

Vertragsgrundlagen und weitere Informationen

Private Unfallversicherung (LVM AUB 2024)

LVM VERSICHERUNG

Ihre Unfallversicherung und was Sie darüber wissen sollten

Mit dem Abschluss einer Unfallversicherung treffen Sie eine wichtige Vorsorgeentscheidung. Art und Umfang der versicherten Leistungen ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein sowie aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Grundlage des Vertrages sind. Im Folgenden finden Sie die Informationen nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV).

Wer ist Vertragspartner Ihrer Unfallversicherung?

Ihr Vertragspartner ist der

LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.
Kolde-Ring 21
48126 Münster.

Der Verein hat seinen Sitz in Münster (Westfalen).

Registergericht: Amtsgericht Münster, HR B 178

Was ist die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers?

Wir sind Erstversicherer im Bereich der Haftpflicht-, Kraftfahrt-, Unfall-, Tier-, Rechtsschutz-, Sach- und Kreditversicherungen.

Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
Telefon: 0228 4108-0
Telefax: 0228 4108-1550
E-Mail: poststelle@bafin.de

Was sind die wesentlichen Merkmale Ihrer Unfallversicherung?

Welche Versicherungsbedingungen gelten?

Aufgabe der Unfallversicherung ist es, die finanziellen Auswirkungen von Unfällen mit Hilfe der vereinbarten Leistungsarten aufzufangen.

Grundlage für Ihre Unfallversicherung sind die Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (LVM AUB 2024).

Daraus ergeben sich auch die Regelungen über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung unserer Leistung.

Wie hoch ist der von Ihnen zu zahlende Beitrag?

Wann haben Sie Ihre Zahlungspflicht erfüllt?

Den zu zahlenden Gesamtbeitrag entsprechend der gewünschten Zahlungsweise

können Sie unserem Vorschlag bzw. Ihrem Antrag entnehmen. Besondere Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrages oder für die Erstellung des Versicherungsscheins berechnen wir Ihnen nicht.

Sie haben Ihre Zahlungspflicht erfüllt, wenn wir den Beitrag erhalten haben. Beim Lastschriftverfahren dann, wenn Ihr Konto wirksam belastet ist.

Wie lange gelten unsere Informationen?

Wenn unser Vorschlag insbesondere im Hinblick auf den Beitrag befristet ist, können Sie dies dem Vorschlag entnehmen.

Wie kommt der Vertrag zustande?

Wie lange sind Sie an Ihre Vertragserklärung gebunden?

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn wir Ihren Antrag annehmen. In der Regel geschieht dies durch Zugang des Versicherungsscheins bei Ihnen. Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn Sie den in Ihrem Versicherungsschein genannten fälligen Beitrag gezahlt haben, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt.

Bevor der Beitrag gezahlt ist, haben Sie vorläufigen Versicherungsschutz nur, wenn wir dies ausdrücklich zugesagt haben (vorläufige Deckung).

Weitere Angaben zum Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes können Sie den dem Vertrag zu Grunde liegenden Bedingungen entnehmen.

Sie sind an Ihre Vertragserklärung einen Monat gebunden. Die Bindefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung.

Wann können Sie Ihren Antrag widerrufen? – Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung, das ist Ihr Antrag auf Abschluss einer Versicherung, innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen, eine Widerrufsbelehrung und das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Den Widerruf richten Sie bitte an:

LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.
Kolde-Ring 21, 48126 Münster
E-Mail: info@lvm.de

Wie wirkt sich ein Widerruf aus? – Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um den im Versicherungsschein unter dem Punkt „Widerrufsbelehrung" ausgewiesenen Betrag.

Dieser Betrag ermittelt sich wie folgt: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit dem Beitrag gemäß Zahlungsweise (bei jährlicher Zahlung 1/360, bei halbjährlicher Zahlung 1/180, bei vierteljährlicher Zahlung 1/90, bei monatlicher Zahlung 1/30; jeweils inklusive Versicherungsteuer).

Wir erstatten zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang Ihres Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

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

Sie haben kein Widerrufsrecht

- bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
- bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung.

Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Der Vertrag wird für die vereinbarte Dauer geschlossen. Der Versicherungsbeginn und der Versicherungsablauf sind in unserem Vorschlag bzw. Ihrem Antrag angegeben. Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht einer der Vertragspartner spätestens 3 Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres gekündigt hat.

Besondere Kündigungsrechte können im Einzelfall bestehen. Einzelheiten entnehmen Sie den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (LVM AUB 2024).

Welches Recht ist auf Ihren Vertrag anwendbar?

Auf Rechtsbeziehungen zwischen Ihnen und uns, insbesondere auf einen Versicherungsvertrag ist ausschließlich das Recht der Bundesrepublik Deutschland anwendbar. Regelungen bezüglich des zuständigen Gerichts können Sie Ihren Versicherungsbedingungen entnehmen.

In welcher Sprache erhalten Sie Vertragsbedingungen und Informationen?

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen erhalten Sie in deutscher Sprache. Wenn wir Ihnen während der Vertragsdauer schreiben, verwenden wir ebenfalls die deutsche Sprache.

Außergerichtliche Beschwerdestelle/Schlichtungsstelle

Der LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G. ist freiwilliges Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können deshalb das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren vor dem neutralen Ombudsmann in Anspruch nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung von uns einmal nicht einverstanden sein sollten.

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Telefon: 0800 3696000
Telefax: 0800 3699000
E-Mail:
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Weitere Informationen:
www.versicherungsombudsmann.de

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

Sie können sich außerdem bei der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (siehe oben) beschweren.

Inhaltsverzeichnis

Seite

Ihre Unfallversicherung und was Sie darüber wissen sollten (Verbraucherinformation) 3

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (LVM AUB 2024) 7

- Inhaltsübersicht 8
- Der Versicherungsumfang 9
- Der Leistungsfall 13
- Die Vertragsdauer 14
- Der Versicherungsbeitrag 14
- Weitere Bestimmungen 15

Besondere Bedingungen für erweiterten Unfallversicherungsschutz
(BB erweiterter Unfallschutz 2024) 18

Besondere Bedingungen für Umbau-Sofort-Hilfe
(BB Umbau-Sofort-Hilfe 2024) 21

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrads - verbesserte Gliedertaxe
(BB verbesserte Gliedertaxe 2024) 22

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Progression 300
(BB Progression 300 – 2024) 23

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Progression 500
(BB Progression 500 – 2024) 24

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Progression 700
(BB Progression 700 – 2024) 25

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel
mit erhöhter Mehrleistung ab 50 Prozent Invalidität – Turbo Progression 300
(BB Turbo Progression 300 – 2024) 26

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel
mit erhöhter Mehrleistung ab 50 Prozent Invalidität – Turbo Progression 500
(BB Turbo Progression 500 – 2024) 27

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel
mit erhöhter Mehrleistung ab 50 Prozent Invalidität - Turbo Progression 700
(BB Turbo Progression 700 – 2024) 28

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer erhöhten Unfall-Rente ab 90 Prozent
Invalidität oder bei Pflegebedürftigkeit
(BB erhöhte Unfall-Rente 2024) 29

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Leistungen bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit
(BB Unfall-AU-Geld 2024) 30

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer monatlichen Waisen-Rente bei Unfalltod eines sorgeberechtigten Elternteils
(BB Waisen-Rente 2024) 32

Besondere Bedingungen für die Sofortleistung bei schweren Verletzungen in der Unfallversicherung
(BB Sofortleistung bei schweren Verletzungen 2024) 33

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Leistung bei Frakturen, Bänder- und Sehnenrissen
(BB Frakturen, Bänder-, Sehnenrisse 2024) 34

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Oberschenkelhalsbruchs in der Unfallversicherung
(BB Oberschenkelhalsbruch 2024) 35

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen bei Kindern
(BB Impfschäden bei Kindern 2024) 36

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Rooming-In bei Kindern
(BB Rooming-In 2024) 37

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag
(BB Dynamik 2024) 38

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Rehabilitationsleistungen in der Unfallversicherung
(BB Rehabilitation 2024) 39

Seite

Besondere Bedingungen für Vermittlungs- und Beratungsleistungen rund um den Unfall (BB Vermittlungs- und Beratungsleistungen 2024) 41

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen (BB Hilfsleistungen 2024) 42

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Familienhilfe (BB Familienhilfe 2024) 44

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Pflegeleistungen (BB Pflegeleistungen 2024) 45

Besondere Bedingungen für altersabhängige Änderungen der Unfallversicherung (BB altersabhängige Änderungen 2024) 47

Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (BB Gruppen-UV 2024) 48

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person (BB Direktanspruch 2024) 50

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB außerberufliche Unfälle 2024) 51

Besondere Bedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung (BB Vorsorge 2024) 52

Besondere Bedingungen für die kurzfristige Unfallversicherung (BB kurzfristige Unfall 2024) 53

Satzung 54

Hinweise zum Datenschutz 57

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct)/ Liste der Dienstleister im Rahmen der Datenverarbeitung 60

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (LVM AUB 2024)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Unfälle passieren im Haushalt, im Beruf und in der Freizeit. Dann hilft Ihre Unfallversicherung. Egal, wo und wann sich der Unfall ereignet.

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Unfallversicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AUB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Wenn ein Unfall passiert ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

Auch wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Deshalb erklären wir bestimmte Fachbegriffe oder erläutern sie durch Beispiele. Wenn wir Beispiele verwenden, sind diese nicht abschließend.

Ihre Unfallversicherung

Wer ist wer?

– Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner.

– Versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

Inhaltsübersicht

	Seite
Der Versicherungsumfang	9
1 Was ist versichert?	9
1.1 Grundsatz	9
1.2 Geltungsbereich	9
1.3 Unfallbegriff	9
1.4 Erweiterter Unfallbegriff	9
1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	9
2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	9
2.1 Invaliditätsleistung	9
2.2 Unfall-Rente	10
2.3 Gestrichen	10
2.4 Tagegeld	10
2.5 Krankenhaustagegeld	10
2.6 Todesfallleistung	10
2.7 Kosten für unfallbedingte kosmetische Operationen und Korrekturen	10
2.8 Rettungs- und Bergungskosten	11
3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?	11
3.1 Krankheiten und Gebrechen	11
3.2 Mitwirkung	11
4 Welche Personen sind nicht versicherbar?	11
5 Was ist nicht versichert?	11
5.1 Ausgeschlossene Unfälle	11
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	12
6 Was müssen Sie bei Erreichen bestimmter Lebensalter und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	12
6.1 Vertragsumstellung bei Erreichen bestimmter Lebensalter	12
6.2 Änderung der Berufstätigkeit	12
Der Leistungsfall	13
7 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	13
8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	13
9 Wann sind die Leistungen fällig?	13
9.1 Erklärung über die Leistungspflicht	13
9.2 Fälligkeit der Leistung	13
9.3 Vorschüsse	13
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads	13
9.5 Gesetzliches Leistungsverbot	13

	Seite
Die Vertragsdauer	14
10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	14
10.1 Beginn des Versicherungsschutzes	14
10.2 Dauer und Ende des Vertrags	14
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall	14
10.4 Versicherungsjahr	14
Der Versicherungsbeitrag	14
11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	14
11.1 Beitrag und Versicherungsteuer	14
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erster Beitrag	14
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag	14
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	14
11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	15
11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	15
Weitere Bestimmungen	15
12 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	15
12.1 Fremdversicherung	15
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	15
13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	15
13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht	15
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflicht-verletzung	15
13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	15
13.4 Anfechtung	16
13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes	16
14 Gestrichen	16
15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?	16
15.1 Gesetzliche Verjährung	16
15.2 Aussetzung der Verjährung	16
16 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	16
17 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	16
18 Welches Recht findet Anwendung?	16

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person.

1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit und
- rund um die Uhr.

1.3 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleidet.

1.4 Erweiterter Unfallbegriff

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

  Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

  Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

  Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen können wir keine oder nur eingeschränkt Leistungen erbringen.

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Ziffer 3), zu den nicht versicherbaren Personen (Ziffer 4) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 5).

2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?

Im Folgenden beschreiben wir verschiedene Arten von Leistungen und deren Voraussetzungen.

Es gelten immer nur die Leistungsarten und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben und die in Ihrem Versicherungsschein genannt sind.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

Beispiel: Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

2.1.1.3 Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben. Dann müssen Sie die Geltendmachung unverzüglich nachholen.

Beispiel: Sie haben durch den Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfallleistung (Ziffer 2.6), sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 100.000 Euro und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 20 Prozent zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (Ziffer 2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 9.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Arm	70 Prozent
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
Hand	55 Prozent
Daumen	20 Prozent
Zeigefinger	10 Prozent
anderer Finger	5 Prozent
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
Bein bis unterhalb des Knies	50 Prozent
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent
Fuß	40 Prozent
große Zehe	5 Prozent
andere Zehe	2 Prozent
Auge	50 Prozent
Gehör auf einem Ohr	30 Prozent
Geruchssinn	10 Prozent
Geschmackssinn	5 Prozent
Niere	25 Prozent
Milz	10 Prozent

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 Prozent. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent). Diese 7 Prozent Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 Prozent.

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet.

Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 Prozent) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 Prozent). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 Prozent ergibt, ist die Invalidität auf 100 Prozent begrenzt.

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:

- Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4) und
- die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

Wir leisten nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1 und 2.1.2.2. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.2.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.2.3.1 Wir zahlen die Unfall-Rente

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

2.2.3.2 Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des Monats, in dem

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

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

2.3 Gestrichen

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in ihrer Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

Der Grad der Beeinträchtigung bemisst sich

- nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen.
- nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten, wenn sie zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig war.

Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft.

Beispiel: Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 100 Prozent zahlen wir das vereinbarte Tagegeld in voller Höhe. Bei einem ärztlich festgestellten Grad der Beeinträchtigung von 50 Prozent zahlen wir die Hälfte des Tagegelds.

Wir zahlen das Tagegeld für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr ab dem Tag des Unfalls.

2.5 Krankenhaustagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- Anschlussheilbehandlung oder
- Rehabilitationsmaßnahme oder
- berufsgenossenschaftlicher stationärer Weiterbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation.
  Eine ambulante Operation ist ein chirurgischer Eingriff zur Vermeidung einer vollstationären Heilbehandlung.
  Der Wundverschluss mittels eines zugelassenen Wundklebers ist einer ambulanten chirurgischen Operation gleichgestellt. Eine reine Wundabdeckung/ Wundversorgung mittels Pflaster oder anderer Verbandsmaterialien erfüllt die Leistungsvoraussetzungen nicht.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung
  - vom 1. bis zum 3. Tag in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme
  - ab dem 4. Tag in Höhe der doppelten Versicherungssumme
- bei ambulanten chirurgischen Operationen für 3 Tage.

Das Krankenhaustagegeld zahlen wir längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

2.6 Todesfallleistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall. Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7 Kosten für unfallbedingte kosmetische Operationen und Korrekturen

Zu den versicherten Maßnahmen zählen

- Eingriffe durch plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie
- Zahnersatz und Reparatur von Zahnspangen
- bei Erwachsenen die Wiederherstellung von beschädigten Tätowierungen oder Erstellung von Tätowierungen, um von unfallbedingten Narben abzulenken (einschließlich Cover Up).

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.7.1.1 Die versicherte Person hat sich einer Zahnbehandlung, einer kosmetischen Operation oder einer Rekonstruktion einer Tätowierung unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbilds zu beheben oder hat eine neue Tätowierung stechen lassen, um von einer unfallbedingten Narbe abzulenken.

Die Zahnbehandlung oder kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall, bei Minderjährigen vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

Die Rekonstruktion, das Cover Up oder die neue Tätowierung erfolgt durch einen Tätowierer.

- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- bei Erwachsenen innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall.

Für Minderjährige besteht kein Anspruch auf Tätowierungen.

2.7.1.2 Die Zahnspange einer versicherten Person wird im Rahmen eines versicherten Unfalls beschädigt.

2.7.1.3 Voraussetzung ist jeweils auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten Ersatz für nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten,
- Kosten für die fachgerechte Reparatur der Zahnspange,
- Kosten für die Wiederherstellung der beschädigten Tätowierung oder Cover Up der beschädigten Tätowierung oder einer neuen Tätowierung, die dazu dient, von einer unfallbedingten Narbe abzulenken

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.8 Rettungs- und Bergungskosten

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten

- für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- für den medizinisch notwendigen Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik

entstanden.

Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

Voraussetzung ist auch, dass ein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) nicht zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder seine Leistungspflicht bestreitet.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten ausschließlich für Unfallfolgen. Dies sind Gesundheitsschädigungen und ihre Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

Wir leisten nicht für Krankheiten oder Gebrechen.

Beispiele: Krankheiten sind z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen; Gebrechen sind z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung.

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1 Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads oder
- bei allen anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 Prozent. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 Prozent mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 Prozent.

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Eine Person, deren körperliche bzw. geistige Leistungsfähigkeit derart eingeschränkt ist, dass sie für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend und dauerhaft fremde Hilfe benötigt.

Dies gilt insbesondere für Personen, bei denen mindestens ein Pflegegrad 3 im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellt wurde.

4.2 Der Versicherungsschutz für diese Person erlischt, sobald die oben genannten Voraussetzungen (Ziffer 4.1) vorliegen.

4.3 Gleichzeitig endet die Unfallversicherung für diese Person.

Beiträge, die Sie über diesen Zeitpunkt hinaus bereits gezahlt haben, zahlen wir zurück.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein:

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung
- die Einnahme von Medikamenten
- Alkoholkonsum
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen.

Beispiele:

Die versicherte Person

- *stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.*
- *kommt unter Alkoholeinfluss mit dem Fahrzeug von der Straße ab.*
- *torkelt alkoholbedingt auf dem Heimweg von der Gaststätte und fällt in eine Baugrube.*
- *balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.*

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht. In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person hatte während der Vertragslaufzeit einen Unfall mit einer Hirnschädigung. Ein neuer Unfall ereignet sich durch einen epileptischen Anfall, der auf die alte Hirnschädigung zurückzuführen ist. Wir zahlen für die Folgen des neuen Unfalls.

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

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

Ausnahme:

Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des 7. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt nicht

- bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4 Unfälle der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,

  Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger

- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,

  Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter

- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.

  Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung

5.1.5 Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazu-

gehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:

- Ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht, und
- für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.

5.2.4 Gesundheitsschäden durch Infektionen.

Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf.
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Sofern Alkohol oder illegale Drogen eingenommen wurden, besteht Versicherungsschutz nur, sofern die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

5.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:

- *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch einen Verkehrsunfall*
- *Angstzustände des Opfers nach einer Straftat*

5.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:

- Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie bei Erreichen bestimmter Lebensalter und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1 Vertragsumstellung bei Erreichen bestimmter Lebensalter

Bei Erreichen bestimmter Lebensalter ergeben sich Veränderungen für Ihren Versicherungsschutz. Einzelheiten hierzu sind in den Besonderen Bedingungen für altersabhängige Änderungen der Unfallversicherung (BB altersabhängige Änderungen 2024) geregelt.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist die für Ihren Vertrag geltende Einteilung des Berufs der versicherten Person in die folgenden Gefahrengruppen:

Personen, die wegen ihrer Berufstätigkeit

- keinen besonderen Gefahren ausgesetzt sind.

  Beispiele: Personen, die

  · *kaufmännisch, verwaltend, planend, gestaltend, lehrend oder*

  · *leitend oder aufsichtsführend im Betrieb oder auf Baustellen oder*

  · *im Verkauf, in der Datenverarbeitung, im Gesundheitswesen, in der Schönheitspflege*

  tätig sind.

- erhöhten Gefahren ausgesetzt sind.

  Beispiele: Personen, die

  · *körperliche oder handwerkliche Berufsarbeit verrichten oder*

  · *Holz, Metall, Kunststoff, Steine, Erde usw. be- oder verarbeiten oder*

  · *mit ätzenden, giftigen, leicht entzündlichen oder explosiven Stoffen arbeiten oder*

  · *Maschinen bedienen, einrichten, warten oder reparieren oder*

  · *Tiere behandeln oder pflegen oder*

  · *bei Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Zoll, Polizei, Justiz oder Feuerwehr tätig sind.*

Auch innerhalb der Gruppen kann es aufgrund unterschiedlicher Gefährdungen zu niedrigeren oder höheren Beiträgen kommen.

Beispiel: Das berufliche Unfallrisiko ist bei einem Konditor niedriger als bei einem Fleischer. Deshalb ist der Beitrag für einen Konditor niedriger kalkuliert als für einen Fleischer.

Übt eine versicherte Person mehrere Tätigkeiten aus, so wird die Tätigkeit zugrunde gelegt, die zum überwiegenden Anteil ausgeübt wird.

6.2.1 Mitteilung der Berufsänderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

6.2.2 Auswirkungen der Berufsänderung

6.2.2.1 Ist die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung mit einer höheren Gefahr als die bisherige verbunden, führen wir den Vertrag mit den bisherigen Versicherungssummen weiter und errechnen den entsprechend erhöhten Beitrag nach dem vereinbarten Tarif.

Tritt nach Ablauf eines Monats ab der Änderung ein Unfall ein, ohne dass Sie uns die Berufsänderung mitgeteilt haben, so gilt Folgendes:

- Die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag.
- Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

6.2.2.2 Ist die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung mit einer niedrigeren Gefahr als die bisherige verbunden, führen wir den Vertrag zum bisherigen Beitrag mit entsprechend erhöhten Versicherungssummen weiter.

