

Allgemeine Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zum Produkt au-pair-plus!



Inhalt

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung Tarif AP24 (2006) der CENTRAL Krankenversicherung AG (S. 23)
2. Allgemeine Haftpflichtversicherungsbedingungen AHB2000 der Generali Versicherung AG (S. 30)
3. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 88 der Generali Versicherung AG (S. 39)
4. Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Abschiebekosten-, und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG AP24 (2004) (S. 48)
5. Ermächtigung zur Datenübermittlung (S. 49)

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise – Krankenversicherung Tarif AP24 (2006) der Central Krankenversicherung AG

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Bei einem im Geltungsbereich eintretenden Versicherungsfall ersetzt er dort entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gilt auch der Tod der versicherten Person, soweit hierfür Leistungen vereinbart worden sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus der Versicherungsbestätigung, dem Antragsvordruck, den schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.
- (4) Versicherungsschutz besteht in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den anderen Ländern der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) einschließlich der Schweiz. Kein Versicherungsschutz besteht in dem Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.
- (5) Während Aufenthalt außerhalb des Geltungsbereichs gemäß Abs. 4 während der Vertragsdauer werden die vertraglichen Leistungen bis zu einer Dauer von 6 Wochen ebenfalls gewährt. Als Nachweis gelten Flugscheine, Eisenbahnfahrkarten oder Stempel im Reisepaß.
- (6) Wird die Versicherung vor Reiseantritt mit Beginn des Versicherungsschutzes spätestens bei Einreise in die Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen und erfolgt die Einreise auf direktem Wege, besteht Versicherungsschutz auch in den Ländern, die nicht zum Geltungsbereich gemäß Abs. 4 gehören und über die die Einreise in die Bundesrepublik Deutschland erfolgt, für die Dauer von höchstens 2 Tagen nach erstmaliger Überschreitung einer Grenze. Wenn in einem dieser Länder krankheitsbedingte Reiseunfähigkeit eintritt, verlängert sich der Versicherungsschutz bis zur Wiederherstellung der Reisefähigkeit, höchstens aber auf vier Wochen. Der Zeitpunkt der Grenzüberschreitung ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.
- (7) Versicherungsfähig sind Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit und Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit, die seit mehr als 5 Jahren ihren ständigen Wohnsitz im Ausland haben. Die Personen dürfen bei Abschluß des Versicherungsvertrages das 30. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sich in der Bundesrepublik Deutschland nur vorübergehend aufhalten.

§ 2 Beginn, Ende und Unterbrechung des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Versicherungsbestätigung oder dem Antragsvordruck vereinbarten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. nicht vor Zahlung des Beitrages und nicht vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. vor Einreise in eines der Länder des Geltungsbereichs gemäß § 1 Abs. 4 und im Falle des § 3 Abs. 2 Satz 2 nicht vor Eingang der dort genannten Mitteilung. Wird der Antrag auf Versicherung nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland gestellt, beginnt der Versicherungsschutz frühestens am Tag nach Eingang des Antrages beim Versicherer (00.00 Uhr).

- (2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.
- (3) Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit dem vereinbarten Zeitpunkt, spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland. Erfolgt während der Versicherungsdauer die Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und die Rückreise ins Heimatland auf direktem Wege, besteht in den Ländern, über die die Rückreise ins Heimatland erfolgt, Versicherungsschutz für die Dauer von höchstens 2 weiteren Tagen nach erstmaliger Überschreitung der deutschen Grenze. Der Zeitpunkt der Grenzüberschreitung ist dem Versicherer auf Verlangen nachzuweisen.
- (4) Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsschutzes gemäß Abs. 3 Satz 1 aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle um maximal 90 Tage.
- (5) Im Falle eines längeren vorübergehenden Auslandsaufenthaltes im Sinne des § 1 Abs. 5 Satz 1 ist der Versicherungsschutz vom Beginn der 7. Woche an bis zur Rückkehr in den Geltungsbereich gemäß § 1 Abs. 4 unterbrochen.
- (6) Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes und der ursprünglich vereinbarten Vertragsdauer gilt § 3 Abs. 4.

§ 3 Abschluß, Dauer und Verlängerung des Versicherungsvertrages

- (1) Der Versicherungsvertrag muß grundsätzlich innerhalb von 1 Monat nach Einreise in die Bundesrepublik Deutschland für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
- (2) Steht der genaue Einreisetermin des Au-pairs noch nicht fest, kann der Antrag auf Abschluß eines Versicherungsvertrages zunächst ohne Angabe des Datums gestellt werden, zu dem der Vertrag beginnen soll. In diesem Fall erteilt der Versicherer dem Antragsteller eine vorläufige Deckungszusage ab Einreise mit dem Vorbehalt, daß dem Versicherer der genaue Einreisetag innerhalb von 3 Tagen nach Einreise des Au-pairs mitgeteilt wird. Erfolgt diese Mitteilung zu einem späteren Zeitpunkt, ist der Versicherer für alle bis dahin eingetretenen Versicherungsfälle von der Leistung frei.
- (3) Handelt es sich um die Versicherung eines Au-pairs, das sich bereits in der Bundesrepublik Deutschland aufhält, an eine neue Gastfamilie vermittelt wird und nach diesem Tarif versichert werden soll, kann der Versicherungsvertrag für die Zeit ab dem Wirksamwerden der Umvermittlung abgeschlossen werden. Für diese Fälle gilt die Bestimmung des § 2 Abs. 2.
- (4) Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes kann die Vertragsdauer verlängert werden. Voraussetzung hierfür ist, daß die Verlängerung vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages beim Versicherer beantragt wird. Bei einer Verlängerung besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach Beantragung (Datum und Uhrzeit des Poststempels) neu eingetreten sind. Ferner besteht bei einer Verlängerung keine Leistungspflicht für bestehende und bekannte Krankheiten, Beschwerden und Schwangerschaften und deren Folgen sowie die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle, die in den letzten sechs Monaten vor Beantragung der Verlängerung behandelt worden sind.
- (5) Die Versicherung wird zu dem im Antrag genannten Zeitpunkt abgeschlossen.
- (6) Die Höchstversicherungsdauer beträgt ein Jahr. Eine Verlängerung darüber hinaus ist nur nach besonderer Vereinbarung möglich. Die Mindestvertragsdauer beträgt einen Monat.
- (7) Zustandekommen des Versicherungsvertrages
 - a) Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des ordnungsgemäß ausgefüllten Antragsvordruckes (z.B. mit der Aushändigung des Versicherungsscheins) zustande.
 - b) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und erfolgt die Beitragszahlung, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ordnungsgemäß ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Bezahlung bzw. Überweisung des Beitrages (Datum Poststempel bzw. Datum auf dem Quittungsabschnitt des Geldinstituts) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordruckes.
 - c) Wird die Versicherung auf dem vom Versicherer hierfür vorgesehenen und gültigen Formular beantragt und die vorgesehene Einzugermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Vordruckes beim Versicherer, bereits mit dem Tage der Absendung (Datum des Poststempels) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller verbliebene Durchschrift des Antragsvordruckes.
 - d) Wird die Versicherung auf elektronischem Weg mit dem bereitgestellten Online-Formular beantragt und die Einzugermächtigung erteilt, so gilt der Vertrag, vorbehaltlich des Einganges des ausgefüllten Online-Formulars beim Versicherer, bereits mit dem Tag der Absendung (Datum des E-mail-Versands) als zustande gekommen. Als Versicherungsschein gilt die dem Antragsteller auf elektronischem Weg übermittelte Versicherungsbestätigung.
- (8) Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Abs. 6 nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Einzahlung oder Entgegennahme des Beitrages zustande. Wird für eine nichtversicherungsfähige Person dennoch der Beitrag gezahlt, so steht der Beitrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zur Verfügung.

