

Vorstand: Peter Naumann (Vors.), Ulrich Müller

Registergericht: Amtsgericht Saarbrücken

Handelsregister: HRB 32872