6.2.2.3 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch zum bisherigen Beitrag bei entsprechend gesenkten Versicherungssummen oder mit den bisherigen Versicherungssummen und gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

6.2.3 Nicht versicherbare Berufe

Es besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle der versicherten Person bei einer auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung als

- Artist/-in, Akrobat/-in, Dompteur/-in
- Berufs- und Vertragssportler/-in, die ihren Lebensunterhalt überwiegend mit der ausgeübten Sportart verdienen (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeiten innerhalb von Polizei, Bundeswehr und Ähnlichem)
- Besatzung von Ölplattformen
- Berufstaucher/-in
- Feuerwerker/-in, Pyrotechniker/-in, Sprengpersonal, Such- und Räumpersonal für Munition und andere explosive Stoffe
- Stuntman/Stuntwoman.

Für die nicht versicherbaren Berufe gilt:

Übt die versicherte Person eine Berufstätigkeit oder Beschäftigung aus, die wir nicht versichern, dann können wir den Vertrag kündigen.

Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

Unser Kündigungsrecht erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt haben,

- zu dem uns Ihre Erklärung zugegangen ist, oder
- wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

Wenn Sie uns die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht unverzüglich mitgeteilt haben, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dieses gilt nur, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem uns die Mitteilung hätte zugehen müssen.

Wenn uns die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem uns die Mitteilung hätte zugehen müssen, sind wir zur Leistung verpflichtet. Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung durch uns abgelaufen und
- eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang unserer Leistung gehabt hat.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen der einzelnen Leistungsarten sind in Ziffer 2 geregelt.

Im Folgenden beschreiben wir Verhaltensregeln (Obliegenheiten). Sie oder die versicherte Person müssen diese nach einem Unfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

7.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie oder die versicherte Person bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

7.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der durch die Untersuchung entsteht.

7.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben.
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen.

Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 7 Tagen zu melden.

Soweit zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich, ist uns das Recht zu verschaffen, eine Obduktion – durch einen von uns beauftragten Arzt – durchführen zu lassen.

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 7 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt Folgendes:

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente beträgt die Frist 3 Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir

- bei Invaliditätsleistung bis zu 1 Promille der versicherten Summe,
- bei Unfall-Rente bis zu einer Monatsrente,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz,
- bei Kosten für kosmetische Operationen bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
- bei Kosten für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 1 Prozent der versicherten Summe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von 2 Wochen.

9.3 Vorschüsse

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

Beispiel: Es steht fest, dass Sie von uns eine Invaliditätsleistung erhalten. Allerdings ist die Höhe der Leistung noch nicht bestimmbar.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme (Ziffer 2.6) beansprucht werden.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

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

Dieses Recht steht Ihnen und uns längstens bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von 3 auf 5 Jahre.

- Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies zusammen mit der Erklärung über unsere Leistungspflicht mit.
- Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie uns dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

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

9.5 Gesetzliches Leistungsverbot

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland ent-

gegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Vereinigten Staaten von Amerika, soweit dem nicht Rechtsvorschriften der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Die Vertragsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens 3 Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als 3 Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des 3. Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens 3 Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

10.3 Kündigung nach Versicherungsfall

10.3.1 Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den gesamten Vertrag oder die Versicherung für einzelne versicherte Personen oder einzelne Leistungsarten kündigen,

- wenn wir erstmals eine Leistung erbracht haben oder
- wenn wir erstmals eine Invaliditätsleistung oder die Unfallrente gezahlt haben oder
- wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

10.3.2 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

10.3.3 Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie uns zugeht. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird; spätestens jedoch am Ende des Versicherungsjahres.

Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.3.4 Im Fall einer wirksamen Kündigung einzelner versicherter Personen oder einzelner Leistungsarten besteht für die jeweils andere Partei ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Regelungen gemäß Ziffer 10.3.2 und 10.3.3 gelten entsprechend.

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert 12 Monate.

Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat,
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr,
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer. Diese haben Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu zahlen.

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen zahlen.

Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, müssen Sie den Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt zahlen.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben.

Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag zahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform

unverzüglich zahlen.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags vor Ablauf der Versicherungsperiode haben wir für diese Versicherungsperiode nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei erstmaliger Versicherung des jeweiligen Kindes in Ihrem Versicherungsvertrag das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.6.1 Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

11.6.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an Sie aus, wenn der Unfall nicht Ihnen, sondern einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

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

Ferner sind Sie verpflichtet, die versicherte(n) Person(en) über wichtige Änderungen im Versicherungsverhältnis in Kenntnis zu setzen. Dies gilt insbesondere bei einer Beendigung des Versicherungsverhältnisses oder Entfallen des Versicherungsschutzes durch Nichtzahlung des Beitrages.

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

13 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir

- nach Ihrer Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellen.

Soll eine andere Person als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

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

ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

13.2.3 Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (Ziffer 11.1.1) Vertragsbestandteil.

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend

gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen.

Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die

Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

13.4 Anfechtung

Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Absätze 13.1. bis 13.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

14 Gestrichen

15 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

15.1 Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

15.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

16 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

16.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

16.1.1 Versicherungsombudsmann

Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein e.V. ist freiwilliges Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können deshalb das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren vor dem neutralen Ombudsmann in Anspruch nehmen.

Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform http://ec.europa.eu/consumers/odr/ wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

16.1.2 Versicherungsaufsicht

Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

16.1.3 Unser Beschwerdemanagement

Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

LVM Versicherung
Kolde-Ring 21
48151 Münster
0800 5863876 (kostenfrei)
E-Mail: beschwerde@lvm.de

16.2 Zuständige Gerichte

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten:

16.2.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für Ihren Vertrag zuständig ist.
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

16.2.2 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

16.2.3 Für den Fall, dass Sie nach Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegen oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zum Zeitpunkt der Klageerhebung unbekannt ist, ist der Gerichtsstand Münster (Westfalen).

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

17.1 Anzeigen oder Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung gerichtet werden:

LVM Landwirtschaftlicher
Versicherungsverein Münster a.G.
Kolde-Ring 21
48126 Münster

17.2 Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie uns mitteilen.

Wenn Sie dies nicht tun und wir Ihnen gegenüber eine rechtliche Erklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an Ihre letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben.

Das gilt auch, wenn Sie uns eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen

In den folgenden Besonderen Bedingungen beschreiben wir weitere Leistungen und deren Voraussetzungen. Für Ihren Vertrag gelten nur die Leistungen und Versicherungssummen, die Sie mit uns vereinbart haben. Welche dies sind, können Sie Ihrem Versicherungsschein und dessen Nachträgen entnehmen.

Besondere Bedingungen für erweiterten Unfallversicherungsschutz
(BB erweiterter Unfallschutz 2024)

Ergänzend zu den für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) gelten die folgenden Bedingungen:

1 Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen (zu Ziffer 1 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden, die sich die versicherte Person bei Rettungsbemühungen zuzieht, auch wenn sie dabei bewusst in Kauf genommen wurden. Dabei ist unerheblich, ob es um die Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen geht.

2 Gewalttätige Auseinandersetzungen (zu Ziffer 1 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden, die sich die versicherte Person zuzieht, weil sie sich rechtmäßig verteidigt (Notwehr).

3 Unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug (zu Ziffer 1 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden durch Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug, die die versicherte Person erleidet, weil Sie sich in einer Zwangslage befindet und nicht in der Lage ist, sich dieser zu entziehen.

4 Unfallbedingter Tod durch Ertrinken und Ersticken (zu Ziffer 1 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für den unfallbedingten Tod der versicherten Person durch Ertrinken und Ersticken.

5 Unfreiwillig erlittene Erfrierungen (zu Ziffer 1 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden und Tod durch Erfrierungen, die die versicherte Person erleidet, weil Sie sich in einer Zwangslage befindet und nicht in der Lage ist, sich dieser zu entziehen.

6. Allmähliche Vergiftung durch ausströmende Dämpfe, Gase oder sonstige schädliche Mittel (zu Ziffer 1 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für Vergiftungen der versicherten Person durch plötzlich austretende Gase und Dämpfe. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person den Gasen oder Dämpfen durch unabwendbare Umstände nicht länger als ein Tag ausgesetzt war.

7 Terroranschläge (zu Ziffer 1 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden, die die versicherte Person als Opfer eines Terroranschlages erleidet.

8 Eigenbewegungen (zu Ziffer 1.4 Allgemeine Bedingungen)

In Ergänzung zu Ziffer 1.4 der Allgemeinen Bedingungen sind Gesundheitsschäden durch Eigenbewegungen nach den folgenden Regelungen versichert:

Welche Gesundheitsschäden sind versichert?

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person durch eine Eigenbewegung unfreiwillig eine der folgenden Gesundheitsschädigungen erleidet:

- Verrenkungen eines Gelenks an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule
- Zerrungen oder Zerreißungen an Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule
- Bruch eines Knochens.

Eigenbewegungen in diesem Sinne sind

- willensgesteuerte Bewegungen
- ungeschickte Bewegungen
- Reflex- oder Ausweichbewegungen

Beispiel: Die versicherte Person knickt beim Gehen ohne äußere Ursache um und bricht sich das Fußgelenk.

Welche Gesundheitsschäden sind nicht versichert?

Nicht versichert sind jedoch die folgenden Gesundheitsschäden:

- Stress- oder Ermüdungsbrüche
- Erkrankungsbedingte Brüche, sogenannte Spontanbrüche
- Schäden an Menisken und Bandscheiben (diese sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln)

Beispiel: Die versicherte Person leidet an einem krankhaften Knochenschwund (Osteoporose):

Beim Bücken nach einem heruntergefallenen Gegenstand kommt es ohne Einwirkung von außen (z. B. Sturz) zu einem Wirbelbruch.

9 Tauchunfälle (zu Ziffer 1.3 und 1.4 Allgemeine Bedingungen)

Ergänzend zu Ziffer 1.3 und 1.4 der Allgemeinen Bedingungen gilt es auch als Unfall, wenn die versicherte Person unfreiwillig

- erstickt, ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

  Beispiele: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen

Bei Tauchunfällen übernehmen wir zusätzlich die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer. Wir übernehmen die dabei entstehenden Kosten bis zu 25.000 Euro, sofern kein Dritter zur Leistung verpflichtet ist oder dieser seine Leistungspflicht bestreitet.

10 Bauch- oder Unterleibsbrüche (zu Ziffer 1 und 5.2.7 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Bauch- oder Unterleibsbrüche. Dies gilt auch, wenn diese durch eine erhöhte Kraftanstrengung eingetreten sind.

11 Verschollenheit (zu Ziffer 2.6 Allgemeine Bedingungen)

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach dem Verschollenheitsgesetz rechtswirksam für tot erklärt wurde (§§ 5–7 VerschG). Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

12 Rettungs- und Bergungskosten (zu Ziffer 2.8 Allgemeine Bedingungen)

Ergänzend zu Ziffer 2.8 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

12.1 Welche zusätzlichen Kosten erstatten wir bei Unfällen in Deutschland?

- Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten medizinisch sinnvoll waren.
- Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

12.2 Welche zusätzlichen Leistungen bieten wir bei Unfällen im Ausland?

Bei einem Unfall im Ausland

- ersetzen wir die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- ersetzen wir bei einem unfallbedingten Todesfall die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Zusätzlich erbringen wir Serviceleistungen zur Organisation

- eines Krankentransports oder Krankenrücktransports der verletzten Person, soweit dieser medizinisch sinnvoll ist oder
- einer Überführung aus dem bzw. einer Bestattung im Reiseland bei einem unfallbedingten Tod.

Zur Erbringung dieser Serviceleistungen bedienen wir uns eines qualifizierten Dienstleisters. Der von uns beauftragte Dienstleister stellt den durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf an Maßnahmen fest. Der Dienstleister empfiehlt und organisiert diese Maßnahmen in Abstimmung mit Ihnen, mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen sowie mit den behandelnden Ärzten.

12.3 Bis zu welcher Höhe übernehmen wir Kosten?

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Beauftragen wir Dienstleister, um die versicherten Serviceleistungen zu erfüllen, übernehmen wir in diesen Fällen sowohl die Kosten des Dienstleisters als auch die Kosten für empfohlene Maßnahmen bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person darüber hinaus in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

13 Bewusstseinsstörung, auch durch Herzinfarkt oder Schlaganfall (zu Ziffer 5.1.1 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für Unfälle aufgrund von Bewusstseinsstörungen durch

- einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall.
- einen epileptischen Anfall.
- Schwindel oder Ohnmacht. Dies umfasst auch Bewusstseinsstörungen durch Übermüdung (Schlaftrunkenheit), Einschlafen, Schlafwandeln oder einen Zuckerschock (Über- oder Unterzuckerung aufgrund einer Diabetes-Erkrankung).
- ärztlich verordnete und nach ärztlicher Anweisung eingenommene Medikamente.
- die ungewollte Einnahme von sogenannten „K.O.-Tropfen", soweit dies von der versicherten Person bei der Polizei angezeigt worden ist.

Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für die Gesundheitsschäden, die durch

- den Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Krankheiten wie Epilepsie oder Diabetes
- die Einnahme von Medikamenten

selbst verursacht wurden.

Ebenso besteht kein Versicherungsschutz für Bewusstseinsstörungen, die durch den Konsum von Alkohol, Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, verursacht wurden (Ziffer 5.1.1 AUB, siehe aber auch Ziffer 14, Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit).

Ausgeschlossen sind zudem Bewusstseinsstörungen, die auf einer psychischen Erkrankung beruhen.

Beispiel: Die versicherte Person leidet an Halluzinationen oder Wahnvorstellungen und läuft unkontrolliert auf eine Straße, wo sie von einem Auto erfasst wird.

14 Bewusstseinsstörungen durch Trunkenheit (zu Ziffer 5.1.1 Allgemeine Bedingungen)

Abweichend von Ziffer 5.1.1 der Allgemeinen Bedingungen sind Unfälle durch alkoholbedingte Bewusstseinsstörung mitversichert, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt unter 1,6 Promille liegt.

Sofern die versicherte Person das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, besteht Versicherungsschutz auch bei einer Blutalkoholkonzentration zum Unfallzeitpunkt von 1,6 Promille oder mehr.

Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle durch alkoholbedingte Bewusstseinsstörung beim Führen von Kraftfahrzeugen.

15 Luftfahrt-Unfälle (zu Ziffer 5.1.4 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für Luftfahrtunfälle der versicherten Person

- als Flugzeugführer oder sonstiges Besatzungsmitglied oder
- bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs ausgeübt werden

bei Benutzung eines der folgenden Luftfahrzeuge (§ 1 [2] Ziffern 1, 2, 4 und 5 des Luftverkehrsgesetzes [LuftVG]):

- Flugzeuge
- Drehflügler
- Segelflugzeuge
- Motorsegler.

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die sich während eines Kunstfluges einschließlich der dazugehörigen Übungsflüge ereignen.

16 Gelegentliches Kartfahren (zu Ziffer 5.1.5 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für gelegentliches Kartfahren, soweit die Fahrten reinen Freizeitcharakter aufweisen und die Fahrtveranstaltung nicht von Vereinen oder Verbänden organisiert werden oder sonst dem Kartsport zuzurechnen sind.

17 Stern-, Zuverlässigkeits- oder Orientierungsfahrten (zu Ziffer 5.1.5 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und sonstigen Fahrtveranstaltungen mit einem Kraftfahrzeug, soweit es nicht darauf ankommt, Höchstgeschwindigkeiten zu erzielen.

18 Röntgen- und Laserstrahlen (zu Ziffer 5.2.2 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden durch Strahlen, die die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit erlitten hat. Versichert sind Gesundheitsschäden durch

- Röntgenstrahlen,
- Laserstrahlen,
- künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.

Nicht versichert sind Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten eintreten.

19 Infektionen (zu Ziffer 2.1 bzw. 5.2.4 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für unfallbedingte Gesundheitsschäden durch Infektionen.

Voraussetzungen für die Leistung:

- die versicherte Person hat sich in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit infiziert und
- die Krankheitserreger sind auf einem der folgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:
  - durch eine Beschädigung der Haut. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
  - plötzliches Eindringen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase.

    Anhauchen, Anniesen oder Anhusten reichen nicht aus.

Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschäden, die

- Folge der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien sind, allmählich zustande kommen und Berufskrankheiten sind.
- Folge von Diphtherie und Tuberkulose sind.

Erweiterte Fristen für Invaliditätsleistung und Unfall-Rente

Abweichend von Ziffer 2.1 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

Die Invalidität aufgrund der Infektion ist innerhalb von 39 Monaten nach dem Unfall

- eingetreten,
- von einem Arzt schriftlich festgestellt
- und bei uns geltend gemacht worden.

20 Infektionen durch Zeckenstiche (zu Ziffer 5.2.4 Allgemeine Bedingungen)

Versicherungsschutz besteht für Infektionen durch Zecken- und Insektenstiche, wenn dadurch Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) oder Borreliose ausgelöst wird.

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für Infektionen, die nach dem Versicherungsbeginn oder spätestens einen Monat nach Ende des Versicherungsschutzes erstmalig von einem Arzt festgestellt und dokumentiert werden.

Das Datum der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt gilt als Unfalltag.

21 Allergische Reaktionen durch Insektenstiche (zu Ziffer 1, 2.5.1 und 3 Allgemeine Bedingungen)

Sofern die versicherte Person das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, besteht Versicherungsschutz für allergische Reaktionen, die durch einen Insektenstich oder -biss ausgelöst wurden. Wenn aufgrund einer solchen allergischen Reaktion eine stationäre Desensibilisierungsmaßnahme durchgeführt wird, gilt dies als unfallbedingter Krankenhausaufenthalt.

Wir verzichten insoweit auf eine Minderung einer Leistung oder des festgestellten Invaliditätsgrades. Das heißt, Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen wird dafür nicht angewandt.

Besondere Bedingungen für Umbau-Sofort-Hilfe
(BB Umbau-Sofort-Hilfe 2024)

Ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) gelten die folgenden Bedingungen:

1 Wann erhalten Sie die Leistung?

Bei der versicherten Person liegt unfallbedingt und voraussichtlich dauerhaft eine so erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit vor, dass technische Hilfsmittel bzw. Umbauten erforderlich sind, um sich innerhalb oder außerhalb des Wohnumfelds fortbewegen zu können.

Sie müssen die Umbau-Sofort-Hilfe innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall bei uns geltend machen. Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Umbau-Sofort-Hilfe ausgeschlossen.

2 In welchem Umfang erhalten Sie die Leistung?

Wir zahlen die Umbau-Sofort-Hilfe maximal in Höhe der nach den unfallbedingten Dauerfolgen zu erwartenden Invaliditätsleistung. Diese Zahlung wird mit der späteren Invaliditätsleistung verrechnet.

Ist die endgültige Invaliditätsleistung niedriger als die gezahlte Umbau-Sofort-Hilfe, verzichten wir auf eine Rückforderung.

Der von uns beauftragte Dienstleister legt mit Ihnen gemeinsam den Umfang der erforderlichen technischen Hilfsmittel bzw. Umbaumaßnahmen fest. Dies gilt ausschließlich für notwendige Baumaßnahmen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

3 Was müssen Sie beachten, wenn mehrere Unfallversicherungen bestehen?

Die Leistung ist insgesamt begrenzt auf 100.000 Euro, auch wenn mehrere Verträge bestehen.

4 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen qualifizierte Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Besondere Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrads – verbesserte Gliedertaxe (BB verbesserte Gliedertaxe 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit verbesserten Leistungen im Invaliditätsfall vereinbart.

1 Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gelten bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Betroffenes Körperteil	**verbesserte Gliedertaxe**
Arm	80
Arm bis oberhalb Ellenbogen	75
Arm unterhalb Ellenbogen	70
Hand	70
Daumen	30
Zeigefinger	20
anderer Finger	10
Bein über Mitte Oberschenkel	80
Bein bis Mitte Oberschenkel	70
Bein unterhalb Knie	60
Bein bis Mitte Unterschenkel	55
Fuß	50
große Zehe	10
andere Zehe	5
Auge	60
Gehör auf einem Ohr	40
Geruchssinn	15
Geschmackssinn	10

2 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3 Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Progression 300
(BB Progression 300 – 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und 3 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

2 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

3 Die sich aus den Ziffern 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen ergebende erhöhte Leistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 3 Mio. Euro beschränkt. Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4 Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %
0 – 25	0 – 25	44	82	63	152	82	228
26	28	45	85	64	156	83	232
27	31	46	88	65	160	84	236
28	34	47	91	66	164	85	240
29	37	48	94	67	168	86	244
30	40	49	97	68	172	87	248
31	43	50	100	69	176	88	252
32	46	51	104	70	180	89	256
33	49	52	108	71	184	90	260
34	52	53	112	72	188	91	264
35	55	54	116	73	192	92	268
36	58	55	120	74	196	93	272
37	61	56	124	75	200	94	276
38	64	57	128	76	204	95	280
39	67	58	132	77	208	96	284
40	70	59	136	78	212	97	288
41	73	60	140	79	216	98	292
42	76	61	144	80	220	99	296
43	79	62	148	81	224	100	300

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Progression 500
(BB Progression 500 – 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und 3 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

2 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

3 Abweichend von den Ziffern 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen gilt: Führt ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent, zahlen wir die vierfache Invaliditätsleistung.

4 Abweichend von den Ziffern 1, 2 und 3 dieser Besonderen Bedingungen gilt: Führt ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent, zahlen wir die fünffache Invaliditätsleistung.