§ 4 Inhalt und Umfang der Leistungspflicht

(1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den in der Bundesrepublik Deutschland approbierten niedergelassenen Ärzten und Zahnärzten frei, im übrigen Geltungsbereich unter den dort zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.

(2) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

a) ambulante ärztliche Heilbehandlung. Für die Erstattung gelten die Gebührensätze innerhalb des in Abs. 3 festgelegten Rahmens.

Aufwendungen für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sind grundsätzlich nicht erstattungsfähig.

Abweichend hiervon sind einmalig für die gesamte Versicherungsdauer Aufwendungen für eine Untersuchung zur Erstfeststellung einer akut aufgetretenen geistigen und seelischen Störung und Erkrankung erstattungsfähig. Die Erstattung hierfür ist begrenzt auf EUR 500,-.

Mit Ausnahme der konventionellen Röntgendiagnostik sind die Aufwendungen für bildgebende radiologische Diagnostiken wie zum Beispiel Computertomographie, Kernspintomographie und Szintigraphie nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig. Ist keine schriftliche Zusage erteilt worden, beschränkt sich die Erstattung auf 50 % der erstattungsfähigen Kosten. Entsprechendes gilt für Allergietests.

Aufwendungen für Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, für Vorsorgeuntersuchungen (auch Check-ups) sowie Urlaubsimpfungen, für Behandlungen wegen Akne und Haarausfall, für Maßnahmen zur Muttermal- und Warzenentfernung, für Untersuchung und Behandlung wegen Fehlsichtigkeit, für kosmetische Behandlungen, für Behandlungen wegen bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehender TBC- und Tumorerkrankungen sowie für Behandlungen wegen HIV-Infektionen (AIDS) und wegen chronischer Nierenerkrankungen werden nicht erstattet.

b) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch aufgrund medizinischer Indikation sowie deren Folgen, falls der Beginn der Schwangerschaft nach ärztlicher Bescheinigung nach dem Beginn des Versicherungsschutzes eintritt. Die Aufwendungen für Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft werden in folgendem Umfang erstattet – die Aufwendungen für das

1. Screening von Beginn der 9. bis zum Ende der 12. Schwangerschaftswoche, für das
2. Screening von Beginn der 19. bis zum Ende der 22. Schwangerschaftswoche und für das
3. Screening von Beginn der 29. bis zum Ende der 32. Schwangerschaftswoche. Weitere Ultraschalluntersuchungen werden nur bei medizinischer Indikation (Auffälligkeiten und Komplikationen) und nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage erstattet. Für Aufwendungen, die durch die Behandlung eines Neugeborenen entstehen, besteht kein Versicherungsschutz. Ansonsten wird Kostenersatz nur insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr für Mutter und Kind erforderlich ist. Die Erstattung erfolgt innerhalb des in Abs. 3 festgelegten Gebührenrahmens.

c) verschreibungspflichtige Arzneimittel, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Als Arzneimittel gelten nicht Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate. Die Erstattung von Aufwendungen für Heilmittel ist begrenzt auf EUR 250,- für die gesamte Versicherungsdauer.

Arznei-, Verband- und Heilmittel müssen von den in Abs. 1 genannten Behandlern verordnet werden.

d) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls notwendig werden und der ärztlichen Behandlung der Unfallfolgen dienen.

e) zahnärztliche Behandlung in folgendem Umfang:

Zahnbehandlung ausschließlich zur Beseitigung akuter Schmerzen und dafür notwendige einfache Füllungen, nicht jedoch Gebissanierungen, umfangreiche Zahnsanierungen und die Behandlung von unterversorgten oder tief frakturierten Zähnen, die über die absolut notwendige, schmerzstillende Zahnbehandlung hinausgeht. Für die Erstattung gelten die Gebührensätze innerhalb des in Abs. 3 festgelegten Rahmens.

Einfache Reparatur von vorhandenem Zahnersatz. Die Erstattungsleistung hierfür ist begrenzt auf die einmalige Erstattung von 50 % eines Rechnungsbetrages von bis zu EUR 1.000 für die gesamte Versicherungsdauer. Außerdem erstattungsfähig sind die Aufwendungen für unfallbedingten einfachen Zahnersatz. Die Erstattungsleistung hierfür ist begrenzt auf EUR 2.000,- für die gesamte Versicherungsdauer. Die Erstattung erfolgt innerhalb des in Abs. 3 festgelegten Gebührenrahmens.

Bei jeder zahnärztlichen Behandlung von mehr als zwei Zähnen, bei jeder Paradontalerkrankung und bei jeder Behandlung mit voraussichtlichen Kosten von mehr als EUR 250,- ist vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers einzuholen. Ist keine schriftliche Leistungszusage erteilt worden, beschränkt sich die Erstattung auf 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

f) stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen im Umfang der allgemeinen Krankenhausleistungen ohne Wahlleistungen. Aufwendungen für gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes sind entsprechend ambulanter ärztlicher Leistungen innerhalb des in Abs. 3 festgelegten Gebührenrahmens erstattungsfähig.

g) medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.

h) im Todesfall Bestattungskosten im Geltungsbereich gem. § 1 Abs. 4 oder die Überführungskosten an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person bis zu EUR 10.000,-.

- i) medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Krankenrücktransport aus der Bundesrepublik Deutschland ins Heimatland des Versicherten, wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder der Versicherer die Erstattung zugesagt hat. Erstattungsfähig sind die Mehrkosten des Krankenrücktransportes. Mehrkosten im Sinne dieser Bedingungen sind die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Heimatland zusätzlich entstehenden Kosten.
- (3) Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlungen sind erstattungsfähig bis zum 2,3fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) – bei Leistungen nach dem Abschnitt A, E oder O der GOÄ bis zum 1,8fachen Satz, bei Leistungen nach dem Abschnitt M und nach Nummer 437 der GOÄ bis zum 1,15fachen Satz – und bis zum 2,0fachen Satz der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den Krankenhäusern im Aufenthaltsland, die unter ständiger ärztlicher Leistung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen sowie Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen des Satzes 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn kein anderes der in Satz 1 genannten Krankenhäuser in zumutbarer Nähe ist, oder wenn der Versicherer die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.
- (5) Erstattungen von Aufwendungen für Heilbehandlung wegen TBC-Erkrankungen erfolgen nur, wenn ein ärztliches Negativattest vorgelegt wird, mit dem bestätigt wird, dass keine TBC-Erkrankung vorliegt. Dieses Attest muss vor Einreise in die Bundesrepublik Deutschland bzw. vor Einreise in eines der Länder des Geltungsbereichs gemäß § 1 Abs. 4 ausgestellt worden sein und darf zum Zeitpunkt der Einreise nicht älter als drei Monate sein.
- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen und Unruhen verursacht worden sind;
- b) für auf Sucht, Trunkenheit, Vorsatz oder strafbarer Handlung beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- c) für Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Hypnose und Psychotherapie mit Ausnahme der in § 4 Abs. 2 Buchstabe a) genannten Leistungen;
- d) für Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen mit Ausnahme der in § 4 Abs. 2 Buchstabe b) genannten Leistungen;
- e) für Zahnersatz einschließlich Kronen jeglicher Art, Inlays, Onlays, für Kieferorthopädie sowie für prophylaktische Zahnbehandlung einschließlich Entfernung von Zahnbelägen mit Ausnahme der in § 4 Abs. 2 Buchstabe e) genannten Leistungen;
- f) für Hilfsmittel mit Ausnahme der in § 4 Abs. 2 Buchstabe d) genannten Leistungen;
- g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für kur- und sanatoriumsmäßige Rehabilitationsmaßnahmen;
- h) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einem dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- i) für Behandlung durch liquidationsberechtigte Gasteltern, Ehegatten, Eltern oder Kinder. Sachkosten werden erstattet;
- j) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
- k) für die Kosten einer Doppelbehandlung aufgrund der gleichen Erkrankung;
- l) für Krankheiten oder Unfallfolgen, deren Behandlung im Ausland alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- m) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, daß sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mußten, es sei denn, daß die Reise wegen des Todes des Ehe- oder Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde;
- n) für Behandlungen wegen bereits bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehender TBC- und Tumorerkrankungen;
- o) für Behandlungen wegen HIV-Infektionen (AIDS) und chronischer Nierenerkrankungen.