5 Die sich aus den Ziffern 1, 2, 3 oder 4 dieser Besonderen Bedingungen ergebende erhöhte Leistung wird für jede versicherte Person auf 3 Mio. Euro beschränkt. Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

6 Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %
0 – 25	0 – 25	44	82	63	152	82	328
26	28	45	85	64	156	83	332
27	31	46	88	65	160	84	336
28	34	47	91	66	164	85	340
29	37	48	94	67	168	86	344
30	40	49	97	68	172	87	348
31	43	50	100	69	176	88	352
32	46	51	104	70	280	89	356
33	49	52	108	71	284	90	450
34	52	53	112	72	288	91	455
35	55	54	116	73	292	92	460
36	58	55	120	74	296	93	465
37	61	56	124	75	300	94	470
38	64	57	128	76	304	95	475
39	67	58	132	77	308	96	480
40	70	59	136	78	312	97	485
41	73	60	140	79	316	98	490
42	76	61	144	80	320	99	495
43	79	62	148	81	324	100	500

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel – Progression 700
(BB Progression 700 – 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und 3 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

2 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 50 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

3 Abweichend von den Ziffern 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen gilt: Führt ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent, zahlen wir die vierfache Invaliditätsleistung.

4 Abweichend von den Ziffern 1, 2 und 3 dieser Besonderen Bedingungen gilt: Führt ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 90 Prozent, zahlen wir die siebenfache Invaliditätsleistung.

5 Die sich aus den Ziffern 1, 2, 3 oder 4 dieser Besonderen Bedingungen ergebende erhöhte Leistung wird für jede versicherte Person auf 3 Mio. Euro beschränkt. Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

6 Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %
0 – 25	0 – 25	44	82	63	152	82	328
26	28	45	85	64	156	83	332
27	31	46	88	65	160	84	336
28	34	47	91	66	164	85	340
29	37	48	94	67	168	86	344
30	40	49	97	68	172	87	348
31	43	50	100	69	176	88	352
32	46	51	104	70	280	89	356
33	49	52	108	71	284	90	630
34	52	53	112	72	288	91	637
35	55	54	116	73	292	92	644
36	58	55	120	74	296	93	651
37	61	56	124	75	300	94	658
38	64	57	128	76	304	95	665
39	67	58	132	77	308	96	672
40	70	59	136	78	312	97	679
41	73	60	140	79	316	98	686
42	76	61	144	80	320	99	693
43	79	62	148	81	324	100	700

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel mit erhöhter Mehrleistung ab 50 Prozent Invalidität – Turbo Progression 300
(BB Turbo Progression 300 – 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und 3 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

2 Abweichend von Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen gilt:

Führt ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent, zahlen wir die dreifache Invaliditätsgrundsumme.

3 Die sich aus den Ziffern 1 oder 2 dieser Besonderen Bedingungen ergebende erhöhte Leistung wird für jede versicherte Person auf 3 Mio. Euro beschränkt. Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4 Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %
0 – 25	0 – 25	44	82	63	300	82	300
26	28	45	85	64	300	83	300
27	31	46	88	65	300	84	300
28	34	47	91	66	300	85	300
29	37	48	94	67	300	86	300
30	40	49	97	68	300	87	300
31	43	50	300	69	300	88	300
32	46	51	300	70	300	89	300
33	49	52	300	71	300	90	300
34	52	53	300	72	300	91	300
35	55	54	300	73	300	92	300
36	58	55	300	74	300	93	300
37	61	56	300	75	300	94	300
38	64	57	300	76	300	95	300
39	67	58	300	77	300	96	300
40	70	59	300	78	300	97	300
41	73	60	300	79	300	98	300
42	76	61	300	80	300	99	300
43	79	62	300	81	300	100	300

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel mit erhöhter Mehrleistung ab 50 Prozent Invalidität – Turbo Progression 500
(BB Turbo Progression 500 – 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und 3 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

2 Abweichend von Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen gilt:

Führt ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent, zahlen wir die fünffache Invaliditätsgrundsumme.

3 Die sich aus den Ziffern 1 oder 2 dieser Besonderen Bedingungen ergebende erhöhte Leistung wird für jede versicherte Person auf 3 Mio. Euro beschränkt. Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4 Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %
0 – 25	0 – 25	44	82	63	500	82	500
26	28	45	85	64	500	83	500
27	31	46	88	65	500	84	500
28	34	47	91	66	500	85	500
29	37	48	94	67	500	86	500
30	40	49	97	68	500	87	500
31	43	50	500	69	500	88	500
32	46	51	500	70	500	89	500
33	49	52	500	71	500	90	500
34	52	53	500	72	500	91	500
35	55	54	500	73	500	92	500
36	58	55	500	74	500	93	500
37	61	56	500	75	500	94	500
38	64	57	500	76	500	95	500
39	67	58	500	77	500	96	500
40	70	59	500	78	500	97	500
41	73	60	500	79	500	98	500
42	76	61	500	80	500	99	500
43	79	62	500	81	500	100	500

Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel mit erhöhter Mehrleistung ab 50 Prozent Invalidität – Turbo Progression 700
(BB Turbo Progression 700 – 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression). Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1 und 3 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) ermittelt.

Ergänzend zu Ziffer 2.1 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

1 Für jeden Prozentpunkt des unfallbedingten Invaliditätsgrads, der 25 Prozent übersteigt, zahlen wir zusätzlich 2 Prozent aus der Invaliditätsgrundsumme.

2 Abweichend von Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen gilt:

Führt ein Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent, zahlen wir die siebenfache Invaliditätsgrundsumme.

3 Die sich aus den Ziffern 1 oder 2 dieser Besonderen Bedingungen ergebende erhöhte Leistung wird für jede versicherte Person auf 3 Mio. Euro beschränkt. Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

4 Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad in %	Leistung aus der Invaliditätsgrundsumme in %
0 – 25	0 – 25	44	82	63	700	82	700
26	28	45	85	64	700	83	700
27	31	46	88	65	700	84	700
28	34	47	91	66	700	85	700
29	37	48	94	67	700	86	700
30	40	49	97	68	700	87	700
31	43	50	700	69	700	88	700
32	46	51	700	70	700	89	700
33	49	52	700	71	700	90	700
34	52	53	700	72	700	91	700
35	55	54	700	73	700	92	700
36	58	55	700	74	700	93	700
37	61	56	700	75	700	94	700
38	64	57	700	76	700	95	700
39	67	58	700	77	700	96	700
40	70	59	700	78	700	97	700
41	73	60	700	79	700	98	700
42	76	61	700	80	700	99	700
43	79	62	700	81	700	100	700

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer erhöhten Unfall-Rente ab 90 Prozent Invalidität oder bei Pflegebedürftigkeit
(BB erhöhte Unfall-Rente 2024)

Abweichend von den für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) zahlen wir eine erhöhte Unfall-Rente ab 90 Prozent Invalidität oder ab einem Pflegegrad von 4 entsprechend den folgenden Bedingungen:

1 Wann erhalten Sie die Leistung?

Voraussetzung für die Leistung ist, dass ein Anspruch auf Zahlung einer Unfall-Rente nach Ziffer 2.2 der Allgemeinen Bedingungen besteht.

Abweichend von Ziffer 2.2.1 der Allgemeinen Bedingungen muss jedoch für die Zahlung der erhöhten Unfall-Rente innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an gerechnet entweder

- der unfallbedingte Invaliditätsgrad mindestens 90 Prozent betragen oder
- eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 4 oder 5 endgültig festgestellt worden sein.

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades und den Zeitraum für die Bemessung gilt Ziffer 2.1.2.2 der Allgemeinen Bedingungen. Eine Pflegebedürftigkeit müssen Sie durch einen Bescheid der Pflegeversicherung nachweisen.

2 In welchem Umfang erhalten Sie die Leistung?

Zuzüglich zur vereinbarten Versicherungssumme für eine Unfall-Rente ab einem Invaliditätsgrad von 50 Prozent (Grund-Rente) zahlen wir eine zusätzliche monatliche Rente in Höhe der Grund-Rente. Diese zusätzliche Rente wird für jede versicherte Person auf 3.000 Euro begrenzt (Höchstbetrag). Bestehen bei uns für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Für die Invaliditätskapitalleistung ggf. vereinbarte progressive Invaliditätsstaffeln im Invaliditätsfall bleiben unberücksichtigt.

Ausschließlich für eine erhöhte Unfall-Rente wegen Pflegebedürftigkeit verzichten wir auf die Anwendung von Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen (Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?).

3 Für welchen Zeitraum zahlen wir die Leistung?

Wir zahlen die erhöhte Unfall-Rente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat bzw. des Monats, der auf den Zugang des Antrags auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit folgt, und danach
- monatlich im Voraus.

Wir zahlen die Rente bis zum Ende des Monats,

- in dem die versicherte Person stirbt oder
- in dem die versicherte Person keine der Voraussetzungen für die Zahlung einer erhöhten Unfall-Rente nach Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen mehr erfüllt.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen unter anderem

- Lebensbescheinigungen bzw.
- Bescheide der Pflegeversicherung

anzufordern. Wenn Sie uns diese Unterlagen nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Leistungen bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit
(BB Unfall-AU-Geld 2024)

1 Was ist versichert?

Ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) erbringen wir Leistungen bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie Leistungen?

2.1 Voraussetzungen für Leistungen

Voraussetzung für Leistungen nach diesen Besonderen Bedingungen ist, dass die versicherte Person einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Bedingungen erlitten hat und dieser zu einer unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit geführt hat.

Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Besonderen Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge des Unfalls ihre zuletzt vor dem Unfall ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Verletzungsfolgen ausführen kann. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf ihre allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

2.2 Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen

2.2.1 Voraussetzung für die Zahlung einer monatlichen Leistung bei vorübergehender, unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit

Besteht eine unfallbedingte, vollständige Arbeitsunfähigkeit ununterbrochen für einen Zeitraum von mindestens einem Monat vom Unfalltag an gerechnet, erbringen wir eine Zahlung in Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme. Besteht die unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit über diesen Zeitraum hinaus, dann erbringen wir eine Zahlung in gleicher Höhe nach jeweils einem weiteren Monat der Arbeitsunfähigkeit.

Das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit müssen Sie durch Vorlage einer Bescheinigung eines in Deutschland zugelassenen Arztes belegen. Ist die versicherte Person kurzzeitig arbeitsfähig, das heißt für höchstens 5 Tage, wird jedoch wegen der Folgen desselben Unfallereignisses erneut arbeitsunfähig, dann wird diese Zeit bei der für den Leistungsanspruch bestimmten Zeitraum nicht berücksichtigt.

2.2.2 Voraussetzung für eine Kapitalzahlung bei dauerhafter, unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit

Wird bei der versicherten Person innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet eine dauerhafte, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit festgestellt, zahlen wir eine einmalige Kapitalleistung.

2.2.2.1 Eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit ist dauerhaft

- wenn sie voraussichtlich länger als 3 Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann und
- zu einer unbefristeten Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad von mindestens 3) im Sinne der gesetzlichen Sozialversicherung führt.

Als dauerhafte Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Besonderen Bedingungen gelten eine Erwerbsminderung, eine Dienstunfähigkeit oder eine Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad von mindestens 3) im Sinne der gesetzlichen Sozialversicherung bzw. im Sinne des Beamtenrechts.

Eine Erwerbsminderung liegt vor, wenn die versicherte Person unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes weniger als sechs Stunden täglich erwerbstätig sein kann.

Eine Dienstunfähigkeit eines Beamten liegt vor, wenn die versicherte Person wegen des körperlichen Zustandes oder aus gesundheitlichen Gründen die Dienstpflichten dauernd nicht mehr erfüllen kann.

Eine Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf.

Sie müssen eine Leistung innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit geltend machen.

2.2.2.2 Das Vorliegen der Voraussetzung müssen Sie durch eindeutige Nachweise belegen.

Zum Beispiel durch einen Bescheid

- der Gesetzlichen Rentenversicherung über volle oder teilweise Erwerbsminderung oder
- der Gesetzlichen Unfallversicherung über eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 50 Prozent oder
- über die Feststellung einer dauernden Dienstunfähigkeit im Sinne des Beamtenrechts oder
- der Gesetzlichen Pflegeversicherung oder einer privaten Pflegepflichtversicherung über die Anerkennung einer dauerhaften Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad von mindestens 3.

3 Welche Art von Leistungen erhalten Sie? In welcher Höhe und wie lange leisten wir?

3.1 Monatliche Zahlung bei vorübergehender, unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit

Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme für jeden Monat der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit. Die Zahlung endet sobald

- die Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt ist oder
- eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist und ein Anspruch auf einmalige Kapitalzahlung entstanden ist oder
- die Summe der monatlichen Zahlungen der vereinbarten Versicherungssumme entspricht.

3.2 Einmalige Kapitalzahlung bei dauerhafter, unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit

Liegt eine dauerhafte, unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit vor, erbringen wir eine einmalige Kapitalzahlung. Die Höhe entspricht der vereinbarten Versicherungssumme abzüglich der Summe der bis zum Zeitpunkt der Feststellung der dauerhaften Arbeitsunfähigkeit bereits erbrachten monatlichen Zahlungen.

4 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Arbeitsunfähigkeit mitgewirkt, gelten für eine Minderung einer Kapitalleistung die Regelungen der Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen.

5 Welche Personen sind nicht versicherbar?

Eine Person ist nicht versicherbar, wenn

- eine unbefristete Erwerbsminderung, Berufsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad von mindestens 3) im Sinne der gesetzlichen Sozialversicherung oder
- eine dauerhafte Dienstunfähigkeit im Sinne des Beamtenrechts oder
- eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung bzw. einer privaten Pflegepflichtversicherung mit einem Pflegegrad von mindestens 3

anerkannt wurde.

Der Versicherungsschutz für diese Person nach diesen Besonderen Bedingungen

erlischt, sobald die oben genannten Voraussetzungen vorliegen. Gleichzeitig endet für diese Person die Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen. Beiträge, die Sie über diesen Zeitpunkt hinaus bereits gezahlt haben, zahlen wir zurück.

6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Obliegenheiten:

6.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

6.2 Sie müssen uns darüber hinaus weitere Auskünfte geben, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich sind. Dazu gehören insbesondere Informationen

- zum aktuellen Versicherungsschutz bei gesetzlichen, privaten oder sonstigen Versicherungs-/Versorgungs-/Leistungsträgern,
- zu bereits beantragten, erbrachten oder zugesagten Leistungen.

6.3 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Bedingungen gilt entsprechend.

7 Was müssen Sie bei Vollendung des 67. Lebensjahres beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer monatlichen Waisen-Rente bei Unfalltod eines sorgeberechtigten Elternteils
(BB Waisen-Rente 2024)

Ergänzend zu den für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) zahlen wir eine Waisen-Rente entsprechend den folgenden Bedingungen:

1 Wann erhalten Sie die Leistung?

- Ein sorgeberechtigtes Elternteil (Eltern, Adoptiv-Eltern und Pflege-Eltern) des versicherten Kindes ist infolge eines Unfalls (Ziffer 1 Allgemeine Bedingungen) innerhalb eines Jahres nach dem Unfall gestorben.
- Der Tod des sorgeberechtigten Elternteils ist uns innerhalb von 7 Tagen nach Eintritt des Todes anzuzeigen.

2 In welchem Umfang erhalten Sie die Leistung?

Wir zahlen an das versicherte Kind eine Waisen-Rente in Höhe

- der vereinbarten Versicherungssumme, wenn ein Elternteil infolge eines Unfalls gestorben ist, oder
- des Doppelten der vereinbarten Versicherungssumme, wenn beide Elternteile infolge eines Unfalls gestorben sind.

3 Für welchen Zeitraum zahlen wir die Leistung?

Wir zahlen die Waisenrente

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.
- monatlich im Voraus.
- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, oder
- im Falle des Todes des versicherten Kindes, bis zum Ende des Monats, in dem das Kind gestorben ist.

Wir sind berechtigt, zur Prüfung der Voraussetzungen Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn Sie uns die Bescheinigung nicht unverzüglich zusenden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

4 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Besondere Bedingungen für die Sofortleistung bei schweren Verletzungen in der Unfallversicherung (BB Sofortleistung bei schweren Verletzungen 2024)

In Ergänzung zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) zahlen wir eine Sofortleistung entsprechend den folgenden Bedingungen:

1 Welche Voraussetzungen gelten für die Leistung?

1.1 Die versicherte Person hat einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Bedingungen erlitten.

1.2 Wir zahlen die Sofortleistung bei folgenden schweren Verletzungen:

1.2.1 Schädel-Hirn-Verletzung durch

– zweifelsfrei nachgewiesene Hirnprellung (contusio cerebri) oder

– Hirnblutung

mit struktureller Hirnsubstanzschädigung,

1.2.2 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,

1.2.3 Amputation des Fußes oder der Hand,

1.2.4 schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma

– Brüche langer Röhrenknochen an 2 unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten

Beispiele: Ellen- und Oberschenkelbruch oder Schienbein- und Oberarmbruch

oder

– Gewebe zerstörende Schäden an 2 inneren Organen oder

- Polytrauma: Gleichzeitig entstandene Verletzungen mehrerer Körperregionen oder Organsysteme, wobei mindestens eine Verletzung oder deren Kombination lebensbedrohlich ist.

– Kombination aus mindestens 2 der folgenden Verletzungen:

· Bruch eines langen Röhrenknochens

· Bruch des Beckens

· Bruch der Wirbelsäule

· Luxations- oder dislozierte (verschobene) Frakturen einer Hand (außer Finger)

· Luxations- oder dislozierte (verschobene) Frakturen eines Fußes (außer Zehen)

· Verlust oder Teilverlust eines inneren Organs,

1.2.5 Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,

1.2.6 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 1/20.

2 Was müssen Sie noch beachten?

2.1 Das Vorliegen einer schweren Verletzung nach Ziffer 1 dieser Besonderen Bedingungen müssen Sie durch einen objektiven ärztlichen Bericht nachweisen, der sich am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientiert.

2.2 Haben Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, findet Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen entsprechende Anwendung.

2.3 Der Anspruch entsteht nach Eintritt des Unfalls. Er erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

2.4 Verstirbt die versicherte Person innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall an den Folgen des Unfalls, so besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung nach diesen Besonderen Bedingungen.

3 In welcher Höhe leisten wir?

Wir zahlen die Sofortleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Leistung bei Frakturen, Bänder- und Sehnenrissen

(BB Frakturen, Bänder-, Sehnenrisse 2024)

Ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) erbringen wir eine Leistung bei Frakturen, Bänder- und Sehnenrissen entsprechend den folgenden Bedingungen:

1 Wann erhalten Sie die Leistung?

1.1 Die versicherte Person hat durch einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Bedingungen einen vollständigen Knochenbruch (Fraktur) oder einen vollständigen Bänder- bzw. Sehnenriss (Ruptur) erlitten.

Ein Haarriss stellt keinen Knochenbruch im Sinne dieser Besonderen Bedingungen dar.

1.2 Die Fraktur/Ruptur wird innerhalb eines Monats vom Unfalltag an gerechnet von einem Arzt durch bildgebende Verfahren festgestellt.

1.3 Die Leistung wird von Ihnen innerhalb von 24 Monaten bei uns geltend gemacht.

2 In welcher Höhe erhalten Sie die Leistung?

2.1 Wir zahlen einmalig je Unfallereignis die vereinbarte Versicherungssumme.

2.2 Bei den folgenden Verletzungen zahlen wir abweichend von Ziffer 2.1 dieser Besonderen Bedingungen die Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme:

- Bruch einer Zehe
- Bruch eines Fingers
- Bänder- oder Sehnenrisse

2.3 Unabhängig von der Zahl der Einzelverletzungen je Unfallereignis wird insgesamt nur eine Leistung nach Ziffer 2.1 oder 2.2 dieser Besonderen Bedingungen erbracht.

Besondere Bedingungen für die Versicherung eines Oberschenkelhalsbruchs in der Unfallversicherung
(BB Oberschenkelhalsbruch 2024)

Ergänzend zu den für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) gelten für einen Oberschenkelhalsbruch der versicherten Person die folgenden Bedingungen:

1 Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz für einen Oberschenkelhalsbruch unabhängig davon, ob ein Unfallereignis vorliegt.

1.2 Wir verzichten insoweit auf eine Minderung einer Leistung oder des festgestellten Invaliditätsgrads. Das heißt, Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen wird dafür nicht angewandt.

2 In welchem Umfang erhalten Sie Leistungen bei einem Oberschenkelhalsbruch?

2.1 Wir zahlen eine Kapitalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.2 Sie haben Anspruch auf die übrigen mit uns vereinbarten und im Versicherungsschein genannten Leistungen gemäß Ziffer 2 der Allgemeinen Bedingungen und den in Betracht kommenden Besonderen Bedingungen.

2.3 Der Anspruch auf diese Leistung erlischt 24 Monate nach dem Unfall, es sei denn, Sie haben uns den Oberschenkelhalsbruch innerhalb dieser Frist angezeigt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Gesundheitsschäden durch Schutzimpfungen bei Kindern
(BB Impfschäden bei Kindern 2024)

Ergänzend zu den für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) gelten bei einem Impfschaden der versicherten Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, die folgenden Bedingungen:

1 Was ist versichert?

1.1 Wir bieten ausschließlich Versicherungsschutz für Gesundheitsschäden aufgrund eines Impfschadens in Folge einer der unter Ziffer 1.2 abschließend aufgeführten, von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut für Personen bis 18 Jahre empfohlenen Impfung. Dies gilt, soweit diese Empfehlung zum Zeitpunkt der Impfung besteht.

1.2 Versicherungsschutz besteht für Impfschäden durch Schutzimpfungen gegen

- Cholera
- Diphtherie
- FSME
- Gelbfieber
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hib b (H. influenzae Typ b)
- HPV (Humane Papillomviren)
- Japanische Enzephalitis
- Masern
- Meningokokken C
- Meningokokken der Serogruppen ACWY
- Mumps, Röteln
- Pertussis
- Pneumokokken
- Poliomyelitis
- Rotaviren
- Tetanus
- Tollwut
- Typhus
- Varizellen

1.3 Ein Impfschaden ist eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung durch die Schutzimpfung.

2 Was sind die Voraussetzungen für die Leistung?

2.1 Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Impfung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet.

2.2 Der Impfschaden ist innerhalb von 24 Monaten nach dem Tag der Impfung

- eingetreten und
- von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

2.3 Für die Leistungsarten Invaliditätsleistung (Ziffer 2.1 Allgemeine Bedingungen) und Unfall-Rente (Ziffer 2.2 Allgemeine Bedingungen) gelten die folgenden, zusätzlichen Voraussetzungen:

- Für die versicherte Person muss aufgrund des Impfschadens eine Versorgung nach den Vorschriften des sozialen Entschädigungsrechtes innerhalb von 24 Monaten nach dem Tag der Impfung beantragt worden sein und
- eine Versorgung muss rechtskräftig anerkannt worden sein.

Wir leisten auch, wenn die rechtskräftige Anerkennung erst nach mehr als 24 Monaten nach dem Tag der Impfung erfolgt. Sie müssen uns den Anerkennungsbescheid dann unverzüglich übermitteln.

2.4 Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, bestehen keine Ansprüche aufgrund des Impfschadens.

3 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Die Obliegenheiten gemäß Ziffer 7 der Allgemeinen Bedingungen gelten entsprechend für den Impfschaden.

Darüber hinaus gilt: Sofern ein Antrag nach Ziffer 2.3 gestellt wird, müssen Sie uns unverzüglich davon in Kenntnis setzen.

Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Bedingungen gilt entsprechend.

4 Was müssen Sie bei Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Rooming-In bei Kindern
(BB Rooming-In 2024)

1. Was ist versichert?

Befindet sich ein Kind, welches das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, unfallbedingt

- in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- einer Anschlussheilbehandlung oder
- einer Rehabilitationsmaßnahme oder
- berufsgenossenschaftlicher stationärer Weiterbehandlung

zahlen wir pro Übernachtung einer Begleitperson im Krankenhaus oder einer an das Krankenhaus angegliederten Unterkunft einen Betrag in Höhe der versicherten Summe, wenn während der Heilbehandlung eine Begleitperson im Zimmer des Kindes oder in einer am Klinikstandort zwecks Begleitung erkrankter Kinder bestehenden Einrichtung (Familienhäuser, -zimmer o.ä.) untergebracht wird (Rooming-In).

2. Für welchen Zeitraum zahlen wir die Leistung?

Diese Rooming-In-Pauschale zahlen wir längstens für 3 Jahre ab dem Tag des Unfalls. Die Dauer der Unterbringung ist durch eine Bescheinigung der Klinik nachzuweisen.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit jährlicher Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag (BB Dynamik 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, deren Versicherungssummen und Beitrag jährlich angepasst werden (Dynamik).

1 Welche Leistungsarten werden angepasst?

Ausschließlich die im Folgenden genannten Leistungsarten nehmen an der Dynamik teil. Dabei werden die Versicherungssummen wie folgt aufgerundet:

Invaliditätsleistung	Rundung auf volle Euro
Unfall-Rente ab 50 Prozent Invalidität	
Doppelte Unfall-Rente ab 90 Prozent Invalidität oder bei Pflegebedürftigkeit	
Waisen-Rente	
Unfall-AU-Geld	
Sofortleistung bei schweren Verletzungen	
Umbau-Sofort-Hilfe	
Todesfallleistung	
Zahnersatz	
Kosmetische Operationen	
Tattoos	
Frakturen, Bänder- und Sehnenrisse	
Krankenhaustagegeld	Rundung auf volle Cent
Tagegeld	
Rooming-In	

Alle nicht aufgeführten Leistungsarten und der beitragsfreie Vorsorgeschutz für hinzukommende Familienangehörige (BB Vorsorge 2024) nehmen nicht an der Dynamik teil.

2 Wie werden die Versicherungssummen angepasst?

2.1 Wir erhöhen die Versicherungssummen jeweils um den Prozentsatz, um den der Höchstbeitrag zur Gesetzlichen Rentenversicherung angehoben wird, mindestens jedoch um 5 Prozent.

Die Erhöhung erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres,

- das dem Stichtag der Anhebung des Höchstbeitrags folgt oder
- dessen Beginn mit dem Stichtag der Anhebung übereinstimmt.

Diese Erhöhung erfolgt erstmals zum Beginn des 2. Versicherungsjahres (Ziffer 10.4 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen). Beträgt das erste Versicherungsjahr weniger als 12 Monate, erfolgt die Erhöhung erstmals zum Beginn des 3. Versicherungsjahres.

2.2 Die erhöhten Versicherungssummen gelten für alle ab dem Erhöhungstermin eintretenden Unfälle.

3 Wie wird der Beitrag angepasst?

Der Beitrag erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

4 Wie werden Sie über die jährliche Erhöhung informiert? Welches Widerspruchs- bzw. Widerrufsrecht haben Sie?

4.1 Vor der jährlichen Erhöhung erhalten Sie von uns eine schriftliche Mitteilung.

Sie können der Erhöhung innerhalb von 6 Wochen nach unserer Mitteilung widersprechen. Wir werden Sie auf die Frist hinweisen.

4.2 Sie und wir können die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf muss spätestens 3 Monate vor Ablauf des Versicherungsjahres erfolgen.

5 Wann wird eine Leistungsart nicht mehr angepasst?

Erreicht eine Leistungsart die dafür im Folgenden genannte Höchstsumme, wird die Versicherung für diese Leistungsart ohne die jährliche Erhöhung von Versicherungssummen und Beitrag fortgeführt.

Leistungsart	Höchstsumme
Invaliditätsgrundsumme	400.000 Euro
Unfall-Rente ab 50 Prozent Invalidität	2.500 Euro
Waisen-Rente	2.500 Euro
Unfall-AU-Geld	2.500 Euro
Sofortleistung bei schweren Verletzungen	40.000 Euro
Umbau-Sofort-Hilfe	100.000 Euro
Krankenhaustagegeld	100 Euro
Tagegeld	100 Euro
Rooming-In	100 Euro
Todesfallsumme	250.000 Euro
Zahnersatz	20.000 Euro
Kosmetische Operationen	100.000 Euro
Tattoos	5.000 Euro
Frakturen, Bänder- und Sehnenrisse	2.000 Euro

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Rehabilitationsleistungen in der Unfallversicherung
(BB Rehabilitation 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, die den Versicherungsschutz um Rehabilitationsleistungen erweitert.

Diese umfassen stets ein Reha-Management (Ziffer 2.1) und soweit vereinbart einen Reha-Zuschuss (Ziffer 2.2) bzw. einen Fitnessstudio-Zuschuss (Ziffer 2.3).

Ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) gilt:

1 Wann erhalten Sie die Leistungen?

1.1 Welche Voraussetzung gilt für alle Leistungen?

Voraussetzung für Leistungen nach diesen Besonderen Bedingungen ist, dass die versicherte Person einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Bedingungen erlitten hat und die weiteren Voraussetzungen für die jeweilige Leistungsart erfüllt sind.

1.2 Voraussetzungen für das Reha-Management

Wir leiten auf Ihren Wunsch bzw. auf Wunsch der versicherten Person das Reha-Management ein, wenn eine unfallbedingte Gesundheitsschädigung vorliegt, bei der sich aus Art und Umfang der Verletzungsfolgen ein Bedarf für Reha-Maßnahmen ergibt.

Hierzu zählen insbesondere

- Brüche (Frakturen) von Schulter-, Ellenbogen-, Hüft-, Knie-, Sprung-, Handgelenk , eines oder mehrerer Wirbelkörper, des Beckens
- vollständige Zerreißungen von Bändern oder Sehnen im Schulter-, Ellenbogen-, Hüft- und Kniegelenk
- Schädelhirntrauma 3. Grades
- Schädigungen des Rückenmarks
- Nervenschäden mit Einfluss auf die Funktionalität der Gliedmaßen
- Verbrennungen II. oder III. Grades
- Polytrauma:
  Gleichzeitig entstandene Verletzungen mehrerer Körperregionen oder Organsysteme, wobei mindestens eine Verletzung oder deren Kombination lebensbedrohlich ist

Der Anspruch auf Rehabilitationsmaßnahmen muss innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

1.3 Voraussetzungen für den Reha-Zuschuss

Die versicherte Person hat wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine medizinisch notwendige ambulante Reha-Maßnahme von mindestens 12 Behandlungseinheiten durchgeführt.

Die ambulante Reha-Maßnahme muss innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall durchgeführt werden.

Zu den medizinisch notwendigen ambulanten Reha-Maßnahmen zählen insbesondere folgende Maßnahmen:

- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Lymphdrainage,
- Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.

1.4 Voraussetzungen für den Fitnessstudio-Zuschuss

Die versicherte Person hat gemäß Ziffer 1.3 dieser Besonderen Bedingungen eine ambulante Reha-Maßnahme durchgeführt und unmittelbar im Anschluss

- bei einem anerkannten Physiotherapeuten
- in einem Fitnessstudio oder
- bei einem kostenpflichtigen Online-Anbieter von Fitnessprogrammen

einen auf Dauer angelegten Vertrag (mindestens ein Jahr) für ein gezieltes Training abgeschlossen.

Der Fitnessstudio-Zuschuss muss innerhalb von 3 Jahren nach dem Unfall von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

2 In welchem Umfang erhalten Sie die Leistungen?

2.1 Reha-Management

Unser Reha-Management umfasst:

- Medizinische Reha-Maßnahmen
- Berufliche Reha-Maßnahmen
- Soziale Reha-Maßnahmen und
- Psychologische Begleitung.

Zur Durchführung des Reha-Managements bedienen wir uns eines qualifizierten Dienstleisters.

Das Reha-Management erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von unserem Dienstleister empfohlen wurde.

2.1.1 Medizinische Reha-Maßnahmen

Der von uns beauftragte Dienstleister erarbeitet zusammen mit Ihnen oder der versicherten Person sowie mit Ärzten, Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen einen persönlichen Rehabilitationsplan.

Dieser enthält, je nach Bedarf, Empfehlungen für die bestmöglichen medizinisch erforderlichen Behandlungen, zudem werden Spezialkliniken, ambulante Therapien und Osteopathie vermittelt.

Zudem kann bei Bedarf eine ärztliche Zweitmeinung über den Dienstleister eingeholt werden.

Für diese von unserem Dienstleister empfohlenen Maßnahmen übernehmen wir die Kosten maximal in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Hierzu zählt auch die Beschaffung von medizinisch notwendigen, zweckmäßigen und geeigneten Hilfsmitteln.

Wir übernehmen Kosten wenn und soweit keine Eintrittspflicht eines Dritten (z. B. eines Sozialversicherungsträgers) gegeben ist.

2.1.2 Berufliche und soziale Reha-Maßnahmen

Wir unterstützen die versicherte Person nach einem Unfall bei der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Sie oder die versicherte Person erhalten auf unsere Kosten Beratung und Unterstützung durch den von uns beauftragten Dienstleister bei unfallbedingten beruflichen oder sozialen Angelegenheiten. Diese Leistungen werden auf die persönliche Situation und den konkreten Bedarf abgestimmt.

Die Leistungen können zum Beispiel umfassen

- geeignete Maßnahmen zur Potenzialanalyse und Prognose der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, der fachlichen Kompetenzen und der persönlichen Interessen
- eine Beratung zur Verbesserung der Mobilität, des Wohnumfelds oder der technischen Situation am Arbeitsplatz
- ein individuelles Coaching zur frühzeitigen Aktivierung
- geeignete Maßnahmen zur Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes
- die Vermittlung von geeigneten Umschulungs- und Fortbildungsmaßnahmen
- die Begleitung bei der Suche nach einem anderen, geeigneten Arbeitsplatz sowie
- die Vermittlung eines Kontakts zu anderen Betroffenen und Institutionen.

Kosten, die über die Beratung und Unterstützung durch den von uns beauftragten Dienstleister hinausgehen, übernehmen wir maximal in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Wir übernehmen Kosten wenn und soweit keine Eintrittspflicht eines Dritten (z. B. eines Sozialversicherungsträgers) gegeben ist.

2.1.3 Psychologische Begleitung

Der von uns beauftragte Dienstleister prüft zusammen mit Ärzten, ob eine psychologische Begleitung zur Bewältigung der Unfallfolgen angezeigt ist. Sie oder die versicherte Person erhalten dann Empfehlungen für die Behandlung, außerdem werden Sie oder die versicherte Person bei der Suche nach anerkannten Therapeuten unterstützt.

Wir übernehmen die Kosten für eine psychologische Erstberatung des Verletzten und/oder von dessen Angehörigen, die das Ziel hat, die Selbstheilungskräfte zu fördern oder zusätzliche belastende Entwicklungen zu verhindern. Die Kosten für darüber hinausgehende psychotherapeutische Maßnahmen übernehmen wir nicht.

Je Versicherungsfall übernehmen wir die Kosten bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn und soweit keine Eintrittspflicht eines Dritten (z.B. eines Sozialversicherungsträgers) gegeben ist.

Weitere Leistungen wegen krankhafter Störungen infolge psychischer Reaktionen bleiben ausgeschlossen.

2.1.4 Dauer der Leistung

Die Reha-Maßnahmen enden spätestens 3 Jahre nach dem Unfall. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich dieser Zeitraum von 3 auf 5 Jahre.

2.1.5 Mitwirkung von Krankheiten

Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen wird Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen auf den Höchstbetrag einer Leistung nach Ziffer 2.1.1 dieser Besonderen Bedingungen entsprechend angewandt.

Für die übrigen Leistungen nach der Ziffer 2.1 dieser Besonderen Bedingungen wird Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen jedoch nicht angewandt.

2.2 Reha-Zuschuss

Wir zahlen den Reha-Zuschuss in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme und einmal je Unfallereignis.

Bei der Ermittlung der Höhe der Leistung wird Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen berücksichtigt.

2.3 Fitnessstudio-Zuschuss

Wir zahlen den Fitnessstudio-Zuschuss in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme und einmal je Unfallereignis.

Bei Nutzung eines Online-Fitness-Angebotes beträgt der Zuschuss stattdessen die Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme.

Bei der Ermittlung der Höhe der Leistung wird Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen berücksichtigt.

3 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Obliegenheiten:

3.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der versicherten Person. Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

3.2 Auskünfte, die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, haben Sie uns ebenso zu erteilen. Dazu gehören insbesondere Informationen

- zum aktuellen Versicherungsschutz bei gesetzlichen, privaten oder sonstigen Versicherungs-/Versorgungs-/Leistungsträgern und
- zu bereits beantragten, erbrachten oder zugesagten Leistungen.

3.3 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Bedingungen gilt entsprechend.

4 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

5 Wie wirken sich die Rehabilitationsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?

Erbringen wir Leistungen nach Ziffer 2 dieser Besonderen Bedingungen, ist damit nicht die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitergehende Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung verbunden.

Maßgeblich dafür sind die Allgemeinen Bedingungen sowie die für einzelne Leistungsarten in Betracht kommenden Besonderen Bedingungen.

Besondere Bedingungen für Vermittlungs- und Beratungsleistungen rund um den Unfall (BB Vermittlungs- und Beratungsleistungen 2024)

1 Was ist versichert?

Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit, vermitteln wir ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) Dienst- und Beratungsleistungen rund um den Unfall.

Diese Leistungen erbringen wir ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Zur Erbringung der Leistungen bedienen wir uns qualifizierter Dienstleister.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie diese Leistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Voraussetzung für Leistungen nach diesen Besonderen Bedingungen ist, dass die versicherte Person

- einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Bedingungen erlitten hat und
- der Unfall zu einer Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit geführt hat.

2.1.1 Eine Hilfsbedürftigkeit liegt vor, wenn ein Unfall zu einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person dergestalt führt, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf (Hilfsbedürftigkeit).

2.1.2 Eine Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit einem Pflegegrad im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegebedürftigkeit) entspricht. Abweichend von der Gesetzlichen Pflegeversicherung ist es jedoch nicht erforderlich, dass die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person dauerhaft, also voraussichtlich für mindestens 6 Monate, besteht.

2.1.3 Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen unsere Hilfsleistungen nicht ein.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Dienst- und Beratungsleistungen

Bei Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person vermitteln wir die nachstehenden Leistungen. Die Kosten für die Dienst- und Beratungsleistungen sowie gegebenenfalls danach entstehende Kosten übernehmen wir nicht.

3.2 Vermittlung einer Tierbetreuung

Für die gewöhnlichen Haustiere (Hunde, Katzen, Fische, Vögel usw.) der versicherten Person vermitteln wir eine Tierbetreuung.

3.3 Vermittlung von Gartenpflege

Wir vermitteln die Pflege des Gartens der versicherten Person.

3.4 Vermittlung von Pflegehilfsmitteln

Wir vermitteln der versicherten Person die erforderlichen Pflegehilfsmittel (Rollstuhl, Gehhilfen usw.).

3.5 Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Wir vermitteln der versicherten Person eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung.

3.6 Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen

Wir vermitteln der versicherten Person eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, für die ein Pflegegrad höher als Pflegegrad 1 im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde.

5 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Obliegenheiten:

5.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der durch den Unfall verletzten versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

Dies gilt auch für den Gesundheitsstand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

5.2 Entspricht die Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person beim zuständigen Versicherungsträger unverzüglich Leistungen beantragen.

5.3 Die Anerkennung eines Pflegegrades und den Bezug von Leistungen aus der Gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

5.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Bedingungen gilt entsprechend.

6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Leistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Hilfsleistungen
(BB Hilfsleistungen 2024)

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) die folgenden Hilfsleistungen.

Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

1.2 Diese Leistungen erbringen wir ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie diese Leistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

2.1.1 Allgemeine Voraussetzungen für alle Leistungen

Voraussetzung für Leistungen nach diesen Besonderen Bedingungen ist, dass die versicherte Person

- einen unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Bedingungen erlitten hat und
- die weiteren Voraussetzungen für die jeweilige Leistungsart erfüllt sind.

2.1.2 Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen

Die versicherte Person

- ist durch den Unfall in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und
- benötigt deshalb Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (Hilfsbedürftigkeit).

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Der von uns beauftragte Dienstleister stellt durch Gespräche mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und soweit notwendig mit dem behandelnden Arzt den Bedarf an Hilfsleistungen fest. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Leistungen. Dabei wird berücksichtigt, inwieweit der Bedarf durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld abgedeckt ist.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen unsere Hilfsleistungen nicht ein.

2.4 Dauer der Leistungen

Wir erbringen Leistungen, solange eine unfallbedingte Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person besteht, jedoch längstens für einen Zeitraum von 9 Monaten vom Unfalltag an gerechnet. Unsere Hilfsleistungen enden, sofern und soweit Sachleistungen aus der Gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden. Sie enden insgesamt, wenn ein Pflegegrad höher als Pflegegrad 1 im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und Geldleistungen gewählt werden.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Hilfsleistungen

Wir organisieren die folgenden Hilfsleistungen und übernehmen deren Kosten.

3.1.1 Tag- und Nachtwache

Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer vollstationären Heilbehandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.

3.1.2 Mahlzeitendienst

Diese Leistung umfasst die Anlieferung von 7 Hauptmahlzeiten pro Woche an die versicherte Person nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden täglich warm angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert. Lebt die versicherte Person in häuslicher Gemeinschaft mit einem Ehegatten oder Lebenspartner, wird der Mahlzeitendienst auch für diesen erbracht, wenn der Ehegatte/Lebenspartner nicht in der Lage ist, Mahlzeiten zuzubereiten.

3.1.3 Einkäufe und Besorgungen

Einkäufe von Waren des täglichen Bedarfs und notwendige Besorgungen werden für die versicherte Person einmal pro Woche bis zu 4 Stunden ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, das Einkaufen einschließlich Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, zum Beispiel Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und gegebenenfalls das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen.

Die Kosten für die eingekauften Waren sowie anfallende Gebühren übernehmen wir nicht.

3.1.4 Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen und Fahrdienste, auch für Kinder

Wir bringen und begleiten die versicherte Person bis zu dreimal in der Woche zu Arzt-, Therapie- und Behördenterminen in einem Umkreis von 50 km von ihrem ständigen Aufenthaltsort, wenn ihr persönliches Erscheinen dort unumgänglich ist.

Ebenso bringen und begleiten wir Kinder zu privatem Musikunterricht, Sport- oder sonstigen Veranstaltungen, die die Kinder regelmäßig besuchen, in einem Umkreis von 50 km, bis zu zweimal je Woche und Kind.

3.1.5 Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Wäsche und Kleidung der versicherten Person werden einmal wöchentlich bis zu 3 Stunden gewaschen und gepflegt.

3.1.6 Wohnungsreinigung

Der übliche Lebensbereich der Wohnung (Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum und Flur) der versicherten Person wird einmal in der Woche bis zu 2 Stunden gereinigt.

3.1.7 Hausnotrufanlage

Der versicherten Person wird eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert. Voraussetzung ist, dass in der Wohnung ein Stromanschluss und ein Telefonanschluss genutzt werden können.

3.2 Hilfsleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades

3.2.1 Voraussetzung für die Leistungen

3.2.1.1 Betreut die versicherte Person einen Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, dann erbringen wir die Hilfsleistungen im Sinne von Ziffer 3.1 dieser Besonderen Bedingungen auch für die von der versicherten Person betreute Person.