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die erforderliche Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Die entstandenen Aufwendungen sind durch Originalrechnungen nachzuweisen oder durch Rechnungsduplikate mit Erstattungsmerkmal eines anderen Kostenträgers. Die Rechnungsbelege müssen in jedem Fall den Vor- und Zunamen und möglichst das Geburtsdatum der behandelten Person tragen, ferner die Bezeichnung der Krankheiten, die Angabe der einzelnen ärztlichen Leistungen sowie die einzelnen Behandlungsdaten. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk lesbar hervorgehen. Rechnungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel sind zusammen mit den Verordnungen der Behandler einzureichen. Leistungen oder deren Ablehnung durch die in § 5 Abs. 3 genannten Versicherungsträger sind nachzuweisen.
- (3) Zum Nachweis eines notwendigen Krankenhausaufenthaltes ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Krankheit einzureichen.
- (4) Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsgemäßen Nachweisen zu leisten. Sind begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.
- (5) Die in einer anderen Währung als dem EURO entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Kostenbelege beim Versicherer eingehen, in EURO umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs, Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß Devisenkursstatistik der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, daß die zur Bezahlung notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto können von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- (8) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) - siehe Anhang.

§ 7 Verjährung

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unterliegen der Verjährung. Sie beträgt nach § 12 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) zwei Jahre und beginnt mit dem Ende des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer einen Anspruch beim Versicherer angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Einmalbetrag und wird für die gesamte Versicherungsdauer bei Abschluß des Versicherungsvertrages fällig. Bei einer über 1 Monat hinausgehenden Versicherungsdauer kann die Zahlung des Beitrages in gleichen monatlichen Raten vereinbart werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die erste Beitragsrate ist bei Versicherungsbeginn fällig, die Folgeraten jeweils zu Beginn des Folgemonats. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten sofort fällig.
- (2) Der Beitrag für eine versicherte Person ergibt sich aus der jeweils gültigen geschäftsplanmäßigen Beitragsübersicht. Er wird pro Monat der Versicherungsdauer berechnet.
- (3) Bei vorzeitigem Abbruch des Aufenthaltes kann der nicht verbrauchte Beitrag rückvergütet werden. Der Versicherungsnehmer muß innerhalb einer Woche nach Rückkehr einen entsprechenden schriftlichen Antrag mit Nachweis über die vorzeitige Rückkehr stellen. Die Datumierung kann frühestens zum Datum dieses Antrages beendet werden. Es gilt das Datum des Poststempels. Eine rückwirkende Beendigung ist nicht möglich.
- (4) Für jede Rücklastschrift hat der Versicherungsnehmer eine Bearbeitungsgebühr von € 10,- zu zahlen.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person sind auf Verlangen des Versicherers verpflichtet, folgende Erklärung abzugeben: „Ich ermächtige den Versicherer, auch zugleich für die mitversicherten Personen, soweit und solange sie von mir gesetzlich vertreten werden und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können, jederzeit Auskünfte über frühere, bestehende und bis zum Ende des Vertrages eintretende Krankheiten, Unfallfolgen und Gebrechen sowie über beantragte, bestehende oder beendete Personenversicherungen einzuholen. Dazu darf er Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, Krankenanstalten aller Art, Versicherungsträger, Gesundheits- und Versorgungsämter befragen. Diese befreie ich von ihrer Schweigepflicht und ermächtige sie, dem Versicherer alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.“
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und die Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 ausgeführten Obliegenheit verletzt wird.
- (2) Solange die in § 9 Abs. 3 genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ruht die Leistungspflicht des Versicherers.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Ansprüche gegenüber Dritten

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht-versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können. Soweit der Versicherte von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der ihm entstandenen Aufwendungen erhalten hat, ist der Versicherer berechtigt, den Ersatz auf seine Leistungen anzurechnen.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 13 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform.

§ 14 Klagefrist/Gerichtsstand

- (1) Hat der Versicherer einen Anspruch auf Versicherungsleistungen dem Grunde oder der Höhe nach abgelehnt, ist er insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer den Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen schriftlich abgelehnt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder am Sitz der vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungssagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

Anhang

AUSZUG AUS DEM GESETZ ÜBER DEN VERSICHERUNGSVERTRAG (VVG)

Soweit nicht in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Auslandsreise-Krankenversicherung Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften (§ 1 Nr. 3 AVB), insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen aus dem VVG sind nachfolgend abgedruckt.

§ 6 Obliegenheitsverletzung

3. Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung Einfluß weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit der Geldleistung des Versicherers

1. Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
2. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach der Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
3. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

§ 12 Verjährung, Klagefrist

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
2. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.
3. Der Versicherer ist von der Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

1. Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.
2. Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist er Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

§ 67 Gesetzlicher Forderungsübergang

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteile des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.
2. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen, der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

2. Allgemeine Haftpflichtversicherungsbedingungen AHB2000 der Generali Versicherung AG

I. Der Versicherungsschutz (§§ 1-4)

- §1 Gegenstand der Versicherung
- §2 Vorsorge-Versicherung
- §3 Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes, Zahlung des Erstbeitrages
- §4 Ausschlüsse

II. Der Versicherungsfall (§§ 5, 6)

- §5 Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, Verfahren
- §6 Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

III. Das Versicherungsverhältnis (§§ 7-14)

- §7 Versicherung für fremde Rechnung, Abtretung des Versicherungsanspruchs
- §8 Beitragszahlung, Beitragsregulierung, Beitragsangleichung, Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- §9 Vertragsdauer, Kündigung, Betriebsübergang, Wegfall des versicherten Risikos, Doppelversicherung
- §10 Verjährung, Klagefrist
- §11 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
- §12 Anzuwendendes Recht
- §13 Gerichtsstände
- §14 Anzeigen und Willenserklärungen

I. Der Versicherungsschutz (§§ 1-4)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherer gewährt dem Versicherungsnehmer Versicherungsschutz für den Fall, dass er wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadeneignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.
2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht
 - a) aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Eigenschaften, Rechtsverhältnissen oder Tätigkeiten des Versicherungsnehmers (versichertes "Risiko");
 - b) aus Erhöhungen oder Erweiterungen des versicherten Risikos, soweit sie nicht in dem Halten oder Führen von Luft-, Kraft- oder Wasserfahrzeugen (abgesehen von Ruderbooten) bestehen. Bei Erhöhungen des übernommenen Risikos, die durch Änderung bestehender oder durch Erlass neuer Rechtsnormen eintreten, gilt folgendes:
Der Versicherer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wieder hergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
 - c) aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluss der Versicherung neu entstehen, gemäß § 2 (Vorsorge-Versicherung).
3. Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung ausgedehnt werden auf die gesetzliche Haftpflicht wegen Vermögensschädigung, die weder durch Personenschaden noch durch Sachschaden entstanden ist, sowie wegen Abhandenkommens von Sachen. Auf die Versicherung wegen Abhandenkommens von Sachen finden die Bestimmungen über Sachschaden Anwendung.