3.2.1.2 Voraussetzung ist, dass für die von der versicherten Person betreute Person bereits vor dem Unfall der versicherten Person einen Pflegegrad im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.

3.2.2 Dauer der Leistungen

3.2.2.1 Die Betreuung der zu pflegenden Person übernehmen wir, solange die versicherte Person dazu nicht in der Lage ist, längstens jedoch innerhalb eines Zeitraums von 9 Monaten vom Unfalltag der versicherten Person an gerechnet. Falls die versicherte Person selbst pflegebedürftig wird, endet diese Betreuung einen Monat nach Anerkennung eines Pflegegrades im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung.

3.2.2.2 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall der versicherten Person Geld-

leistungen von der Gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen, erbringen wir unsere Hilfsleistungen bis zu einem Monat nach dem Unfall. Diese zeitliche Beschränkung unserer Leistung gilt nicht, wenn innerhalb dieses Monats bei der Gesetzlichen Pflegeversicherung in vollem Umfang von Geldleistungen auf Sachleistungen umgestellt wird.

3.2.2.3 Hat die zu pflegende Person vor dem Unfall Sachleistungen von der Gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen oder erhält sie in Folge einer Umstellung im Sinne der Ziffer 3.2.2.2 Satz 2 dieser Besonderen Bedingungen von der Gesetzlichen Pflegeversicherung Sachleistungen, erbringen wir unsere Hilfsleistungen nur, soweit diese nicht von der Gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht werden.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, für die ein Pflegegrad höher als Pflegegrad 1 im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde. Die für die Versicherung von Hilfsleistungen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

5 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Obliegenheiten:

5.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der durch den Unfall verletzten versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

Dies gilt auch für den Gesundheitsstand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

5.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich eines Pflegegrades im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person beim zuständigen Versicherungsträger unverzüglich Leistungen beantragen.

5.3 Die Anerkennung eines Pflegegrades und den Bezug von Leistungen aus der Gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

5.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Bedingungen gilt entsprechend.

6 Wie wirken sich die Hilfsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?

Erbringen wir Leistungen nach Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen, ist damit nicht die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitergehende Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung verbunden. Maßgeblich dafür sind die Allgemeinen Bedingungen sowie die für einzelne Leistungsarten in Betracht kommenden Besonderen Bedingungen.

7 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Familienhilfe
(BB Familienhilfe 2024)

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall einer der unter Ziffer 2.1 genannten Personen zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs- Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) die folgenden Leistungen der Familienhilfe.

Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

1.2 Diese Leistungen erbringen wir ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie diese Leistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Wir erbringen Leistungen zur Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts der versicherten Person (Familienbetreuung, Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen) unter folgenden Voraussetzungen:

- Für die versicherte Person besteht eine Versicherung nach diesen Besonderen Bedingungen und
- die versicherte Person ist unter 18 Jahre alt und
- ein Unfall der versicherten Person oder einer anderen Person, die mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt, führt zu einem unfallbedingten Hilfebedarf bei der Haushaltsführung.

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Der von uns beauftragte Dienstleister stellt durch Gespräche mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und soweit notwendig mit dem behandelnden Arzt den Bedarf an Hilfsleistungen fest. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Leistungen. Dabei wird berücksichtigt, inwieweit der Bedarf durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld abgedeckt ist.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Hilfsbedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen unsere Hilfsleistungen nicht ein.

2.4 Dauer der Leistungen

Die Familie der versicherten Person erhält innerhalb eines Zeitraums von 9 Monaten vom Unfalltag an gerechnet längstens für bis zu 6 Wochen eine Familienbetreuung.

3 Welche Leistungen sind versichert?

Die Familie der versicherten Person erhält für bis zu 6 Wochen eine Familienbetreuung.

Die Leistungen werden bis zu 8 Stunden täglich erbracht. Steht in den ersten 48 Stunden nach dem Unfall niemand für die notwendige Betreuung und Versorgung der Kinder zur Verfügung, dann erfolgt während dieser Zeit die Familienbetreuung rund um die Uhr.

Die Haushaltshilfe umfasst die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts.

Hierzu zählt die Reinigung und Pflege der Wäsche, der Einkauf und die Wohnungsreinigung im üblichen Umfang (Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum).

Die Kinderbetreuung umfasst Hausaufgabenbetreuung (im Grundschulalter), Zubereitung von Mahlzeiten, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Unterstützung bei der Körperpflege (nicht medizinischer Art) und Hilfe beim An- und Auskleiden und Freizeitgestaltung. Ebenso bringen und begleiten wir Kinder zu privatem Musikunterricht, Sport- oder sonstigen Veranstaltungen, die die Kinder regelmäßig besuchen, in einem Umkreis von 50 km, bis zu zweimal je Woche und Kind.

4 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Obliegenheiten:

4.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der durch den Unfall verletzten versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

Dies gilt auch für den Gesundheitsstand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

4.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich eines Pflegegrades im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person beim zuständigen Versicherungsträger unverzüglich Leistungen beantragen.

4.3 Die Anerkennung eines Pflegegrades und den Bezug von Leistungen aus der Gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

4.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Bedingungen gilt entsprechend.

5 Wie wirken sich die Hilfsleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?

Erbringen wir Leistungen nach Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen, ist damit nicht die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitergehende Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung verbunden. Maßgeblich dafür sind die Allgemeinen Bedingungen sowie die für einzelne Leistungsarten in Betracht kommenden Besonderen Bedingungen.

6 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von Pflegeleistungen (BB Pflegeleistungen 2024)

1 Was ist versichert?

1.1 Führt ein Unfall der versicherten Person zu einer Hilfsbedürftigkeit, erbringen wir ergänzend zu Ziffer 2 der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) die folgenden Leistungen:

- Pflegeleistungen
- Vermittlung eines Pflegeplatzes
- Zahlung einer Pauschale bei Umzug ins Pflegeheim

Wir bedienen uns dazu qualifizierter Dienstleister.

1.2 Diese Leistungen erbringen wir ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland.

2 Wann und in welchem Umfang erhalten Sie diese Leistungen?

2.1 Voraussetzungen für die Leistungen

Voraussetzung für Leistungen nach diesen Besonderen Bedingungen ist, dass die versicherte Person

- einen Unfall im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Bedingungen erlitten hat und
- die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person entspricht einem Pflegegrad im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung (Pflegebedürftigkeit). Abweichend von der Gesetzlichen Pflegeversicherung ist es jedoch nicht erforderlich, dass die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person dauerhaft, also voraussichtlich für mindestens 6 Monate, besteht.

2.2 Bedarfsermittlung und Umfang der Leistungen

Der von uns beauftragte Dienstleister stellt durch Gespräche mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und soweit notwendig mit dem behandelnden Arzt durch den Unfall entstandenen, individuellen Bedarf fest. Diesen Bedarf decken wir mit den in Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen aufgeführten Leistungen. Dabei wird berücksichtigt, inwieweit der Bedarf durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld abgedeckt ist.

2.3 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen an der Pflegebedürftigkeit mitgewirkt, schränken wir abweichend von Ziffer 3 der Allgemeinen Bedingungen unsere Leistungen nach diesen Besonderen Bedingungen nicht ein.

2.4 Dauer der Leistungen

Wir erbringen Leistungen, solange eine unfallbedingte Pflegebedürftigkeit der versicherten Person besteht, jedoch längstens für einen Zeitraum von 9 Monaten vom Unfalltag an gerechnet. Unsere Pflegeleistungen enden, sofern und soweit Sachleistungen aus der Gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden. Sie enden insgesamt, wenn ein Pflegegrad höher als Pflegegrad 1 im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und Geldleistungen gewählt werden.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Pflegeleistungen

Wir organisieren die folgenden Pflegeleistungen und übernehmen deren Kosten:

3.1.1 Pflegeberatung, Feststellung des Umfangs der Pflegeleistungen und Pflegeschulung

Vor Aufnahme der Grundpflege (Ziffer 3.1.2 dieser Besonderen Bedingungen) findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt. In diesem Gespräch wird

- der Umfang der nötigen Pflegeleistungen festgestellt,
- die Pflegeleistung geplant,
- geprüft, welche Pflegehilfsmittel erforderlich sind,
- über mögliche Ansprüche auf Leistungen aus der Pflegeversicherung informiert und beraten.

Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese auf Wunsch für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.

3.1.2 Grundpflege

Die versicherte Person erhält bei Bedarf eine Grundpflege. Die Grundpflege umfasst:

- Körperpflege – einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen,
- An- und Auskleiden,
- Hilfe beim Verrichten der Notdurft,
- Lagerung im Bett,
- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen,
- Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme,
- die Gabe von ärztlich verordneten Medikamenten.

Diese Pflegeleistungen werden bis zu zweimal täglich für insgesamt bis zu 2 Stunden pro Tag erbracht.

3.1.3 24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrtkosten

Gleichzeitig mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege kann – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft vorbeischickt zur entsprechenden Hilfeleistung. Voraussetzung ist, dass in der Wohnung ein Stromanschluss und ein Telefonanschluss genutzt werden können.

3.1.4 Pflegeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte 1. Grades

3.1.4.1 Voraussetzungen für die Leistungen:

- Die versicherte Person hat einen Angehörigen bis zum Eintritt des Unfalls gepflegt und ist dazu unfallbedingt nicht mehr in der Lage.

  Angehörige sind der Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandte 1. Grades der versicherten Person.
- Die versicherte Person und der Angehörige leben in häuslicher Gemeinschaft.
- Für den Angehörigen bestand zum Zeitpunkt des Unfalls ein Pflegegrad im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung.
- Es steht keine andere Pflegeperson aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung des Angehörigen zur Verfügung.

3.1.4.2 Umfang der Leistungen

Wir übernehmen die Pflegeleistungen im Umfang von Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen, soweit die versicherte Person sie vor dem Unfall erbracht hat.

3.1.4.3 Dauer der Leistungen

3.1.4.3.1 Die Betreuung des Angehörigen übernehmen wir, solange die versicherte Person dazu nicht in der Lage ist, längstens jedoch innerhalb eines Zeitraums von 9 Monaten vom Unfalltag der versicherten Person an gerechnet. Falls die versicherte Person selbst pflegebedürftig wird, endet diese Betreuung einen Monat nach Anerkennung eines Pflegegrades im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung.

3.1.4.3.2 Hat der Angehörige vor dem Unfall der versicherten Person Geldleistungen von der Gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, erbringen wir unsere Pflegeleistungen bis zu einem Monat nach dem Unfall. Diese zeitliche Beschränkung unserer Leistung gilt nicht, wenn innerhalb dieses Monats bei der Gesetzlichen Pflegeversicherung in vollem Umfang von Geldleistungen auf Sachleistungen umgestellt wird.

3.1.4.3.3 Hat der Angehörige vor dem Unfall Sachleistungen von der Gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen oder erhält dieser in Folge einer Umstellung im Sinne der Ziffer 3.1.4.3.2 Satz 2 dieser Besonderen Bedingungen von der Gesetzlichen Pflegeversicherung Sachleistungen, erbrin-

gen wir unsere Pflegeleistungen nur, soweit diese nicht von der Gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht werden.

3.2 Vermittlung eines Pflegeplatzes

In Notfällen garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt, ein Anspruch auf einen ortsnahen Pflegeplatz besteht jedoch nicht. Die Kosten für die Unterbringung selbst übernehmen wir nicht.

3.3 Umzugspauschale ins Pflegeheim

Wir zahlen eine Pauschale in der vereinbarten Höhe, wenn

- die versicherte Person wegen der Folgen eines Unfalls in ein Pflegeheim ziehen muss und
- der Umzug innerhalb eines Jahres nach dem Unfall erfolgt.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, für die eine dauernde Pflegebedürftigkeit mit einem Pflegegrad höher als Pflegegrad 1 im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde. Die für die Versicherung von Pflegeleistungen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

5 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ergänzend zu Ziffer 7 der Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Obliegenheiten:

5.1 Damit wir unsere Leistungen erbringen können, benötigen wir Auskünfte über den aktuellen Gesundheitszustand der durch den Unfall verletzten versicherten Person.

Sie oder die versicherte Person müssen uns diese Auskünfte erteilen, soweit sie für unsere Leistungen erforderlich sind.

Dies gilt auch für den Gesundheitsstand pflegebedürftiger Angehöriger, wenn wir für sie Leistungen erbringen.

5.2 Entspricht die Hilfsbedürftigkeit der versicherten Person voraussichtlich einem Pflegegrad im Sinne der Gesetzlichen Pflegeversicherung, müssen Sie oder die versicherte Person beim zuständigen Versicherungsträger unverzüglich Leistungen beantragen.

5.3 Die Anerkennung eines Pflegegrades und den Bezug von Leistungen aus der Gesetzlichen Pflegeversicherung müssen Sie oder die versicherte Person uns unverzüglich anzeigen.

5.4 Wird eine dieser Obliegenheiten verletzt, kann dies Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Ziffer 8 der Allgemeinen Bedingungen gilt entsprechend.

6 Wie wirken sich die Pflegeleistungen auf andere Leistungen aus der Unfallversicherung aus?

Erbringen wir Leistungen nach Ziffer 3 dieser Besonderen Bedingungen, ist damit nicht die Anerkennung unserer Leistungspflicht für weitergehende Leistungen aus Ihrer Unfallversicherung verbunden. Maßgeblich dafür sind die Allgemeinen Bedingungen sowie die für einzelne Leistungsarten in Betracht kommenden Besonderen Bedingungen.

7 Welche vertraglichen Beziehungen bestehen zu den Dienstleistern?

Wir beauftragen Dienstleister, um unsere Leistungspflicht zu erfüllen. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

Für Dienstleistungen, die Sie oder die versicherte Person in Auftrag geben, übernehmen wir keine Kosten.

Besondere Bedingungen für altersabhängige Änderungen der Unfallversicherung
(BB altersabhängige Änderungen 2024)

Was müssen Sie bei Vollendung bestimmter Lebensjahre beachten?

Ihre Unfallversicherung ändert sich bei Vollendung folgender Lebensjahre:

1. Vollendung des 18. Lebensjahres
2. Vollendung des 30. Lebensjahres
3. Vollendung des 40. Lebensjahres
4. Vollendung des 55. Lebensjahres
5. Vollendung des 67. Lebensjahres
6. Vollendung des 75. Lebensjahres
7. Vollendung des 85. Lebensjahres

Wir informieren Sie rechtzeitig über die Änderungen. Erhöht sich der Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung kündigen. Ihre Kündigung wird mit ihrem Zugang bei uns, frühestens jedoch zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung wirksam.

1 Vollendung des 18. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, ergeben sich folgende Änderungen:

1.1 Wir stellen die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Personen im Alter von 18 bis 29 Jahren um.

Wir führen den Vertrag mit den bisherigen Versicherungssummen weiter und errechnen den entsprechend höheren Beitrag. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch zum bisherigen Beitrag bei entsprechend gesenkten Versicherungssummen weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

1.2 Es entfallen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung einer monatlichen Waisen-Rente bei Unfalltod eines sorgeberechtigten Elternteils (BB Waisen-Rente 2024).

1.3 Es entfallen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Rooming-In bei Kindern (BB Rooming-In 2024).

1.4 Die Mitversicherung von Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund entfällt (Ziffer 5.2.5 Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen).

1.5 Die Mitversicherung von allergischen Reaktionen aufgrund von Insektenstichen oder -bissen entfällt (Ziffer 21 der Besonderen Bedingungen für erweiterten Unfallversicherungsschutz [BB erweiterter Unfallschutz 2024]).

1.6 Die Mitversicherung von Impfschäden entfällt (BB Impfschäden 2024).

2 Vollendung des 30. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 30. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Personen im Alter von 30 bis 39 Jahren um. Durch diese Umstellung ergibt sich ein neuer Beitrag.

3 Vollendung des 40. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Personen im Alter von 40 bis 54 Jahren um. Durch diese Umstellung ergibt sich ein neuer Beitrag.

4 Vollendung des 55. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Personen im Alter von 55 bis 66 Jahren um. Durch diese Umstellung ergibt sich ein neuer Beitrag.

5 Vollendung des 67. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, ergeben sich folgende Änderungen:

5.1 Wir stellen die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Personen im Alter von 67 bis 74 Jahren um. Durch diese Umstellung ergibt sich ein neuer Beitrag.

5.2 Es entfällt die Mitversicherung eines Tagegeldes (Ziffer 2.4 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen).

5.3 Es entfällt die Verdoppelung der Versicherungssumme für das Krankenhaustagegeld ab dem 4. Tag einer vollstationären Behandlung (Ziffer 2.5.2 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen).

5.4 Es entfallen die Besonderen Bedingungen für die Bemessung des Invaliditätsgrads – verbesserte Gliedertaxe (BB verbesserte Gliedertaxe 2024).

5.5 Es entfallen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle (BB außerberufliche Unfälle 2024).

5.6 Es entfallen die Besonderen Bedingungen für die Versicherung von Leistungen bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit (BB Unfall-AU-Geld 2024)

5.7 Wenn Sie die Erbringung einer Leistung bei Frakturen, Bänder- und Sehnenrissen (BB Frakturen, Bänder- und Sehnenrisse 2024) mitversichert haben, sind die Folgen von Oberschenkelhalsbrüchen entsprechend der Besonderen Bedingungen für die Versicherung eines Oberschenkelhalsbruchs (BB Oberschenkelhalsbruch 2024) mitversichert.

5.8 Sonderregelungen zu Progressionsmodellen

5.8.1 Wenn Sie mit uns die BB Turbo Progression 700 – 2024 vereinbart haben, gilt stattdessen die BB Progression 700 – 2024 als vereinbart.

5.8.2 Wenn Sie mit uns die BB Turbo Progression 500 – 2024 vereinbart haben, gilt stattdessen die BB Progression 500 - 2024 als vereinbart.

5.8.3 Wenn Sie mit uns die BB Turbo Progression 300 – 2024 vereinbart haben, gilt stattdessen die BB Progression 300 - 2024 als vereinbart.

6 Vollendung des 75. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Personen im Alter von 75 bis 84 Jahren um. Durch diese Umstellung ergibt sich ein neuer Beitrag.

7 Vollendung des 85. Lebensjahres

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, ergeben sich folgende Änderungen:

7.1 Wir stellen die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Tarif für Personen im Alter ab 85 Jahre um. Durch diese Umstellung ergibt sich ein neuer Beitrag.

7.2 Es entfallen die Besonderen Bedingungen

- für die progressive Invaliditätsstaffel - Progression 700 (BB Progression 700 - 2024)
- für die progressive Invaliditätsstaffel - Progression 500 (BB Progression 500 - 2024)
- für die progressive Invaliditätsstaffel - Progression 300 (BB Progression 300 - 2024).

Besondere Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung (BB Gruppen-UV 2024)

Sie können die Gruppen-Unfallversicherung mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abschließen.

Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1 Was gilt für Versicherungen ohne Namensangabe?

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

1.2 Sie müssen die zu versichernden Personen so bezeichnen und erfassen, dass deren Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis eindeutig feststeht.

1.3 Wir werden Sie regelmäßig auffordern, die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben.

Diese Angabe müssen Sie uns innerhalb eines Monats nach unserer Aufforderung machen. Inhalt der Angabe:

- Aufteilung nach Monaten,
- Angaben des jeweils höchsten Stands eines Monats.

Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Gruppen versichert, benötigen wir diese Angaben für jede Gruppe getrennt.

1.4 Aufgrund Ihrer Angaben errechnen wir den zu zahlenden Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt.

Darüber erhalten Sie von uns eine Abrechnung.

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

2 Was gilt für Versicherungen mit Namensangabe?

2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

2.2 Für Personen, die noch nicht versichert sind, gilt:

2.2.1 Personen, deren Beruf oder Beschäftigung und Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen, können Sie jederzeit bei uns anmelden.

Der Versicherungsschutz für die hinzukommende Person beginnt frühestens mit Eingang Ihrer Anmeldung bei uns.

2.2.2 Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung oder mit anderen Versicherungssummen sind erst versichert, nachdem Sie sich mit uns über den Versicherungsschutz geeinigt haben.

2.3 Wir haben das Recht, nach Risikoprüfung den Einschluss des Einzelnen in den Vertrag abzulehnen. Lehnen wir ab, erlischt der Versicherungsschutz für diese Person einen Monat nach Abgabe unserer Erklärung.

2.4 Sollen versicherte Personen aus dem Vertrag ausscheiden, erlischt deren Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem uns Ihre Mitteilung darüber zugeht.

3 Wann endet der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person?

Ergänzend zu Ziffer 10 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) gilt:

Sie oder wir können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung beenden, wenn wir für diese eine Leistung erbracht haben oder wenn wegen dieser Leistung gegen uns Klage erhoben wurde.

Die Mitteilung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder nach Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Der Versicherungsschutz für die einzelne versicherte Person endet einen Monat, nachdem Sie oder wir die Mitteilung erhalten haben.

4 Wann endet der Vertrag?

Ergänzend zu Ziffer 10 der Allgemeinen Bedingungen gilt:

4.1 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird.

Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

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

5 Begrenzung der Höchstleistung je Unfallereignis

Werden durch ein Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1 der Allgemeinen Bedingungen mehrere versicherte Personen getötet oder verletzt, so ist die Höchstleistung für uns auf insgesamt 10 Mio. Euro je Unfall begrenzt.

Dieser Betrag gilt als gemeinsame Höchstleistung für alle versicherten Personen.

Wird der Betrag überschritten, so werden die vereinbarten Versicherungssummen für alle durch das Unfallereignis betroffenen versicherten Personen im entsprechenden Verhältnis gekürzt.