§ 2 Vorsorge-Versicherung

Für die Vorsorge-Versicherung (§ 1 Ziffer 2 c) gelten neben den sonstigen Vertragsbestimmungen folgende besondere Bedingungen:

1. Der Versicherungsschutz beginnt sofort mit dem Eintritt eines neuen Risikos, ohne dass es einer besonderen Anzeige bedarf. Der Versicherungsnehmer ist aber verpflichtet, auf Aufforderung des Versicherers, die auch durch einen der Beitragsrechnung beigedruckten Hinweis erfolgen kann, binnen eines Monats nach Empfang dieser Aufforderung jedes neu eingetretene Risiko anzuzeigen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige oder kommt innerhalb Monatsfrist nach Eingang der Anzeige bei dem Versicherer eine Vereinbarung über den Beitrag für das neue Risiko nicht zustande, so fällt der Versicherungsschutz für dasselbe rückwirkend vom Gefahreneintritt ab fort. Tritt der Versicherungsfall ein, bevor die Anzeige des neuen Risikos erstattet ist, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und in einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem die Anzeigefrist nicht verstrichen war.
2. Der Versicherungsschutz wird auf den Betrag von 500.000 EUR für Personenschäden und 150.000 EUR für Sachschäden begrenzt, sofern nicht im Versicherungsschein geringere Versicherungssummen festgesetzt sind.

3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die Gefahren, welche verbunden sind mit
 - a) dem Besitz oder Betrieb von Bahnen, von Theatern, Kino- und Filmunternehmungen, Zirkussen und Tribünen, ferner von Luft- und Wasserfahrzeugen aller Art (abgesehen von Ruderbooten) und dem Lenken solcher Fahrzeuge sowie der Ausübung der Jagd;
 - b) Herstellung, Bearbeitung, Lagerung, Beförderung, Verwendung von und Handel mit explosiblen Stoffen, soweit hierzu eine besondere behördliche Genehmigung erforderlich ist;
 - c) dem Führen oder Halten von Kraftfahrzeugen.

§ 3 Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes, Zahlung des Erstbeitrages

I.

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

II.

1. Der erste oder einmalige Beitrag wird - wenn nichts anderes vereinbart ist - sofort nach Abschluss des Vertrages fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung sowie nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerspruchsfrist von 14 Tagen erfolgt. Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
2. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.
3. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Versicherer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Vertrages gerichtlich geltend macht.
4. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. Hat der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftige Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
5. Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerspruchsfrist von 14 Tagen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

III.

1. Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entschädigung, welche der Versicherungsnehmer auf Grund eines von dem Versicherer abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von ihm geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat. Steht die Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung fest, ist die Entschädigung binnen zwei Wochen zu leisten. Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenden, gegebenenfalls die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers. Hat der Versicherungsnehmer für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihm die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist der Versicherer an seiner Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.
2. Für den Umfang der Leistung des Versicherers bilden die im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache oder mehrere Schäden aus Lieferungen der gleichen mangelhaften Waren gelten als ein Schadenereignis. Es kann vereinbart werden, dass sich der Versicherungsnehmer bei jedem Schadenereignis mit einem im Versicherungsschein festgelegten Betrag an einer Schadenersatzleistung selbst beteiligt. Ferner kann vereinbart werden, dass der Versicherer seine Gesamtleistung für alle Schadenereignisse eines Versicherungsjahres auf ein Mehrfaches der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.
3. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt der Versicherer den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.

- Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber Ziffer IV. 1).

IV.

- Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt. Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und seines der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien.
- Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet. Der Rentenwert wird auf Grund der Allgemeinen Sterbetafeln für Deutschland mit Erlebensfallcharakter 1987 R Männer und Frauen und unter Zugrundelegung des Rechnungszinses, der die tatsächlichen Kapitalmarktzinsen in Deutschland berücksichtigt, berechnet. Hierbei wird der arithmetische Mittelwert über die jeweils letzten 10 Jahre der Umlaufrenditen der öffentlichen Hand, wie sie von der Deutschen Bundesbank veröffentlicht werden, zugrunde gelegt. Nachträgliche Erhöhungen oder Ermäßigungen der Rente werden zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns mit dem Barwert einer aufgeschobenen Rente nach der genannten Rechnungsgrundlage berechnet. Für die Berechnung von Waisenrenten wird das 18. Lebensjahr als frühestes Endalter vereinbart. Für die Berechnung von Geschädigtenrenten wird bei unselbständig Tätigen das vollendete 65. Lebensjahr als Endalter vereinbart, sofern nicht durch Urteil, Vergleich oder eine andere Festlegung etwas anderes bestimmt ist oder sich die der Festlegung zugrunde gelegten Umstände ändern. Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.
- Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkennung, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand des Versicherten scheitert, so hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

§ 4 Ausschlüsse

I.

Falls im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, bezieht sich der Versicherungsschutz nicht auf:

- Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder besonderer Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.
- Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche (vgl. z. B. die §§ 616, 617 BGB; 63 HGB; 39 und 42 Seemannsgesetz und die entsprechenden Bestimmungen der Gew.-Ord., des Sozialgesetzbuches VII und des Bundesozialhilfegesetzes) sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
- Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; jedoch sind Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII mitgedeckt.
- Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeug-Rennen, Boxoder Ringkämpfen sowie den Vorbereitungen hierzu (Training).
- Haftpflichtansprüche aus Sachschaden, welcher entsteht durch allmähliche Einwirkung der Temperatur, von Gasen, Dämpfen oder Feuchtigkeit, von Niederschlägen (Rauch, Ruß, Staub und dergleichen), ferner durch Abwässer, Schwamm- und Senkungen von Grundstücken (auch eines darauf errichteten Werkes oder eines Teiles eines solchen), durch Erdstürchungen, Erschütterungen infolge Rammarbeiten, durch Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer sowie aus Flurschaden durch Weidevieh und aus Wildschaden.
- Ansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn
 - der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.
 - die Schäden
 - durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dergleichen) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
 - dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagerefläche und dergleichen) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;

- durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmer entstanden sind und sich diese Sachen oder – sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt – deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte. Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer wie für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.

Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche

- auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadenersatz statt der Leistung;
 - wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nachbesserung durchführen zu können;
 - wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;
 - auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung;
 - auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;
 - wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.
- Dies gilt auch dann, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt.

7. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlen sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- und Maserstrahlen.*)
 8. Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden. Darunter fallen auch Schäden hervorgerufen durch Brand und/oder Explosion. Dies gilt nicht
 - a) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken oder
 - b) wenn gegen den Versicherungsnehmer Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung erhoben werden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftpflicht), es sei denn, sie resultieren aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von
 - Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen);
 - Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG-Anlagen);
 - Anlagen, die nach dem Umweltschutz dienenden Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht unterliegen, soweit es sich nicht um WHG- oder UmweltHG-Anlagen handelt;
 - Abwasseranlagen oder Teilen, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.
- *) Der Ersatz von Schäden durch Kernenergie richtet sich nach dem Atomgesetz. Die Betreiber von Kernanlagen sind zur Deckungsvorsorge verpflichtet und schließen hierfür Haftpflichtversicherungen ab.

II.

Ausgeschlossen von der Versicherung bleiben:

1. Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei der Lieferung oder Herstellung von Waren, Erzeugnissen oder Arbeiten steht die Kenntnis von der Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit der Waren usw. dem Vorsatz gleich.
2. Haftpflichtansprüche
 - a) aus Schadenfällen von Angehörigen des Versicherungsnehmers, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören;
 - b) zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Versicherungsvertrages;
 - c) von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen;
 - d) von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften;
 - e) von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine;
 - f) von Liquidatoren.

Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).

Die Ausschlüsse unter b) bis f) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.

- Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdend.
- Haftpflichtansprüche wegen Personenschaden, der aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers entsteht, sowie Sachschaden, der durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden ist, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.
- Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den vom Versicherungsnehmer (oder in seinem Auftrage oder für seine Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden.

II. Der Versicherungsfall (§§ 5, 6)

§ 5 Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, Verfahren

- Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer zur Folge haben könnte.
- Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer (§ 14) unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten, auch wenn er den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs verpflichtet. Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er außerdem unverzüglich Anzeige zu erstatten. Das gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
- Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen des Versicherers nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalls dient, sofern ihm dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Er hat den Versicherer bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadenfalls erheblichen Schriftstücke einzusenden.
- Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat der Versicherungsnehmer die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem von dem Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat er, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
- Der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Bei Zuwiderhandlungen ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer nach den Umständen die Befriedigung oder Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.
- Wenn der Versicherungsnehmer infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist er verpflichtet, dieses Recht auf seinen Namen von dem Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Ziffer 3 bis 5 finden entsprechende Anwendung.
- Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben.

§ 6 Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

I.

Wird eine der in § 5 genannten Obliegenheiten oder eine andere im oder nach dem Versicherungsfall zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz, es sei denn, er hat die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behält der Versicherungsnehmer insoweit seinen Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat. Bezweckt die verletzte Obliegenheit die Abwendung oder Minderung des Schadens, behält der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz bei grober Fahrlässigkeit insoweit, als der Umfang des Schadens auch bei Erfüllung der Obliegenheit nicht geringer gewesen wäre. Bei vorsätzlicher Verletzung behält der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, die Interessen des Versicherers ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn den Versicherungsnehmer kein erhebliches Verschulden trifft.

II.

Wird eine Obliegenheit, die vor Eintritt des Versicherungsfalles oder zur Gefahrverhütung/-verminderung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, verletzt, hat der Versicherungsnehmer keinen Versicherungsschutz, wenn der Versicherer von seinem Recht Gebrauch macht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos zu kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht und der Versicherungsschutz bleibt bestehen, wenn die Obliegenheitsverletzung unverschuldet war. Bezweckte die verletzte Obliegenheit allerdings die Gefahrminderung oder die Verhütung einer Gefahrerhöhung, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz dann nicht, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

III. Das Versicherungsverhältnis (§§ 7-14)

§ 7 Versicherung für fremde Rechnung, Abtretung des Versicherungsanspruchs

1. Soweit sich die Versicherung auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als den Versicherungsnehmer selbst erstreckt, finden alle in dem Versicherungsvertrag bezüglich des Versicherungsnehmers getroffenen Bestimmungen auch auf diese Personen sinngemäße Anwendung. Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu; dieser bleibt neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
2. Ansprüche des Versicherungsnehmers selbst oder der in § 4 Ziffer II. 2 genannten Personen gegen die Versicherten sowie Ansprüche von Versicherten untereinander sind von der Versicherung ausgeschlossen.
3. Die Versicherungsansprüche können vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht übertragen werden.

§ 8 Beitragszahlung, Beitragsregulierung, Beitragsangleichung, Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

I.

1. Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt. Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.
2. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. Hat der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
3. Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer wird ihn schriftlich zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
4. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen wurde.
5. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen hat. Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung hinzuweisen. Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
6. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

II.

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Erhalt einer Aufforderung des Versicherers, welche auch durch einen der Beitragsrechnung aufgedruckten Hinweis erfolgen kann, Mitteilung darüber zu machen, ob und welche Änderung in dem versicherten Risiko gegenüber den zum Zwecke der Beitragsbemessung gemachten Angaben eingetreten ist. Diese Anzeige ist innerhalb eines Monats nach Erhalt der Aufforderung zu machen. Auf Erfordern des Versicherers sind die Angaben durch die Geschäftsbücher oder sonstige Belege nachzuweisen. Unrichtige Angaben zum Nachteil des Versicherers berechtigen diesen, eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschieds vom Versicherungsnehmer zu erheben, sofern letzterer nicht beweist, dass die unrichtigen Angaben ohne ein von ihm zu vertretendes Verschulden gemacht worden sind.
2. Auf Grund der Änderungsanzeige oder sonstiger Feststellungen wird der Beitrag entsprechend dem Zeitpunkt der Veränderung richtiggestellt. Er darf jedoch nicht geringer werden als der Mindestbeitrag, der nach dem Tarif des Versicherers z. Z. des Versicherungsabschlusses galt. Alle entsprechend § 8 Ziffer III. nach dem Versicherungsabschluss eingetretenen Erhöhungen oder Ermäßigungen des Mindestbeitrags werden berücksichtigt. Beim Fortfall eines Risikos wird der etwaige Minderbeitrag vom Eingang der Anzeige ab berechnet.
3. Unterlässt es der Versicherungsnehmer, die obige Anzeige rechtzeitig zu erstatten, so kann der Versicherer für die Zeit, für welche die Angaben zu machen waren, an Stelle der Beitragsregulierung (Ziffer II. 1) als nachzuzahlenden Beitrag einen Betrag in Höhe des für diese Zeit bereits gezahlten Beitrags verlangen. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Nachzahlung gemacht, so ist der Versicherer verpflichtet, den etwa zuviel gezahlten Betrag des Beitrags zurückzuerstatten.
4. Die vorstehenden Bestimmungen finden auch auf Versicherungen mit Beitragsvorauszahlung für mehrere Jahre Anwendung.

III.

1. Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt zum 1. Juli eines jeden Jahres, um welchen Prozentsatz sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen, welche die zum Betrieb der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zugelassenen Versicherer im vergangenen Kalenderjahr geleistet haben, gegenüber dem vorvergangenen Jahr erhöht oder vermindert hat. Den ermittelten Prozentsatz rundet er auf die nächstniedrigere, durch fünf teilbare ganze Zahl ab. Als Schadenzahlungen gelten auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Schadenermittlung, die aufgewendet worden sind, um die Versicherungsleistungen dem Grunde und der Höhe nach festzustellen. Als Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres gilt die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.
2. Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 1 Abs. 1 Satz 2 ergebenden Prozentsatz zu verändern (Beitragsangleichung). Hat sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen des Versicherers in jedem der letzten fünf Kalenderjahre um einen geringeren Prozentsatz als denjenigen erhöht, den der Treuhänder jeweils für diese Jahre nach Ziffer 1 Abs. 1 Satz 1 ermittelt hat, so darf der Versicherer den Folgejahresbeitrag nur um den Prozentsatz erhöhen, um den sich der Durchschnitt seiner Schadenzahlungen nach seinen unternehmenseigenen Zahlen im letzten Kalenderjahr erhöht hat; diese Erhöhung darf diejenige nicht überschreiten, die sich nach dem vorstehenden Absatz ergeben würde.
3. Liegt die Veränderung nach Ziffer 1 Abs. 1 oder Ziffer 2 Abs. 2 unter 5 Prozent, so entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.
4. Die Beitragsangleichung gilt für die vom 1. Juli an fälligen Folgejahresbeiträge. Sie wird dem Versicherungsnehmer mit der Beitragsrechnung bekannt gegeben.
5. Soweit der Folgejahresbeitrag nach Lohn-, Bau- oder Umsatzsumme berechnet wird, findet keine Beitragsangleichung statt. Dies gilt nicht für Mindestbeiträge.

IV.

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei vollständigem oder teilweisem Wegfall versicherter Risiken gilt: Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.

§ 9 Vertragsdauer, Kündigung, Betriebsübergang, Wegfall des versicherten Risikos, Doppelversicherung

I.

1. Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
2. Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer jeweils um ein Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf dem Vertragspartner eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.
3. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

II.