6 Altersabhängige Änderungen des Versicherungsschutzes für namentlich genannte Personen

Für Personen, die im Antrag und im Versicherungsschein mit vollständigem Namen sowie mit Geburtsdatum genannt werden, gelten die Besonderen Bedingungen für altersabhängige Änderungen der Unfallversicherung (BB altersabhängige Änderungen 2024).

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, gilt abweichend von Ziffer 5.7 der BB altersabhängige Änderungen 2024:

Die Folgen von Oberschenkelhalsbrüchen entsprechend der Besonderen Bedingungen für die Versicherung eines Oberschenkelhalsbruchs (BB Oberschenkelhalsbruch 2024) sind auch dann versichert, wenn die Erbringung einer Leistung bei Frakturen, Bänder- und Sehnenrissen (BB Frakturen, Bänder- und Sehnenrisse 2024) nicht mitversichert ist.

7 Altersabhängige Änderungen des Versicherungsschutzes für nicht namentlich genannte Personen

7.1 Vollendung des 67. Lebensjahres

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem eine versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, wird der Versicherungsschutz für diese Person wie folgt angepasst:

7.1.1 Es entfällt die Mitversicherung eines Tagegeldes (Ziffer 2.4 Allgemeine Bedingungen).

7.1.2 Es entfällt die Verdoppelung der Versicherungssumme für das Krankenhaustagegeld ab dem 4. Tag einer vollstationären Behandlung (Ziffer 2.5.2 Allgemeine Bedingungen).

7.1.3 Wenn Sie mit uns die BB Turbo Progression 700 - 2024 vereinbart haben, gilt stattdessen die BB Progression 700 – 2024 als vereinbart.

7.1.4 Wenn Sie mit uns die BB Turbo Progression 500 – 2024 vereinbart haben, gilt stattdessen die BB Progression 500 – 2024 als vereinbart.

7.1.5 Wenn Sie mit uns die BB Turbo Progression 300 – 2024 vereinbart haben, gilt stattdessen die BB Progression 300 – 2024 als vereinbart.

7.1.6 Es entfallen die Besonderen Bedingungen

- für die Bemessung des Invaliditätsgrads – verbesserte Gliedertaxe (BB verbesserte Gliedertaxe 2024).
- – für den erweiterten Unfallversicherungsschutz 2024 (BB erweiterter Unfallschutz 2024).
- – für die Versicherung von Leistungen bei unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit (BB Unfall-AU-Geld 2024).

7.2 Vollendung des 85. Lebensjahres

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem eine versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, wird der Versicherungsschutz für diese Person wie folgt angepasst:

Es entfallen die Besonderen Bedingungen

- für die progressive Invaliditätsstaffel - Progression 700 (BB Progression 700 - 2024)
- für die progressive Invaliditätsstaffel - Progression 500 (BB Progression 500 - 2024)
- für die progressive Invaliditätsstaffel - Progression 300 (BB Progression 300 - 2024).

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person
(BB Direktanspruch 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung gegen Unfälle vereinbart, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Abweichend von Ziffer 12.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) gilt:

1 Ausschließlich die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung unmittelbar bei uns geltend machen. Ihre Zustimmung als Versicherungsnehmer ist hierfür nicht erforderlich. Wir leisten direkt an die versicherte Person.

2 Sie können Leistungen aus der Unfallversicherung nur mit Zustimmung der versicherten Person bei uns geltend machen.

3 Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über

- den im Rahmen dieses Vertrags bestehenden Versicherungsschutz und
- diese Vereinbarung.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle
(BB außerberufliche Unfälle 2024)

Wir bieten im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) Versicherungsschutz für außerberufliche Unfälle entsprechend den folgenden Bedingungen:

1 Ziffer 6 der Allgemeinen Bedingungen gilt nicht.

2 Voraussetzungen für die Leistungen

2.1 Die versicherte Person steht in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis und ist

- gesetzlich oder freiwillig durch die Gesetzliche Unfallversicherung gegen Arbeitsunfälle oder
- nach den Versorgungsvorschriften für Beamte und Soldaten gegen Dienstunfälle

versichert.

2.2 Es handelt sich um einen außerberuflichen Unfall im Sinne der Gesetzlichen Unfallversicherung.

2.3 Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der Gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der zuständigen Dienststelle maßgebend.

3 Kein Versicherungsschutz für Berufs- und Vertragssportler

Kein Versicherungsschutz besteht für Berufs- und Vertragssportler, die ihren Lebensunterhalt überwiegend mit der ausgeübten Sportart verdienen (einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeiten innerhalb von Polizei, Bundeswehr und Ähnlichem).

4 Änderung der Voraussetzung für die Leistungen

4.1 Fällt die Voraussetzung nach Ziffer 2.1 dieser Besonderen Bedingungen für länger als 2 Monate fort, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Ab Fortfall der Voraussetzung hat die versicherte Person zum bisherigen Beitrag für einen Monat Versicherungsschutz für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Nach Ablauf dieses Monats bleibt der erweiterte Versicherungsschutz bestehen. Es vermindern sich jedoch die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrags zum bisherigen Beitrag nach dem dann gültigen Tarif.

4.2 Liegt die Voraussetzung nach Ziffer 2.1 dieser Besonderen Bedingungen wieder vor, führen wir auf Ihren Wunsch den Vertrag als Unfallversicherung gegen außerberufliche Unfälle mit dem bisherigen Beitrag bei entsprechend erhöhten Versicherungssummen weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

5 Was müssen Sie bei Vollendung des 67. Lebensjahres beachten?

Mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, entfallen diese Besonderen Bedingungen.

Besondere Bedingungen für die Familien-Vorsorge-Versicherung in der Unfallversicherung
(BB Vorsorge 2024)

Wir bieten im Rahmen der für Ihren Vertrag vereinbarten Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (Allgemeine Bedingungen) beitragsfreien Vorsorgeschutz für hinzukommende Familienangehörige (Ehepartner und Kinder) entsprechend den folgenden Bedingungen:

1 Voraussetzungen für die Leistung

1.1 Heiraten Sie oder die versicherte Person, ist der hinzukommende Ehepartner mitversichert. Das gilt auch für durch Geburt oder Adoption hinzukommende minderjährige Kinder.

1.2 Sie erhalten den Vorsorgeschutz für den Ehepartner oder das Kind, sofern diese Person nicht bereits bei uns unfallversichert ist.

2 Höhe und Dauer der Leistung

2.1 Die Versicherungssummen betragen je Person:

Invaliditätsgrundsumme (ohne Mehrleistung/ Progression)	50.000 Euro
Umbau-Sofort-Hilfe	50.000 Euro
Frakturen, Bänder- und Sehnenrisse	125 Euro
Todesfallsumme	10.000 Euro
Krankenhaustagegeld	
– vom 1. bis 3. Tag	10 Euro
– ab dem 4. Tag bis zu 3 Jahre	20 Euro
– bei ambulanten Operationen pauschal	30 Euro
Rettungs- und Bergungskosten	100.000 Euro
Rehabilitationsleistungen	
– Reha-Zuschuss	500 Euro
– Fitnessstudio-Zuschuss	250 Euro
– Reha-Management	100.000 Euro

2.2 Bestehen für Sie oder Ihren Ehepartner bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann der Vorsorgeschutz für hinzukommende Familienangehörige nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.3 Der Vorsorgeschutz besteht 12 Monate ab Eheschließung oder ab Geburt bzw. Adoption.

2.4 Beantragen Sie innerhalb der beitragsfreien Zeit einen höheren Versicherungsschutz, gilt der Vorsorgeschutz zusätzlich.

3 Ausschluss der Dynamik

Die Versicherungssummen nehmen an einer gegebenenfalls für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

Besondere Bedingungen für die kurzfristige Unfallversicherung (BB kurzfristige Unfall 2024)

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung mit einer Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr abgeschlossen.

1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Abweichend von Ziffer 11.1.1 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen

- ist der Beitrag als Einmalbeitrag zu entrichten.
- beträgt die Dauer der Versicherungsperiode die im Versicherungsschein angegebene Zeit, für die der Vertrag abgeschlossen wurde.

2 Keine Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Ziffer 11.6 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen gilt nicht.

Satzung

[Fassung 09/2023]

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird jeweils nur die männliche Form verwendet, die weibliche ist dabei jeweils mit eingeschlossen.

I. Allgemeines

§ 1 Name, Sitz, Zweck, Geschäftsbereich und Geschäftsjahr

1. Der im Jahre 1896 gegründete Verein ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit im Sinne der gesetzlichen Vorschriften und führt den Namen:

LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.

2. Der Verein hat seinen Sitz in Münster (Westf.).

3. Das sachliche Arbeitsgebiet erstreckt sich auf den unmittelbaren Betrieb aller Zweige des privaten Versicherungswesens mit Ausnahme der Lebens- und Krankenversicherung.

4. Das räumliche Arbeitsgebiet erstreckt sich auf das In- und Ausland.

5. Der Verein ist berechtigt:

a) sich an Versicherungsgemeinschaften zur Tragung schwererer Wagnisse zu beteiligen,

b) Rückversicherung zu nehmen und zu gewähren,

c) Versicherungen in solchen Zweigen zu vermitteln, die er selbst nicht betreibt,

d) Bausparverträge zu vermitteln und sonstige Vermittlungsgeschäfte zu betreiben, die mit Versicherungsgeschäften in unmittelbarem Zusammenhang stehen,

e) sich an anderen Versicherungsunternehmen oder solchen Kapitalgesellschaften anderer Art, deren Gegenstand mit dem Zweck der Gesellschaft in wirtschaftlichem Zusammenhang steht, zu beteiligen.

In allen Fällen wird eine Mitgliedschaft zum Verein nicht begründet. Die Beschränkungen des sachlichen Geltungsbereiches (§ 1 Nr. 3) entfallen in den Fällen b, c, d und e.

6. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 2 Bekanntmachungen

Die Bekanntmachungen des Vereins erfolgen im elektronischen Bundesanzeiger.

II. Mitgliedschaft

§ 3

1. Mitglied wird jeder, der mit dem Verein einen Versicherungsvertrag abschließt oder in einen bereits bestehenden Versicherungsvertrag eintritt (Ausnahme siehe Ziffer 2). In der Kraftfahrtversicherung können für folgende Wagnisse keine Verträge mit dem Verein abgeschlossen werden:

a) Kraftomnibusse jeder Art einschließlich deren Anhänger,

b) Wagnisse der Kraftfahrzeughersteller.

2. Den unter Ziffer 1 Aufgeführten kann kurzfristiger Versicherungsschutz (unterjährige Versicherung) gegen festen Beitrag gewährt werden, ohne dass sie Mitglieder des Vereins werden. In der Tierversicherung erfolgt die Versicherung gegen festen Beitrag und ohne dass die Versicherungsnehmer Mitglieder des Vereins werden, soweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen dies vorsehen. Außer in den zuvor genannten Fällen kann der Verein Versicherungsverträge gegen festen Beitrag abschließen, ohne dass die Versicherungsnehmer Mitglieder des Vereins werden, sofern auf das Nichtmitgliedergeschäft insgesamt höchstens ein Zehntel der Gesamtbeitragseinnahmen des Vereins entfällt.

3. Die Mitgliedschaft endet, wenn das Versicherungsverhältnis des Mitgliedes aufhört. Mit der Beendigung der Mitgliedschaft verlieren die ausscheidenden Mitglieder alle auf der Mitgliedschaft beruhenden Rechte, sie bleiben jedoch für die Verbindlichkeiten des Vereins aus dem Geschäftsjahr, in dem sie ausscheiden, haftbar.

III. Organe

§ 4

Die Organe des Vereins sind:

A. der Vorstand

B. der Aufsichtsrat

C. die Mitgliederversammlung.

Die Organe des Vereins nehmen ihre Aufgaben im Unternehmensinteresse zum Wohle der Mitglieder und der Versicherten wahr. Zu dem Unternehmensinteresse des Vereins gehört auch ein Konzerninteresse im Sinne der konzernweiten Wahrnehmung von Beteiligungsrechten des Vereins.

A. Der Vorstand

§ 5

1. Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen.

2. Der Aufsichtsrat bestellt die Vorstandsmitglieder und bestimmt ihre Zahl. Er kann auch stellvertretende Vorstandsmitglieder bestellen. Der Aufsichtsrat kann ein Vorstandsmitglied zum Vorsitzenden und eines zum stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes ernennen. Sofern der Aufsichtsrat nicht eine Geschäftsordnung für den Vorstand erlässt, kann der Vorstand sich mit Zustimmung des Aufsichtsrats eine Geschäftsordnung geben. Der Vorstand leitet den Verein nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen, der Satzung und der Geschäftsordnung.

3. Die Beschlüsse des Vorstandes werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Ist ein Vorstandsvorsitzender ernannt, so gibt bei Stimmengleichheit seine Stimme den Ausschlag. Satz 2 gilt nicht bei einem zweigliedrigen Vorstand.

4. Der Vorstand ist berechtigt, zu seiner Unterstützung einen beratenden Beirat zu berufen und den Umfang seiner Rechte und Pflichten durch eine Geschäftsordnung zu bestimmen.

5. Der Verein wird vertreten durch:

a) zwei Vorstandsmitglieder oder

b) ein Vorstandsmitglied und einen Prokuristen.

B. Der Aufsichtsrat

§ 6

1. Der Aufsichtsrat besteht aus sechs Personen.

Die Mitgliederversammlung kann gleichzeitig mit den ordentlichen Aufsichtsratsmitgliedern für ein bestimmtes Aufsichtsratsmitglied oder für mehrere bestimmte Aufsichtsratsmitglieder ein Ersatzmitglied wählen, das für die Dauer der restlichen Amtszeit des ausscheidenden ordentlichen Mitgliedes an dessen Stelle tritt.

2. Die Aufsichtsratsmitglieder werden bis zur Beendigung derjenigen Mitgliederversammlung gewählt, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet. Wird in Ermangelung eines Ersatzmitgliedes ein Aufsichtsratsmitglied anstelle eines vorzeitig ausscheidenden Mitgliedes gewählt, so gilt sein Amt für den Rest der Amtsdauer des ausscheidenden Mitgliedes.

Jedes Mitglied bzw. Ersatzmitglied des Aufsichtsrates kann, sofern nicht ein wichtiger Grund zur fristlosen Niederlegung des Amtes berechtigt, sein Amt unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von drei Monaten durch schriftliche Erklärung gegenüber dem Vorstand niederlegen.

3. Der Aufsichtsrat wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen oder mehrere Stellvertreter. Scheidet im Laufe der Wahlperiode der Vorsitzende oder einer der gewählten Stellvertreter aus seinem Amt aus, so hat der Aufsichtsrat innerhalb von sechs Monaten eine Neuwahl für den Ausgeschiedenen vorzunehmen.

4. Die Mitglieder des Aufsichtsrates erhalten für jedes Geschäftsjahr eine feste Aufsichtsratsvergütung. Darüber hinaus erhalten die Mitglieder von Ausschüssen für jedes Geschäftsjahr eine feste Ausschussvergütung. Die jeweilige Höhe der Vergütungen wird von der Mitgliederversammlung bestimmt. Der Vorsitzende des Aufsichtsrates erhält das Doppelte der Aufsichtsratsvergütung. Den Aufsichtsratsmitgliedern werden außerdem Reisekosten erstattet. Die Mitgliederversammlung kann weitere Leistungen an Aufsichtsratsmitglieder beschließen, die angemessen und im Verhältnis zur Festvergütung von untergeordneter Bedeutung sein müssen, allen Aufsichtsratsmitgliedern nach gleichen Kriterien gewährt werden und nicht gegen Rechtsvorschriften oder die für die Gesellschaft geltenden Compliance-Regelungen verstoßen dürfen. Soweit die Aufsichtsratsmitglieder für ihre Aufsichtsratstätigkeit Umsatzsteuer zu zahlen haben, wird diese von der Gesellschaft erstattet.

§ 7

1. Beschlüsse des Aufsichtsrates werden in der Regel in Sitzungen gefasst. Abwesende Aufsichtsratsmitglieder können dadurch an der Beschlussfassung in einer Sitzung des Aufsichtsrats teilnehmen, dass sie schriftliche Stimmabgaben überreichen lassen oder

telefonisch oder per Videokonferenz zugeschaltet sind. Die schriftlichen Stimmabgaben können durch andere Aufsichtsratsmitglieder überreicht werden. Für die Stimmabgabe ausreichend ist die Überreichung eines Telegramms, eines Telefaxes oder einer Bilddatei, die jeweils im Original unterschrieben sind, oder einer mit einer elektronischen Signatur versehenen E-Mail.

2. Außerhalb von Sitzungen ist eine Beschlussfassung in schriftlicher, fernmündlicher und anderer vergleichbarer Form zulässig, wenn der Vorsitzende des Aufsichtsrates eine solche Beschlussfassung anordnet und kein Mitglied des Aufsichtsrates diesem Verfahren widerspricht. Einer Beschlussfassung per Videokonferenz kann nicht widersprochen werden.

3. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitglieder an der Beschlussfassung teilnimmt. Der Aufsichtsrat fasst seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit der abgegebenen Stimmen. Bei Stimmengleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Die Art der Abstimmung bestimmt der Vorsitzende.

4. Über die Sitzungen des Aufsichtsrates ist eine Niederschrift zu fertigen, die von dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates, bei dessen Verhinderung von einem Stellvertreter und jeweils einem weiteren Aufsichtsratsmitglied, zu unterzeichnen ist. Bei Hinzuziehung eines Protokollführers, der nicht Mitglied des Aufsichtsrats ist, ist die Niederschrift von diesem und dem Aufsichtsratsvorsitzenden, bei dessen Verhinderung von einem Stellvertreter, zu unterzeichnen. Über Beschlüsse, die außerhalb von Sitzungen gefasst worden sind, ist eine Niederschrift zu fertigen, die von dem Vorsitzenden des Aufsichtsrats, bei dessen Verhinderung von einem Stellvertreter, zu unterzeichnen ist.

5. Der Aufsichtsrat kann aus seiner Mitte einen oder mehrere Ausschüsse bestellen. Ihnen können Aufgaben zugewiesen werden, soweit es das Gesetz zulässt. An den Ausschusssitzungen können Aufsichtsratsmitglieder, die dem Ausschuss nicht angehören, teilnehmen, wenn der Aufsichtsratsvorsitzende nichts anderes bestimmt. Für Sitzungen und Beschlussfassungen der Ausschüsse gelten die Regelungen zum Aufsichtsrat entsprechend.

§ 8

1. Die Einberufung der Sitzungen des Aufsichtsrates erfolgt durch den Vorsitzenden, im Verhinderungsfalle durch einen Stellvertreter. Die Einberufung erfolgt in Textform unter Mitteilung der Tagesordnung. In dringenden Fällen kann sie auch mündlich oder fernmündlich erfolgen.

2. Der Aufsichtsrat hat zwei Sitzungen im Kalenderhalbjahr abzuhalten. Er kann beschließen, dass eine Sitzung im Kalenderhalbjahr abzuhalten ist. Im Übrigen finden Aufsichtsratssitzungen statt, sooft es die Geschäfte erfordern. Die Einberufung muss unverzüglich erfolgen, wenn der Vorstand oder ein Aufsichtsratsmitglied es verlangt. Die Sitzung hat binnen zwei Wochen nach der Einberufung stattzufinden.

§ 9

Der Aufsichtsrat hat die Befugnis, durch Geschäftsordnung oder durch Beschluss festzulegen, dass bestimmte Geschäfte nur mit seiner Zustimmung vom Vorstand vorgenommen werden können. Insbesondere ist die Zustimmung des Aufsichtsrates erforderlich:

1. zur Erteilung von Prokuren,

2. zum Erwerb und zur Veräußerung von Grundstücken, die nach Art, Umfang oder damit verbundenem Risiko von besonderer Bedeutung sind,

3. zur Beleihung von Grundstücken,

4. zur Anlegung von Vermögenswerten, die nach Art, Umfang oder damit verbundenem Risiko von besonderer Bedeutung sind,

5. zur Festsetzung der zu zahlenden Nachschüsse,

6. zur Festsetzung von Beitragsrückerstattungen.

C. Die Mitgliederversammlung

§ 10

Die Mitgliederversammlungen des Vereins finden in Münster (Westf.) statt, die ordentlichen spätestens im Monat August.

§ 11

1. Die Mitgliederversammlung wird vom Vorstand oder Aufsichtsrat einberufen.

2. Der Vorstand ist ermächtigt, unter Wahrung der Vorgaben des § 191 Satz 1 VAG i.V.m. § 118a AktG vorzusehen, dass die Versammlung ohne physische Präsenz der Mitglieder oder ihrer Bevollmächtigten am Ort der Mitgliederversammlung abgehalten wird (virtuelle Mitgliederversammlung). Die Ermächtigung gilt befristet für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Eintragung der Satzungsänderung.

3. Der Vorstand und der Versammlungsleiter sind dazu ermächtigt, vorzusehen, die Bild- und Tonübertragung der Versammlung zuzulassen.

§ 12

1. Zur Teilnahme an der Mitgliederversammlung ist jedes Mitglied berechtigt. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Teilnahme an der Mitgliederversammlung ist davon abhängig, dass die Mitglieder sich vor der Mitgliederversammlung unter Angabe der Nummer des Versicherungsscheines anmelden. Die Anmeldung muss dem Verein unter Verwendung der in der Einladung hierfür mitgeteilten Adresse mindestens sechs Tage vor der Mitgliederversammlung in Textform (§ 126b BGB) zugehen.