1. Erhöht sich der Beitrag auf Grund der Beitragsangleichung gemäß § 8 Ziffer III. 2, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.
2. Das Versicherungsverhältnis kann ferner gekündigt werden, wenn von dem Versicherer auf Grund eines Versicherungsfalls eine Schadenersatzzahlung geleistet oder der Haftpflichtanspruch rechtshängig geworden ist oder der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert hat.
3. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach der Schadenzahlung oder der Rechtshängigkeit des Haftpflichtanspruchs oder der Leistungsverweigerung des Versicherers zugegangen sein.
4. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird. Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
5. Wird der Vertrag gekündigt, hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
6. Bei einer Vertragsdauer von mehr als fünf Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des fünften Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

III.

1. Wird ein Unternehmen, für das eine Betriebs-Haftpflichtversicherung besteht, an einen Dritten veräußert, tritt dieser an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten ein. Dies gilt auch, wenn ein Unternehmen auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.
2. Das Versicherungsverhältnis kann in diesem Falle
 - durch den Versicherer dem Dritten gegenüber mit einer Frist von einem Monat,
 - durch den Dritten dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden.
3. Das Kündigungsrecht erlischt,
 - wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Dritten Kenntnis erlangt;
 - wenn der Dritte es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt.
4. Erfolgt der Übergang auf den Dritten während einer laufenden Versicherungsperiode, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Dritte für den Versicherungsbeitrag dieser Periode als Gesamtschuldner.
5. Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Dritten unverzüglich anzuzeigen. Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, diese Rechtsfolge steht außer Verhältnis zur Schwere des Verstoßes. Der Versicherungsschutz fällt trotz Verletzung der Anzeigepflicht nicht weg, wenn dem Versicherer die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

IV.

Wenn versicherte Risiken vollständig und dauernd in Wegfall kommen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken.

V.

1. Eine Doppelversicherung liegt vor, wenn ein Interesse gegen dieselbe Gefahr in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.
2. Wenn eine Doppelversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.
3. Das Recht auf Aufhebung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht unverzüglich geltend macht, nachdem er von der Doppelversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung wird mit dem Ablauf der Versicherungsperiode wirksam, in der sie verlangt wird.

§ 10 Verjährung, Klagefrist

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers bei der Fristberechnung nicht mit.
2. Hat der Versicherer den Versicherungsschutz abgelehnt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer diesen nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend macht. Die Frist beginnt mit dem Zugang der schriftlichen Ablehnung des Versicherers. Die Rechtsfolgen der Fristversäumnis treten nur ein, wenn der Versicherer dabei auf die Notwendigkeit der fristgerechten gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen hat.

§ 11 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

I.

1. Der Versicherungsnehmer oder sein Bevollmächtigter sind verpflichtet, dem Versicherer bei Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, insbesondere die im Versicherungsantrag gestellten Fragen ebenso zu beantworten. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Ein Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.
2. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten des Versicherungsnehmers oder von einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

II.

1. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat. Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.
2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn er die nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände oder deren unrichtige Anzeige kannte. Dasselbe gilt, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder von ihm noch von seinem Bevollmächtigten schuldhaft gemacht wurden. Hatte der Versicherungsnehmer die gefahrerheblichen Umstände anhand schriftlicher vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, kann der Versicherer wegen einer unterbliebenen Anzeige eines Umstands, nach dem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur zurücktreten, wenn dieser Umstand entweder vom Versicherungsnehmer oder von dessen Bevollmächtigtem arglistig verschwiegen wurde.
3. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Ist der Versicherungsfall bereits eingetreten, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder auf den Eintritt des Versicherungsfalles noch auf den Umfang der Leistung Einfluss gehabt hat. Im Fall des Rücktritts sind Versicherer und Versicherungsnehmer verpflichtet, die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist vom Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen. Der Versicherer behält aber seinen Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der im Zeitpunkt des Rücktritts abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

III.

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil eine Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers ohne Verschulden verletzt wurde, hat der Versicherer, falls für die höhere Gefahr ein höherer Beitrag angemessen ist, auf diesen Beitrag ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Anspruch. Das gleiche gilt, wenn bei Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem Versicherungsnehmer nicht bekannt war. Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen einen höheren Beitrag nicht übernommen, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat, nachdem der Versicherer von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erlangt hat, kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam. Das Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt.

IV.

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 12 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 13 Gerichtsstände

1. Für Klagen, die aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer erhoben werden, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein Versicherungsagent am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsagent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung - seinen Wohnsitz hatte.
2. Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer können bei dem für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers als zuständig bezeichnete Stelle erhoben werden. Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, kann der Versicherer seine Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Versicherungsnehmers zuständigen Gericht geltend machen.

§ 14 Anzeigen und Willenserklärungen

1. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben. Sie sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.
3. Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 2 entsprechende Anwendung.

3. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 88 der Generali Versicherung AG

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

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (VVG) mit späteren Änderungen

§ 1 Der Versicherungsfall

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

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

I.

- (1) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
- (2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- (3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind;
Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- (4) Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- (5) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- (6) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

II.

- (1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
- (2) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
- (3) Infektionen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.
- (4) Vergiftungen infolge von Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

III.

- (1) Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- (2) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

IV.

Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

I.

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

II.

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

III.

Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

§ 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat alle Antragsfragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Obliegenheit kann der Versicherer nach den Bestimmungen der §§ 16 bis 22 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (siehe im Anhang zu diesen Bedingungen) vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten und leistungsfrei sein.

§ 3b Widerrufs- und Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers

I.

Der Versicherungsnehmer hat bei einem mehrjährigen Vertrag ein gesetzliches Widerrufsrecht, über das er belehrt werden muss. Das Widerrufsrecht besteht nicht, wenn und soweit der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz gewährt oder wenn die Versicherung nach dem Inhalt des Antrages für die bereits ausgeübte gewerbliche oder selbständige Tätigkeit des Versicherungsnehmers bestimmt ist. Unterbleibt die Belehrung, erlischt das Widerrufsrecht einen Monat nach Zahlung des ersten Beitrages.

II.

Werden die für den Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen oder die weitere für den Vertragsinhalt maßgebliche Verbraucherinformation erst zusammen mit dem Versicherungsschein übersandt, hat der Versicherungsnehmer anstelle des Widerrufsrechts nach I. ein gesetzliches Widerspruchsrecht, über das er belehrt werden muss. Fehlt diese Belehrung oder liegen dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen oder die Verbraucherinformation nicht vollständig vor, kann dieser noch innerhalb eines Jahres nach Zahlung des ersten Beitrages widersprechen.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte

I.

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird der erste Beitrag erst danach angefordert, dann aber innerhalb von 14 Tagen gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

II.

Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner

- (1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer.
Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;
- (2) zum Ende des fünften oder jedes darauf folgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als fünf Jahren vereinbart wurde.
Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des fünften oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein;
- (3) wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Sie wird erst nach Ablauf eines Monats ab Zugang wirksam.

III.

Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

IV.

Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigem Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

I.

Die Beiträge enthalten die jeweilige Versicherungssteuer und die vereinbarten Nebenkosten. Der erste oder einmalige Beitrag ist, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

II.

Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrages gelten die Bestimmungen der §§ 38 und 39 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Rückständige Folgebeiträge können nur innerhalb eines Jahres seit Ablauf der nach § 39 Abs. 1 VVG gesetzten Zahlungsfristen gerichtlich geltend gemacht werden.

III.

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

IV.

Im Fall des § 4 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

I.

Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

II.

- (1) Ergibt sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an nur dieser zu zahlen.
- (2) Ergibt sich ein höherer Beitrag, so wird noch für zwei Monate von dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung an Versicherungsschutz nach den bisherigen Versicherungssummen geboten. Tritt nach Ablauf dieser Frist ein Unfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt oder eine Einigung über den Beitrag erzielt worden ist, so vermindern sich die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag.

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

§ 7 Die Leistungsarten

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

I.

Invaliditätsleistung

- (1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 14 erbracht. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
- (2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
- a) Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit
 - eines Armes im Schultergelenk 70 Prozent
 - eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks 65 Prozent
 - eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks 60 Prozent
 - einer Hand im Handgelenk 55 Prozent
 - eines Daumens 20 Prozent
 - eines Zeigefingers 10 Prozent
 - eines anderen Fingers 5 Prozent
 - eines Beines über der Mitte des Oberschenkels 70 Prozent
 - eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels 60 Prozent
 - eines Beines bis unterhalb des Knies 50 Prozent
 - eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels 45 Prozent
 - eines Fußes im Fußgelenk 40 Prozent
 - einer großen Zehe 5 Prozent
 - einer anderen Zehe 2 Prozent
 - eines Auges 50 Prozent
 - des Gehörs auf einem Ohr 30 Prozent
 - des Geruchs 10 Prozent
 - des Geschmacks 5 Prozent.
- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
- c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.
- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach (2) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.
- (3) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.
- (4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- (5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II.

Übergangsleistung

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

III.

Tagegeld

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

IV.

Krankenhaustagegeld

- (1) Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltage an gerechnet.
- (2) Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V.

Genesungsgeld

- (1) Für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die der Versicherte Unfall-Krankenhaustagegeld bezogen hat, erhält er ein Genesungsgeld in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt 4 Wochen je Unfallereignis.
- (2) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
- (3) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI.

Todesfalleistung

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

§ 8 Einschränkung der Leistungen

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

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

I.

Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

II.

Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

III.

Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.

IV.

Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles trägt der Versicherer.

V.

Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

VI.

Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

VII.

Hat der Unfall den Tod zu Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt er zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Unfalles noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

I.

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

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe, bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe, bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz, bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

II.

Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.

III.

Ist die Leistungspflicht zunächst nur im Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.

IV.

Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

I.

Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

II.

Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

III.

Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

I.

Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben und sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Die Versicherungsagenten sind zu deren Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

II.

Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

§ 14 Rentenzahlung bei Invalidität

I.

Soweit bei Invalidität Rentenzahlung vorgesehen ist (§ 7 I. (1)), ergeben sich für eine Kapitalleistung von 500 EUR die folgenden Jahresrentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltag vollendete Lebensjahr zugrunde gelegt.

| Alter | Betrag der Jahresrente für | |
|-------|----------------------------|--------|
| | Männer | Frauen |
| 65 | 54,31 | 44,94 |
| 66 | 56,51 | 46,70 |
| 67 | 58,84 | 48,61 |
| 68 | 61,30 | 50,68 |
| 69 | 63,92 | 52,93 |
| 70 | 66,68 | 55,37 |
| 71 | 69,60 | 58,01 |
| 72 | 72,69 | 60,88 |

| | | |
|-------------|-------|-------|
| 73 | 75,96 | 63,99 |
| 74 | 79,44 | 67,36 |
| und darüber | 83,16 | 71,01 |

II.

Die Rente wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung, spätestens vom Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres an, bis zum Ende des Vierteljahres entrichtet, in dem der Versicherte stirbt. Sie wird jeweils am Ersten eines Vierteljahres im voraus gezahlt. Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

III.

Versicherungsnehmer und Versicherer können innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Bemessung der Rente jährlich eine Neubemessung verlangen.

§ 15 Verjährung und Klagefrist

I.

Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

II.

Vom Versicherer nicht anerkannte Ansprüche sind ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer ab Zugang der Erklärung des Versicherers eine Frist von sechs Monaten verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen. Die Frist beginnt mit dem Zugang der abschließenden schriftlichen Erklärung des Versicherers. Die Rechtsfolgen der Fristversäumnis treten nur ein, wenn der Versicherer in seiner Erklärung auf die Notwendigkeit der gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen hatte.

§ 16 Gerichtsstände

I.

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein Versicherungsagent am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsagent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

II.

Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer können bei dem für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständigen Gericht erhoben werden. Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, kann der Versicherer seine Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

§ 17 Schlussbestimmung

Soweit nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Dies gilt insbesondere für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen Inhalt des Versicherungsvertrages sind.

Begrenzung der Versicherungssummen

1. Fluggastrisiko

- 1.1 Versicherungsschutz für das Fluggastrisiko (vgl. hierzu § 2 I. (4) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 88) wird je versicherte Person nach den vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen gewährt:
- | | | |
|------|-------------|--|
| Euro | 1.000.000,- | für den Todesfall |
| Euro | 2.000.000,- | für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität) |
| Euro | 250,- | für Tagegeld |
| Euro | 250,- | für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld |
| Euro | 10.000,- | für Heilkosten |
| Euro | 50.000,- | für Übergangsleistung |

- 1.2 Benutzen mehrere durch diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Beträge von
- | | | |
|------|--------------|---|
| Euro | 10.000.000,- | für den Todesfall |
| Euro | 20.000.000,- | für Invalidität (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität) |
| Euro | 2.500,- | für Tagegeld |
| Euro | 2.500,- | für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld |
| Euro | 100.000,- | für Heilkosten |
| Euro | 500.000,- | für Übergangsleistung |

so gelten diese Beträge als Höchstversicherungssummen für die Personen und die Versicherungssumme jeder Person verringern sich im entsprechenden Verhältnis.

2. Bei allen anderen Unfällen gilt:

Werden mehrere versicherte Personen vom selben Unfallereignis betroffen, so ist die Höchstleistung des Versicherers für alle Versicherten zusammen begrenzt auf Euro 10.000.000,-.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225% - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:
Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 350 % der Invaliditätssumme - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:
Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500% - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:
Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

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

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten 91) -sofern vereinbart-

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.
2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1. a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ist solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
4. Bestehen für den Versicherten bei der Generali Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
5. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung - sofern vereinbart -

1. Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandzeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann,

wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

3. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (VVG) mit späteren Änderungen

§ 16

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.
- (2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrage zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.
- (3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

- (1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.
- (2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20

- (1) Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.
- (2) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfanges an zu verzinsen.

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt worden ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 38

- (1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablaufe der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablaufe der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder den geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablaufe der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, soweit nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

- (4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

4. Besondere Bedingungen zur Privathaftpflicht-, Abschiebekosten-, und Unfallversicherung der Generali Versicherung AG AP24 (2004)

Für die Produkte au-pair24 und au-pair-plus! gelten folgende besondere Versicherungsbedingungen.

I. Allgemeines

1. Versicherte Personen
Versichert sind alle zu diesem Vertrag angemeldeten ausländischen Gäste, die sich zum Zwecke eines Au-pair Aufenthaltes vorübergehend in Deutschland aufhalten. Die Personen sind namentlich zu melden (Vor- und Zuname, Geburtsdatum).
2. Geltungsbereich
Geltungsbereich ist das Gebiet der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) einschließlich der Schweiz. Für einen nachweisbar maximal sechswöchigen Aufenthalt besteht weltweiter Versicherungsschutz.
3. Versicherungsbeginn/ -ende
 - 3.1 Die Versicherung beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt jedoch nicht vor dem Tag der Einreise, bei einer Umvermittlung vor dem Tag des Gastfamilienwechsels. Der Versicherungsschutz beginnt zum selben Datum, jedoch frühestens am Tag des Antragseingangs in unserem Büro (24:00 Uhr). Erfolgt die Einreise auf dem direkten Wege, besteht Versicherungsschutz auch in allen Ländern, über die die Einreise in die Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Diese zusätzliche Absicherung gilt für alle Hinreisen, die nicht länger als zwei Tage dauern.
 - 3.2 Die Versicherung endet automatisch zum vereinbarten Zeitpunkt. Der Versicherungsschutz endet zum selben Datum, spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland. Erfolgt die Rückreise während der Versicherungsdauer und auf direktem Wege, besteht in den Ländern, über die die Rückreise ins Heimatland erfolgt, ebenfalls Versicherungsschutz. Diese zusätzliche Absicherung gilt für alle Rückreisen, die nicht länger als zwei Tage dauern.
Für die Abschiebekostenversicherung endet der Versicherungsschutz bei Ankunft im Heimatort.
4. Dokumentierung/ Abrechnungsverfahren
Die Dokumentierung für die Versicherten erfolgt in Form einer Versicherungsbestätigung durch den Vertragspartner.