2. Das Stimmrecht kann auch durch einen Bevollmächtigten, der selbst Mitglied des Vereins sein muss, ausgeübt werden. Die Bevollmächtigten müssen eine vom Vertretenen eigenhändig unterschriebene Vollmacht vorlegen, in der die Nummer seines Versicherungsscheines angegeben ist. Ein Bevollmächtigter kann höchstens drei andere Mitglieder vertreten. Der Verein ist von der Ausstellung der Vollmacht spätestens sechs Tage vor der Mitgliederversammlung in Textform zu unterrichten.

§ 13

1. Den Vorsitz in den Mitgliederversammlungen führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates, bei dessen Verhinderung ein Stellvertreter oder ein anderes Mitglied des Aufsichtsrates.

2. Der Versammlungsleiter kann eine von der Ankündigung in der Tagesordnung abweichende Reihenfolge der Verhandlungsgegenstände bestimmen. Er bestimmt ferner die Art und Form der Abstimmung.

§ 14

1. Soweit nicht zwingende gesetzliche Vorschriften oder die Satzung etwas Abweichendes bestimmen, werden die Beschlüsse der Mitgliederversammlung mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst.

2. Wird bei der Vornahme der Wahlen durch die Mitgliederversammlung eine einfache Stimmenmehrheit bei der ersten Wahlhandlung nicht erreicht, findet eine engere Wahl unter denjenigen Personen statt, denen die beiden größten Stimmenzahlen zugefallen sind. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los.

§ 15

Die nach Gesetzen oder Verordnungen der staatlichen Versicherungsaufsicht bestimmten Rechte einer Minderheit von Mitgliedern der Mitgliederversammlung stehen einer Minderheit von einem Zwanzigstel der stimmberechtigten Mitglieder zu.

§ 16

Der Mitgliederversammlung steht die Entscheidung über Beitragserhöhungen insoweit zu, als die Erhöhungen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse erfolgen sollen. Ausgenommen hiervon sind Beitragserhöhungen aufgrund von Festpreisvorschriften. Satz 1 gilt ferner nicht für Beitragserhöhungen, die mit dem Versicherungsnehmer frei vereinbart werden, und für solche Beitragserhöhungen, zu denen der Verein bereits aufgrund der Allgemeinen Versicherungsbedingungen berechtigt ist.

§ 17

Für Fristen und Termine, die von der Versammlung zurückberechnet werden, gilt § 121 Absatz 7 AktG entsprechend.

IV. Rechnungs- und Buchführungswesen

§ 18

Der Vorstand hat in den ersten vier Monaten des Geschäftsjahres den Jahresabschluss sowie den Lagebericht für das vergangene Geschäftsjahr aufzustellen und den Abschlussprüfern einzureichen. Er hat den Jahresabschluss und den Lagebericht unverzüglich nach ihrer Aufstellung dem Aufsichtsrat vorzulegen.

Nach Eingang des Berichts des Aufsichtsrates hat der Vorstand die Mitgliederversammlung zur Entgegennahme des festgestellten Jahresabschlusses und des Lageberichtes unverzüglich einzuberufen. Die Mitgliederversammlung beschließt alljährlich in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres über die Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates und in den im Gesetz vorgesehenen Fällen über

die Feststellung des Jahresabschlusses und des Lageberichtes.

V. Rücklage, Deckung der Ausgaben, Verwendung der Überschüsse

§ 19

1. Zur Deckung der sich aus dem Jahresabschluss ergebenden Verluste und zur tunlichsten Vermeidung von Nachschüssen ist eine Verlustrücklage anzusammeln. Ihr werden zugeführt:

a) mindestens der handelsrechtliche Jahresüberschuss, bis die Verlustrücklage 25 % der Beitragseinnahme für eigene Rechnung erreicht oder wieder erreicht hat,

b) die Beiträge, die ihr weiterhin durch Beschluss der Mitgliederversammlung überwiesen werden.

2. Die Verlustrücklage darf zur Deckung eines im Geschäftsjahr entstandenen Verlustes nur bis zur Hälfte ihres jeweiligen Bestandes in Anspruch genommen werden, wobei jedoch mindestens 1.000.000 Euro in der Verlustrücklage verbleiben müssen. Ein danach noch bestehender Verlust ist, wenn er nicht mit Genehmigung der Versicherungsaufsichtsbehörde vorgetragen wird, durch Nachschüsse zu decken, zu deren Entrichtung sämtliche Mitglieder im Verhältnis ihrer Beiträge im letzten Geschäftsjahr verpflichtet sind.

Verbleibt nach Ausschöpfung der Nachschusspflicht noch ein Verlust, so darf zu seiner Deckung die Verlustrücklage restlos in Anspruch genommen werden.

Die Mitglieder sind auch dann im Verhältnis ihrer Beiträge im letzten Geschäftsjahr zu Nachschüssen verpflichtet, wenn die aufsichtsrechtliche Solvabilitätskapitalanforderung oder die Mindestkapitalanforderung nicht mehr bedeckt werden.

Die Nachschusspflicht wird jeweils auf die Höhe der Jahresbeiträge beschränkt.

Der Nachschussbetrag wird für jedes einzelne Mitglied gemäß den vorstehenden Bestimmungen durch den Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates festgesetzt und jedem einzelnen Mitglied schriftlich mitgeteilt mit der Aufforderung zur Zahlung binnen einer Frist von vier Wochen und dem Hinweis, dass bei Nichtzahlung die Verzugsfolgen des § 38 Versicherungsvertragsgesetz eintreten.

§ 20

1. Der nach Vornahme von Abschreibungen und Wertberichtigungen sowie nach Bildung von Rücklagen und Rückstellungen verbleibende Überschuss ist in voller Höhe der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuweisen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist ausschließlich zur Gewährung von Beitragsrückerstattungen bestimmt.

2. Die Beitragsrückerstattungen können für alle oder einzelne versicherte Wagnisse erfolgen. Sie können beschränkt werden auf im letzten Geschäftsjahr schadenfrei verlaufene Risiken oder auch gestaffelt nach der Dauer der Schadenfreiheit vorgenommen werden. Erfolgt eine Beitragsrückerstattung auch an schadenbehaftete Risiken, so kann ihr Anteil auf den Betrag beschränkt werden, um den die Beitragsrückerstattung die Entschädigungsleistung des Vereins übersteigt. Im Laufe des Geschäftsjahres beigetretene oder ausgeschiedene Mitglieder sind von jeglicher Beitragsrückerstattung ausgeschlossen. In der Kraftverkehrsversicherung können abweichend von Satz 4 auch im Laufe des Geschäftsjahres beigetretene oder ausgeschiedene Mitglieder bei der Beitragsrückerstattung berücksichtigt werden.

VI. Vermögensanlage

§ 21

Die Anlage des Vermögens erfolgt nach den gesetzlichen Vorschriften.

VII. Änderung der Satzung sowie Einführung und Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 22

1. Änderungen der Satzung werden von der Mitgliederversammlung beschlossen und bedürfen, sofern sie sich nicht auf Allgemeine Versicherungsbedingungen beziehen, der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

2. Zur Vornahme von Änderungen der Satzung, die nur die Fassung betreffen, ist der Aufsichtsrat ermächtigt.

3. Der Aufsichtsrat ist ferner ermächtigt, für den Fall, dass die Aufsichtsbehörde vor der Genehmigung des Abänderungsbeschlusses die Vornahme von Änderungen verlangt, dem zu entsprechen.

4. Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allgemeine Versicherungsbedingungen einzuführen oder zu ändern.

5. Beitragsanpassungsklauseln in Allgemeinen Versicherungsbedingungen können nach Maßgabe von § 23 auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Sonstige Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen berühren die durch Versicherungsvertrag begründeten Rechte und Pflichten der Versicherungsnehmer nur dann, wenn diese nach Mitteilung der Änderungen binnen einer ihnen vom Vorstand gesetzten Frist ihre Zustimmung erteilen.

6. Die Bestimmungen der §§ 3 Ziffer 1 und 3; 9 Ziffer 5 und 6; 12; 15; 16; 19 Ziffer 2 und 20 Ziffer 2 der Satzung können auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden.

§ 23

1. Beitragsanpassungsklauseln in allgemeinen Versicherungsbedingungen aller gegenwärtig und zukünftig vom Verein betriebenen Versicherungszweige können auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. Dies gilt nur für Beitragsanpassungsklauseln, die nach dem Inkrafttreten dieser Vorschrift vereinbart werden.

2. Beitragsanpassungsklauseln im Sinne dieser Vorschrift sind Klauseln, die es dem Verein ermöglichen, die Beiträge für Versicherungsverhältnisse an einen sich nach Vertragsabschluss verändernden Schadenaufwand oder an sich verändernde sonstige für die Beitragskalkulation relevante Aufwendungen anzupassen, um das bei Vertragsschluss bestehende wirtschaftliche Äquivalenzverhältnis zwischen der Leistung des Vereins und den dafür zu zahlenden Beiträgen der von der Beitragsanpassung betroffenen Mitglieder durch Erhöhung oder Reduzierung des Beitrages zu erhalten.

3. Die Änderung einer Beitragsanpassungsklausel nach Ziffer 1 kann erfolgen, wenn nach Vertragsschluss

- die Beitragsanpassungsklausel durch höchstrichterliche Rechtsprechung für unwirksam erklärt wurde oder
- eine inhaltsgleiche Beitragsanpassungsklausel durch höchstrichterliche Rechtsprechung für unwirksam erklärt wurde oder
- ein neues oder geändertes Gesetz oder eine sonstige für den Verein verbindliche rechtliche Regelung oder eine neue oder geänderte höchstrichterliche Rechtsprechung erhebliche unmittelbare Auswirkungen auf die bestehende Beitragsanpassungsklausel hat oder
- die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) die Verwendung der Beitragsanpassungsklausel durch bestandskräftigen Verwaltungsakt im Wege der Missstandsaufsicht beanstandet hat.

4. Die Änderung der Beitragsanpassungsklausel darf nicht über das zur Wahrung des wirtschaftlichen Äquivalenzverhältnisses erforderliche Maß hinausgehen und das Mitglied nicht benachteiligen.

5. Die geänderte Beitragsanpassungsklausel wirkt ab Mitteilung über die Änderung für die Zukunft. Eine auf Grundlage der geänderten Beitragsanpassungsklausel erfolgende rückwirkende Beitragsanpassung für Beitragszeiträume, die der Änderung der Beitragsanpassungsklausel vorangegangen sind, ist nicht möglich.

VIII. Auflösung des Vereins

§ 24

1. Beschlüsse über die Auflösung des Vereins müssen in zwei Mitgliederversammlungen gefasst werden, die mindestens vier Wochen auseinanderliegen. Erforderlich ist eine Stimmenmehrheit von drei Viertel der erschienenen Mitglieder. Eine Bevollmächtigung bei der Stimmabgabe gemäß § 12 Ziff. 2 ist nicht zulässig. Die Auflösung bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

2. Über die Verwendung des bei der Abwicklung etwa vorhandenen Überschusses beschließen die beiden Mitgliederversammlungen. Im Übrigen gelten für die Auflösung und Abwicklung die gesetzlichen Bestimmungen.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 9. August 2023, Geschäftszeichen: VA 36-I 5002/00068#00007.

Hinweise zum Datenschutz

Stand: 1. Oktober 2019

Information über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die LVM Versicherung

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die LVM Versicherung (LVM) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Ihre Rechte können Sie bei der für die Datenverarbeitung verantwortlichen Stelle oder beim Datenschutzbeauftragten der LVM geltend machen. Diese und weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.lvm.de/datenschutz.

Wer ist für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten verantwortlich?

Für die Datenverarbeitung ist die im Antrag angegebene Gesellschaft der LVM verantwortlich. Die für die Datenverarbeitung verantwortliche Stelle erreichen Sie unter

LVM Versicherung,
Kolde-Ring 21, 48126 Münster
Tel.: 0251 702-0
E-Mail: info@lvm.de

Wie erreichen Sie den Datenschutzbeauftragten der LVM?

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der oben genannten Anschrift mit dem Zusatz „Datenschutzbeauftragter“ oder per E-Mail unter datenschutz@lvm.de.

Warum benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten?

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z.B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten der mit der LVM bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung bei Vertragsanpassungen, Vertragsergänzung, für Ermessensentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Besondere Regelungen gelten für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten. Hierfür benötigen wir Ihre Einwilligung und gegebenenfalls eine Entbindung von der Schweigepflicht. Diese werden separat vertrags- oder fallbezogen eingeholt.

Werden Ihre Daten für andere Zwecke genutzt?

Ihre Daten verarbeiten wir im Rahmen der rechtlichen Rahmenbedingungen auch, um berechtigte Interessen der LVM oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der LVM und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten; insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder im Rahmen unserer Beratungspflicht.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Woher erhalten wir Ihre personenbezogenen Daten?

Ihre personenbezogenen Daten erhalten wir insbesondere durch Sie im Rahmen der Antragstellung sowie im weiteren Vertragsverlauf des Versicherungsproduktes. Daneben können wir Ihre personenbezogenen Daten auch von Dritten erhalten. Beispiele dafür sind der Adressabgleich bei der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG oder die Abfrage von Bonitätsdaten bei einer der unten genannten Wirtschaftsauskunfteien.

Wann löschen/sperren wir Ihre gespeicherten Daten?

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten solange aufbewahrt werden, wie Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (z.B. im Rahmen von gesetzlichen Verjährungsfristen von 3 oder bis zu 30 Jahren). Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 10 Jahre.

Ihre vertragsbezogenen Daten sperren wir 10 Jahre nach Ablauf Ihres Vertrags, sofern dem keine weitergehenden Aufbewahrungspflichten, Nachmeldefristen oder Leistungsversprechen unsererseits entgegenstehen. Damit stehen diese Daten der Sachbearbeitung nicht mehr zu Verfügung und können auch nicht weiter verarbeitet werden. Da Kunden aber häufiger auf ältere Unterlagen zurückgreifen wollen oder müssen, können gesperrte Daten nach einem Prüfprozess durch den Datenschutzbeauftragten im Kundeninteresse für einen kurzen Zeitraum wieder entsperrt werden.

Angebote und Anträge, die nicht zum Abschluss eines Versicherungsvertrags führen, werden 3 Jahre nach Eingang physisch gelöscht, sofern diese nicht mehr – beispielsweise für aktuelle Vertragsverhandlungen – benötigt werden.

Welche Rechtsgrundlagen liegen der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zugrunde?

Die Verarbeitung personenbezogener Daten ist gesetzlich geregelt. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt in der Regel auf Basis von Artikel 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vorvertragliche Maßnahmen oder Erfüllung eines Vertrages). Sollte die Verarbeitung auf Basis einer Einwilligung erfolgen, so ist Artikel 6 Abs. 1 lit. a DSGVO maßgeblich. Eine Einwilligung können Sie jederzeit für die Zukunft widerrufen. Bei einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten im Rahmen des berechtigten Interesses der LVM beziehen wir uns auf Artikel 6 Abs. 1. lit. f DSGVO.

Gibt es weitere Regelungen für die Verarbeitung?

Über die gesetzlichen Regelungen hinaus hat sich die deutsche Versicherungswirtschaft in eigenen Verhaltensregeln – dem sogenannten Code of Conduct - verpflichtet, weitere Maßnahmen zur Förderung des Datenschutzes zu ergreifen. Diese Verhaltensregeln sind mit

U 902 (10/2019)

den zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörden abgestimmt und gelten für alle beigetretenen Versicherungsunternehmen. Die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ können Sie im Internet unter www.lvm.de/datenschutz abrufen oder direkt unter datenschutz@lvm.de anfordern.

Die LVM hat sich frühzeitig zur Einhaltung dieser Verhaltensregeln verpflichtet.

Tauschen wir Daten mit Ihrem früheren Versicherer aus?

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z.B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Wann holen wir Auskünfte über Ihre Bonität ein?

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei

Verein Creditreform Münster
Scharnhorststr. 46
48151 Münster

Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Ein berechtigtes Interesse liegt unsererseits mindestens dann vor, wenn bereits vor der ersten Beitragszahlung Versicherungsschutz bestehen soll.

Nähere Informationen gemäß Art. 14 DSGVO zur Verarbeitung Ihrer Daten bei der Wirtschaftsauskunftei Verein Creditreform Münster stellt Ihnen diese unter https://www.creditreform.de/muenster/datenschutz zur Verfügung.

Wann geben wir Ihre Daten an Dritte weiter?

Vermittler: Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, übermittelt unser Unternehmen die notwendigen Daten an die Sie betreuenden Vermittler. Dies erfolgt nur in dem für die Betreuung und Beratung benötigten Umfang.

Dienstleister: Die LVM nutzt Dienstleister für die Erfüllung spezieller Aufgaben. Beispiele hierfür sind Abschleppunternehmen, Gutachter oder Unterstützungsleistungen im Schadenfall. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Dienstleister können Sie der Übersicht im Anhang oder der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.lvm.de/datenschutz entnehmen.

Rückversicherer: Von uns übernommene Risiken versichern wir gegebenenfalls bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an den Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Wahrung unserer berechtigten Interessen oder zur Absicherung Ihres Vertrags erforderlich ist. Sie können weitere Informationen unter den eingangs genannten Kontaktinformationen beim Datenschutzbeauftragten anfordern.

Datenverarbeitung innerhalb der Unternehmensgruppe: Spezialisierte Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen Aufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Unternehmensgruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung in übergreifenden Datenbeständen verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen. Die Dienstleisterliste liegt ihren Versicherungsunterlagen bei. Die jeweils aktuelle Dienstleisterliste können Sie unter www.lvm.de/datenschutz abrufen oder unter datenschutz@lvm.de anfordern.

HIS (Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft):
Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung von Anträgen, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten z.B. über Versicherungsobjekte mit dem HIS erforderlich. Über eine Meldung an das HIS werden Sie informiert. Nähere Informationen dazu entnehmen Sie bitte den ergänzenden Hinweisen zum HIS.

Datenübermittlung in ein Drittland: Sollten wir Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z.B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie unter www.lvm.de/datenschutz. Sie können die Informationen auch unter den eingangs genannten Kontaktinformationen beim Datenschutzbeauftragten anfordern.

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

Gibt es automatisierte Entscheidungsprozesse?

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko oder zu Schäden entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse, über die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Versicherungsbeitrags oder über unsere Leistungspflicht auf Basis von verabschiedeten Regeln.

Sollten vollautomatisiert Entscheidungen ohne menschliche Einflussnahme durchgeführt werden, werden Sie mit der Rückmeldung darauf hingewiesen, sofern Ihrem Begehren nicht stattgegeben wurde (Negativentscheidung). Sie haben das Recht, weitere Informationen über Art und Umfang der Verarbeitung zu erhalten und eine Prüfung durch einen Mitarbeiter vornehmen zu lassen.

Welche Rechte haben Sie gegenüber der LVM?

Ihre Rechte können Sie unter der eingangs angegebenen Anschrift der verantwortlichen Stelle oder beim Datenschutzbeauftragten über den eingangs angegebenen Kontaktweg geltend machen.

Auskunft, Berichtigung, Löschung: Sie können Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen.

Einschränkung der Verarbeitung: Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten zustehen.

Datenübertragung: Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht zu, die Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu verlangen.

Widerspruchsrechte:
Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen.

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

Wo können Sie sich über den Datenschutz der LVM beschweren?

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den eingangs genannten Datenschutzbeauftragten der LVM oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für die LVM zuständige Aufsichtsbehörde erreichen Sie unter
LDI NRW, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf

U 902 (10/2019)

Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH als Ergänzung zu den allgemeinen Datenschutzhinweisen

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

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf der Internetseite www.informa-his.de.

Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

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

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet die personenbezogenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Abs. 1 Buchst. f der Datenschutzgrundverordnung der EU (DSGVO). Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen, Grundrechte oder Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

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

Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

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

Kategorien der personenbezogenen Daten

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

Kategorien von Empfängern der Daten

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

Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. des Artikels 17 Abs. 1 Buchst. a DSGVO nur für eine bestimmte Zeit. Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht. Für die Speicherfristen bei HIS-Einmeldungen gilt:

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

Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden (Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden). Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Aufsichtsbehörde zuständig (hier: LDI NRW, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf).

<u>Widerspruch:</u> Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung durch die informa HIS GmbH aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Anschrift widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt wurden, können Sie bei der informa HIS GmbH unentgeltlich eine sogenannte Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die Informa HIS GmbH im Falle einer Selbstauskunft von Ihnen die folgenden Angaben:

- Name (ggf. Geburtsname, Vorname, Geburtsdatum)
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten 5 Jahre
- Ggf. die Fahrgestellnummer (FIN) des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I. oder II. zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, welches das Eigentum belegt (z.B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

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

Kontaktdaten und Anschrift der informa HIS GmbH

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

U 902 (10/2019)

Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft – Code of Conduct (Stand: 08/2018)

I. Einleitung

Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) mit Sitz in Berlin ist die Dachorganisation der privaten Versicherer in Deutschland. Ihm gehören über 450 Mitgliedsunternehmen an. Diese bieten als Risikoträger Risikoschutz und Unterstützung sowohl für private Haushalte als auch für Industrie, Gewerbe und öffentliche Einrichtungen. Der Verband setzt sich für alle die Versicherungswirtschaft betreffenden Fachfragen und für ordnungspolitische Rahmenbedingungen ein, die den Versicherern die optimale Erfüllung ihrer Aufgaben ermöglichen.