II. Privathaftpflichtversicherung inklusive Abschiebekostenversicherung

1. Versicherungssummen und Leistungsumfang:
Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt in der Privathaftpflichtversicherung je Versicherten das Doppelte der folgenden Versicherungssummen und in der Abschiebekostenversicherung je Versicherten die folgende Versicherungssumme:
 - 1.1 Für au-pair 24 M
1.500.000 Euro pauschal für Personen- und/oder Sachschäden
100.000 Euro für Mietsachschäden
Schäden am Eigentum der Gastfamilie sind mit einem Selbstbehalt von 250 Euro mitversichert.
 - 1.2 Für au-pair 24 L und Z
2.000.000 Euro pauschal für Personen- und/oder Sachschäden
100.000 Euro für Mietsachschäden
Schäden am unbeweglichen Eigentum der Gastfamilie sind mit einem Selbstbehalt von 250 Euro mitversichert. Eingeschlossen ist die gesetzliche Haftpflicht des Versicherungsnehmers aus dem Abhandenkommen fremder privater Wohnungsschlüssel, die sich rechtmäßig im Gewahrsam des Versicherten befunden haben. Die Höchstersatzleistung beträgt 500 Euro.
 - 1.3 Für au-pair-plus!
1.000.000 Euro pauschal für Personen- und/oder Sachschäden
100.000 Euro für Mietsachschäden
Schäden am unbeweglichen Eigentum der Gastfamilie sind mit einem Selbstbehalt von 250 Euro mitversichert.
2. Für alle Versicherungsvarianten gilt:
Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht der Au-pairs (Berufshaftpflicht) aus den Tätigkeiten, die die versicherte Person aufgrund ihres Ausbildungsstandes ausüben darf. Personenschäden, die das Au-pair an den Gasteltern und deren Kindern schuldhaft verursacht sind mitversichert. Je nach Tarifvariante sind Schäden am unbeweglichen Eigentum der Gastfamilie mitversichert.
3. Subsidiärdeckung:
Soweit für die gemeldeten Personen andere Privathaft- oder Berufshaftpflichtversicherungen bestehen, wird Versicherungsschutz nur dann geboten, wenn und soweit der andere Versicherer nicht einzutreten hat.

4. Abschiebekostenversicherung

Bei behördlich angeordneter Abschiebung einer über diese Rahmenvereinbarung versicherten Person erstattet der Versicherer die gegen die Gasteltern des Au-pairs gemäß §§ 765, 773 BGB i.V. mit §§ 83 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemachten, nachgewiesenen Kosten mit höchstens 4.000 Euro.

Für die Abschiebekostenversicherung gilt eine zeitlich unbegrenzte Nachleistungspflicht, soweit Ansprüche gegen die Gasteltern des Au-pairs geltend gemacht werden.

5. Bedingungen:

Allgemeine Versicherungsbedingungen AHB 2000 sowie die vorgenannten besonderen Bedingungen dieses Rahmenvertrages.

III. Unfallversicherung

1. Deckungsumfang

Versichert sind weltweit berufliche und außerberufliche Unfälle (24-Stunden-Deckung)

2. Versicherungsfähigkeit

Nicht versichert werden

- Personen, die das 70. Lebensjahr vollendet haben
- Dauernd pflegebedürftige Personen und Geisteskranke

sowie Personen mit folgenden Gesundheitsschäden:

- Aids/HIV-Infektion
- Alkohol- oder Rauschmittelabhängigkeit
- Alzheimer-Krankheit
- Bluterkrankheit (Hämophilie)
- Demenz (Gedächtnisstörung)
- Multiple Sklerose
- Schwachsinn

3. Versicherungssummen

Die Versicherungssummen betragen je Person:

3.1 Für au-pair 24 M

| | |
|--------|---|
| 5.000 | Euro Todesfall |
| 40.000 | Euro Invaliditätssumme Progression 350 % |
| 3.000 | Euro für Bergungskosten |
| 3.000 | Euro für kosmetische Operationen |

Au-pair KHTG ab dem 10. Tag des unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthaltes 10 € pro Tag für max. 90 Tage.

3.2 Für au-pair 24 L und Z

| | |
|--------|---|
| 5.000 | Euro Todesfall |
| 40.000 | Euro Invaliditätssumme Progression 500 % |
| 3.000 | Euro für Bergungskosten |
| 3.000 | Euro für kosmetische Operationen |

Au-pair KHTG ab dem 10. Tag des unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthaltes 15 € pro Tag für max. 90 Tage.

3.3 Für au-pair-plus!

| | |
|--------|---|
| 5.000 | Euro Todesfall |
| 30.000 | Euro Invaliditätssumme Progression 350 % |
| 3.000 | Euro für Bergungskosten |
| 3.000 | Euro für kosmetische Operationen |

Au-pair KHTG ab dem 10. Tag des unfallbedingten vollstationären Krankenhausaufenthaltes 10 € pro Tag für max. 90 Tage.

4. Bedingungen

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen **AUB 88** und die vorgenannten besonderen Bedingungen dieses Rahmenvertrages.

5. Ermächtigung zur Datenübermittlung

Ich willige ein, dass die Versicherer und die Dr. Walter GmbH, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient, allgemeine Vertrags-, Abrechnungs- und Leistungsdaten in Datensammlungen führen. Die allgemeinen Vertrags- und Abrechnungsdaten können außerdem an die vermittelnde Au-pair Agentur weitergegeben werden.

Kontakt

Die gesamte Vertrags- und Leistungsabwicklung erfolgt über unser Büro:

Dr. Walter GmbH

Eisenerzstraße 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Telefon 0 22 47 / 91 94 - 0
Fax 0 22 47 / 91 94 - 40

E-Mail info@au-pair-plus.de
Internet www.au-pair-plus.de

Registergericht Siegburg HRB 4701

Geschäftsführer:
Dr. Siegfried Walter
Dipl.-Kfm. Reinhard Bellinghausen

Postbankkonto Köln
Kontonummer: 212 076 500 (BLZ 370 100 50)
IBAN: DE 03 37010050 0212 0765 00 – BIC PBNKDEFF

Kreissparkasse Köln
Kontonummer: 005 000 583 (BLZ 370 502 99)
IBAN: DE 10 3705 0299 0005 0005 83 - BIC COKS DE 33

Alle Fragen beantworten wir Ihnen gerne unter der kostenfreien Servicenummer

0800 – 678 2222

Alle Informationen finden Sie auch im Internet unter

www.au-pair-plus.de

Impressum

Rechtshinweis: Diese Broschüre ist urheberrechtlich geschützt. Die Kopie oder Veröffentlichung auch einzelner Bestandteile ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Dr. Walter GmbH möglich. Verantwortlich für die Inhalte: Dr. Walter GmbH, Eisenerzstraße 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid

DR. WALTER GMBH
INTELLIGENTE VERSICHERUNGSLÖSUNGEN