Die Versicherungswirtschaft ist von jeher darauf angewiesen, in großem Umfang personenbezogene Daten der Versicherten zu verwenden. Sie werden zur Antrags-, Vertrags- und Leistungsabwicklung erhoben, verarbeitet und genutzt, um Versicherte zu beraten und zu betreuen sowie um das zu versichernde Risiko einzuschätzen, die Leistungspflicht zu prüfen und Versicherungsmissbrauch im Interesse der Versichertengemeinschaft zu verhindern. Versicherungen können dabei heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung erfüllen.

Die Wahrung der informationellen Selbstbestimmung und der Schutz der Privatsphäre sowie die Sicherheit der Datenverarbeitung sind für die Versicherungswirtschaft ein Kernanliegen, um das Vertrauen der Versicherten zu gewährleisten. Alle Regelungen zur Verarbeitung personenbezogener Daten müssen nicht nur im Einklang mit den Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes und aller einschlägigen bereichsspezifischen Vorschriften über den Datenschutz stehen, sondern die beigetretenen Unternehmen der Versicherungswirtschaft verpflichten sich darüber hinaus, den Grundsätzen der Transparenz, der Erforderlichkeit der verarbeiteten Daten und der Datenminimierung in besonderer Weise nachzukommen.

Hierzu hat der GDV im Einvernehmen mit seinen Mitgliedsunternehmen die folgenden Verhaltensregeln für den Umgang mit den personenbezogenen Daten der Versicherten aufgestellt. Sie schaffen für die Versicherungswirtschaft weitestgehend einheitliche Standards und fördern die Einhaltung von datenschutzrechtlichen Regelungen. Unternehmen, die die brancheninternen Verhaltensregeln anwenden, stellen damit nach Auffassung der unabhängigen Datenschutzbehörden des Bundes und der Länder damit sicher, dass die Vorgaben der Datenschutz-Grundverordnung für die Versicherungswirtschaft branchenspezifisch konkretisiert werden. Die Mitgliedsunternehmen des GDV, die diesen Verhaltensregeln gemäß Artikel 30 beigetreten sind, verpflichten sich damit zu deren Einhaltung.

Die Verhaltensregeln sollen den Versicherten der beigetretenen Unternehmen die Gewähr bieten, dass Datenschutz- und Datensicherheitsbelange bei der Gestaltung und Bearbeitung von Produkten und Dienstleistungen berücksichtigt werden. Der GDV versichert seine Unterstützung bei diesem Anliegen. Die beigetretenen Unternehmen weisen ihre Führungskräfte und ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an, die Verhaltensregeln einzuhalten. Antragsteller und Versicherte werden über die Verhaltensregeln informiert.

Darüber hinaus sollen mit den Verhaltensregeln zusätzliche Einwilligungen möglichst entbehrlich gemacht werden. Grundsätzlich sind solche nur noch für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – sowie für die Verarbeitung personenbezogener Daten zu Zwecken der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung erforderlich. Für die Verarbeitung von besonders sensiblen Arten personenbezogener Daten – wie Gesundheitsdaten – hat der GDV gemeinsam mit den zuständigen Aufsichtsbehörden Mustererklärungen mit Hinweisen zu deren Verwendung erarbeitet. Die beigetretenen Unternehmen sind von den Datenschutzbehörden aufgefordert – angepasst an ihre Geschäftsabläufe – Einwilligungstexte zu verwenden, die der Musterklausel entsprechen.

Die vorliegenden Verhaltensregeln konkretisieren und ergänzen die datenschutzrechtlichen Regelungen für die Versicherungsbranche. Als Spezialregelungen für die beigetretenen Mitgliedsunternehmen des GDV erfassen sie die wichtigsten Verarbeitungen personenbezogener Daten, welche die Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung, Beendigung oder Akquise von Versicherungsverträgen sowie zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen vornehmen.

Da die Verhaltensregeln geeignet sein müssen, die Datenverarbeitung aller beigetretenen Unternehmen zu regeln, sind sie möglichst allgemeingültig formuliert. Deshalb kann es erforderlich sein, dass die einzelnen Unternehmen diese in unternehmensspezifischen Regelungen konkretisieren. Das mit den Verhaltensregeln erreichte Datenschutz- und Datensicherheitsniveau wird dabei nicht unterschritten. Darüber hinaus ist es den Unternehmen unbenommen, Einzelregelungen mit datenschutzrechtlichem Mehrwert, z. B. für besonders sensible Daten wie Gesundheitsdaten oder für die Verarbeitung von Daten im Internet, zu treffen. Haben die beigetretenen Unternehmen bereits solche besonders datenschutzfreundliche Regelungen getroffen oder bestehen mit den zuständigen Aufsichtsbehörden spezielle Vereinbarungen oder Absprachen zu besonders datenschutzgerechten Verfahrensweisen, behalten diese selbstverständlich auch nach dem Beitritt zu diesen Verhaltensregeln ihre Gültigkeit.

Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die Vorschriften der DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes. Unberührt bleiben die Vorschriften zu Rechten und Pflichten von Beschäftigten der Versicherungswirtschaft.

II. Begriffsbestimmungen

Für die Verhaltensregeln gelten die Begriffsbestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes.
Darüber hinaus sind:

Unternehmen:

die Mitgliedsunternehmen des GDV, soweit sie das Versicherungsgeschäft als Erstversicherer betreiben sowie mit diesem in einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen verbundene Erstversicherungsunternehmen, einschließlich Pensionsfonds, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind,

A 101 (06/2020)

Versicherungsverhältnis:

Versicherungsvertrag einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden vorvertraglichen Maßnahmen und rechtlichen Verpflichtungen,

Betroffene Personen:

Versicherte, Antragsteller oder weitere Personen, deren personenbezogene Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft verarbeitet werden,

Versicherte:

- Versicherungsnehmer und Versicherungsnehmerinnen des Unternehmens,
- versicherte Personen einschließlich der Teilnehmer an Gruppenversicherungen,

Antragsteller:

Personen, die ein Angebot angefragt haben oder einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages stellen, unabhängig davon, ob der Versicherungsvertrag zustande kommt,

weitere Personen:

außerhalb des Versicherungsverhältnisses stehende betroffene Personen, wie Geschädigte, Zeugen und sonstige Personen, deren Daten das Unternehmen im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses verarbeitet,

Geschädigte:

Personen, die einen Schaden erlitten haben oder erlitten haben könnten, wie z. B. Anspruchsteller in der Haftpflichtversicherung,

Datenverarbeitung:

Erheben, Erfassen, Organisieren, Ordnen, Speichern, Anpassen oder Verändern, Auslesen, Abfragen, Verwenden, Offenlegen durch Übermitteln, Verbreiten oder Bereitstellen in einer anderen Form, Abgleichen oder Verknüpfen oder Einschränken der Verarbeitung sowie Löschen oder Vernichten personenbezogener Daten,

Datenerhebung:

das Beschaffen von Daten über die betroffenen Personen,

Automatisierte Verarbeitung:

Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung personenbezogener Daten unter Einsatz von Datenverarbeitungsanlagen,

Automatisierte Entscheidung:

Eine Entscheidung gegenüber einer einzelnen Person, die auf eine ausschließlich automatisierte Verarbeitung gestützt wird, ohne dass eine inhaltliche Bewertung und darauf gestützte Entscheidung durch eine natürliche Person stattgefunden hat,

Stammdaten:

die allgemeinen Daten der betroffenen Personen: Name, Adresse, Geburtsdatum, Geburtsort, Kundennummer, Beruf, Familienstand, gesetzliche Vertreter, Angaben über die Art der bestehenden Verträge (wie Vertragsstatus, Beginn- und Ablaufdaten, Versicherungsnummer(n), Zahlungsart, Rollen der betroffenen Person (z. B. Versicherungsnehmer, versicherte Person, Beitragszahler, Anspruchsteller), sowie Kontoverbindung, Telekommunikationsdaten, Authentifizierungsdaten für die elektronische oder telefonische Kommunikation, Werbesperren und andere Widersprüche, Werbeeinwilligung und Sperren für Markt- und Meinungsforschung, Vollmachten und Betreuungsregelungen, zuständige Vermittler und mit den genannten Beispielen vergleichbare Daten,

Dienstleister:

andere Unternehmen oder Personen, die eigenverantwortlich Aufgaben für das Unternehmen wahrnehmen,

Auftragsverarbeiter:

eine natürliche oder juristische Person, Einrichtung oder andere Stelle, die personenbezogene Daten im Auftrag des verantwortlichen Unternehmens verarbeitet,

Vermittler:

selbstständig handelnde natürliche Personen (Handelsvertreter) und Gesellschaften, welche als Versicherungsvertreter, oder -makler im Sinne des § 59 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Versicherungsverträge vermitteln oder abschließen.

Schutzwürdige Interessen:

Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, insbesondere dann, wenn es sich bei der betroffenen Person um ein Kind handelt.

III. Allgemeine Bestimmungen

Art. 1 Geltungsbereich

(1) Die Verhaltensregeln gelten für die Verarbeitung personenbezogener Daten im Zusammenhang mit dem Versicherungsgeschäft durch die Unternehmen. Dazu gehört neben dem Versicherungsverhältnis insbesondere die Erfüllung gesetzlicher Ansprüche, auch wenn ein Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, nicht oder nicht mehr besteht. Zum Versicherungsgeschäft gehören auch die Gestaltung und Kalkulation von Tarifen und Produkten.

(2) Unbeschadet der hier getroffenen Regelungen gelten die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz, insbesondere die EU-Datenschutz-Grundverordnung und das Bundesdatenschutzgesetz.

Art. 2 Zwecke der Verarbeitung

(1) Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt für die Zwecke des Versicherungsgeschäfts grundsätzlich nur, soweit dies zur Begründung, Durchführung und Beendigung von Versicherungsverhältnissen erforderlich ist, insbesondere zur Bearbeitung eines Antrags, zur Beurteilung des zu versichernden Risikos, zur Erfüllung der Beratungspflichten nach dem

Versicherungsvertragsgesetz (VVG), zur Prüfung einer Leistungspflicht und zur internen Prüfung des fristgerechten Forderungsausgleichs. Sie erfolgt auch zur Prüfung und Regulierung der Ansprüche Geschädigter in der Haftpflichtversicherung, zur Prüfung und Abwicklung von Regressforderungen, zum Abschluss und zur Durchführung von Rückversicherungsverträgen, zur Entwicklung von Tarifen, Produkten und Services, zur Erstellung von Statistiken, für versicherungsrelevante Forschungszwecke, z. B. Unfallforschung, zur Missbrauchsbekämpfung oder zur Erfüllung gesetzlicher und aufsichtsrechtlicher Verpflichtungen oder zu Zwecken der Werbung sowie der Markt- und Meinungsforschung.

(2) Die personenbezogenen Daten werden grundsätzlich im Rahmen der den betroffenen Personen bekannten Zweckbestimmung verarbeitet. Eine Änderung oder Erweiterung der Zweckbestimmung erfolgt nur, wenn sie rechtlich zulässig ist und die betroffenen Personen nach Artikel 7 bzw. 8 dieser Verhaltensregeln darüber informiert wurden oder wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben.

Art. 3 Grundsätze zur Qualität der Datenverarbeitung

(1) Die Unternehmen verpflichten sich, alle personenbezogenen Daten in rechtmäßiger und den schutzwürdigen Interessen der betroffenen Person entsprechender und nachvollziehbarer Weise zu verarbeiten.

(2) Die Datenverarbeitung richtet sich an dem Ziel der Datenminimierung und Speicherbegrenzung aus. Personenbezogene Daten werden vorbehaltlich der Zwecke Forschung und Statistik nach Maßgabe des Art. 5 Abs. 1 lit. e) DSGVO in einer Form gespeichert, die die Identifizierung der betroffenen Personen nur so lange ermöglicht, wie es für die Zwecke der Verarbeitung erforderlich ist. Insbesondere werden die Möglichkeiten zur Anonymisierung und Pseudonymisierung genutzt, soweit dies möglich ist und der Aufwand nicht unverhältnismäßig zu dem angestrebten Schutzzweck ist. Dabei wird die Anonymisierung der Pseudonymisierung vorgezogen.

(3) Das Unternehmen trägt dafür Sorge, dass die vorhandenen personenbezogenen Daten richtig und erforderlichenfalls auf dem aktuellen Stand gespeichert sind. Es werden alle angemessenen Maßnahmen dafür getroffen, dass nicht zutreffende oder unvollständige Daten unverzüglich berichtigt, gelöscht oder in der Verarbeitung eingeschränkt werden.

(4) Die Maßnahmen nach den vorstehenden Absätzen werden dokumentiert. Grundsätze hierfür werden in das Datenschutzkonzept der Unternehmen aufgenommen (Art. 4 Abs. 2).

Art. 4 Grundsätze der Datensicherheit

(1) Zur Gewährleistung der Datensicherheit werden die erforderlichen technisch-organisatorischen Maßnahmen unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeiten und Schwere der mit der Verarbeitung verbundenen Risiken für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen getroffen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten. Dabei werden angemessene Maßnahmen getroffen, die insbesondere gewährleisten können, dass

1. nur Befugte personenbezogene Daten zur Kenntnis nehmen können (Vertraulichkeit). Mittel hierzu sind insbesondere Berechtigungskonzepte, Pseudonymisierung oder Verschlüsselung personenbezogener Daten.
2. personenbezogene Daten während der Verarbeitung unversehrt, vollständig und aktuell bleiben (Integrität).
3. personenbezogene Daten zeitgerecht zur Verfügung stehen und ordnungsgemäß verarbeitet werden können (Verfügbarkeit, Belastbarkeit).
4. jederzeit personenbezogene Daten ihrem Ursprung zugeordnet werden können (Authentizität).
5. festgestellt werden kann, wer wann welche personenbezogenen Daten in welcher Weise eingegeben, übermittelt und verändert hat (Revisionsfähigkeit).
6. die Verfahrensweisen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vollständig, aktuell und in einer Weise dokumentiert sind, dass sie in zumutbarer Zeit nachvollzogen werden können (Transparenz).

(2) Die in den Unternehmen veranlassten Maßnahmen werden in ein umfassendes, die Verantwortlichkeiten regelndes Datenschutz- und -sicherheitskonzept integriert, welches unter Einbeziehung der betrieblichen Datenschutzbeauftragten erstellt wird. Es beinhaltet insbesondere Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung und Bewertung der Wirksamkeit der getroffenen Maßnahmen.

Art. 5 Einwilligung

(1) Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung der betroffenen Personen gestützt wird, stellt das Unternehmen sicher, dass diese freiwillig, in informierter Weise und unmissverständlich bekundet wird, wirksam und nicht widerrufen ist. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten – insbesondere Daten über die Gesundheit – verarbeitet werden, muss die diesbezügliche Einwilligung ausdrücklich abgegeben sein.

(2) Soweit die Verarbeitung personenbezogener Daten von Minderjährigen auf eine Einwilligung sowie – soweit erforderlich – auf eine Schweigepflichtentbindungserklärung gestützt wird, werden diese Erklärungen von dem gesetzlichen Vertreter eingeholt. Frühestens mit Vollendung des 16. Lebensjahres werden diese Erklärungen bei entsprechender Einsichtsfähigkeit des Minderjährigen von diesem selbst eingeholt.

(3) Das einholende Unternehmen bzw. der die Einwilligung einholende Vermittler stellt sicher und dokumentiert, dass die betroffenen Personen zuvor über die Verantwortliche(n), den Umfang, die Form und den Zweck der Datenverarbeitung sowie die Möglichkeit der Verweigerung und die Widerruflichkeit der Einwilligung und deren Folgen informiert sind. Art. 7 Abs. 3 dieser Verhaltensregeln bleibt unberührt.

(4) Die Einwilligung und die Schweigepflichtentbindung können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Die betroffenen Personen werden über die Möglichkeiten und Folgen des Widerrufs einer Einwilligungserklärung informiert. Mögliche Folge eines wirksamen Widerrufs kann insbesondere sein, dass eine Leistung nicht erbracht werden kann.

(5) Wird die Einwilligung schriftlich oder elektronisch zusammen mit anderen Erklärungen eingeholt, wird sie so hervorgehoben, dass sie ins Auge fällt.

(6) Eine Einwilligung kann schriftlich, elektronisch oder mündlich erteilt werden. Das Unternehmen wird die Erklärung so dokumentieren, dass der Inhalt der jeweils erteilten Einwilligungserklärung nachgewiesen werden kann. Auf Verlangen wird den betroffenen Personen der Erklärungsinhalt zur Verfügung gestellt.

(7) Wird die Einwilligung mündlich eingeholt, ist dies den betroffenen Personen unverzüglich schriftlich oder in Textform zu bestätigen.

Art. 6 Besondere Kategorien personenbezogener Daten

(1) Besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne der EU-Datenschutz-Grundverordnung (insbesondere Angaben über die Gesundheit) werden auf gesetzlicher Grundlage (insbesondere Art. 6 i. V. m. Art. 9 Datenschutz-Grundverordnung) oder mit Einwilligung der betroffenen Personen nach Artikel 5 und – soweit erforderlich – aufgrund einer Schweigepflichtentbindung erhoben und verarbeitet. Eine Einwilligung muss sich ausdrücklich auf diese Daten beziehen.

(2) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten auf gesetzlicher Grundlage ist zulässig, insbesondere wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen erforderlich ist. Das gilt beispielsweise für die Prüfung und Abwicklung der Ansprüche von Versicherten sowie von Geschädigten in der Haftpflichtversicherung.

(3) Darüber hinaus kann die Verarbeitung von Gesundheitsdaten betroffener Personen ohne deren Einwilligung erfolgen zur Geltendmachung, Prüfung und Abwicklung von gesetzlich geregelten Regressforderungen einerseits des Unternehmens oder andererseits eines Dritten, der gegenüber den betroffenen Personen eine Leistung erbracht hat, wie beispielsweise zur Prüfung und Abwicklung der Regressforderungen eines Sozialversicherungsträgers, Arbeitgebers oder privaten Krankenversicherers.

(4) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten kann im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben auch dann zulässig sein, soweit es zur Gesundheitsvorsorge bzw. -versorgung erforderlich ist.

(5) Ebenso kann die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ohne Einwilligung erfolgen zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen oder anderer Personen, wenn diese aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande sind, ihre Einwilligung zu geben, insbesondere wenn für diese Personen Assistance-Leistungen (z. B. Notrufdienste, Krankentransport aus dem Ausland oder Koordination der medizinischen Behandlung) vereinbart und sie im Leistungsfall außer Stande sind, ihre Einwilligung abzugeben, z. B. weil nach einem Unfall ein Krankentransport für eine bewusstlose Person nötig ist.

(6) Die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten erfolgt auch auf gesetzlicher Grundlage zu statistischen Zwecken sowie zu Forschungszwecken nach Maßgabe von Artikel 10 dieser Verhaltensregeln.

IV. Datenerhebung

Art. 7 Grundsätze zur Datenerhebung und Informationen bei Datenerhebung bei der betroffenen Person

(1) Personenbezogene Daten werden in nachvollziehbarer Weise erhoben. Bei Versicherten und Antragstellern werden die Mitwirkungspflichten nach §§ 19, 31 VVG berücksichtigt.

(2) Personenbezogene Daten weiterer Personen im Sinne dieser Verhaltensregeln werden erhoben und verarbeitet, wenn es zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen oder zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist. Das gilt insbesondere für die Erhebung von Daten von Zeugen oder von Geschädigten anlässlich einer Leistungsprüfung und -erbringung in der Haftpflichtversicherung und für Datenverarbeitungen zur Erfüllung von Direktansprüchen in der Kfz-Haftpflichtversicherung oder zur Erfüllung von gesetzlichen Meldepflichten. Daten nach Satz 1 können auch erhoben und verarbeitet werden, wenn dies im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines Versicherungsverhältnisses erforderlich ist und die schutzwürdigen Interessen dieser Personen nicht überwiegen, beispielsweise wenn Daten eines Rechtsanwalts oder einer Reparaturwerkstatt zur Korrespondenz im Leistungsfall benötigt werden.

(3) Die Unternehmen stellen sicher, dass die betroffenen Personen zur Gewährleistung der Transparenz und zur Wahrung ihrer Rechte über Folgendes unterrichtet werden:

a) die Identität des Verantwortlichen (Name, Sitz, Kontaktdaten, Vertretungsberechtigte),

b) die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten,

c) die Zwecke und Rechtsgrundlagen (ggf. einschließlich der berechtigten Interessen) der Datenverarbeitung,

d) ggf. Empfänger oder die Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten,

e) ggf. beabsichtigte Übermittlungen der personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation nach Maßgabe des Art. 13 Abs. 1 lit. f) DSGVO,

f) die Speicherdauer (oder deren Kriterien) der personenbezogenen Daten,

g) die im Abschnitt VIII dieser Verhaltensregeln geregelten Rechte der betroffenen Personen einschließlich der Beschwerdemöglichkeiten bei einer Aufsichtsbehörde sowie über ein ggf. bestehendes Widerspruchsrecht,

h) wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht: über das Recht zum Widerruf der Einwilligung und dessen Folgen,

i) eine ggf. gesetzlich oder vertraglich bestehende oder für einen Vertragsschluss erforderliche Pflicht zur Angabe der Daten und die Folgen der Nichtangabe und

j) bei Einsatz automatisierter Entscheidungen aussagekräftige Informationen über die eingesetzte Logik, Tragweite und Auswirkungen dieser Verarbeitung.

Die Information unterbleibt, wenn und soweit die betroffenen Personen bereits auf andere Weise Kenntnis von ihr erlangt haben.

Art. 8 Datenerhebung ohne Mitwirkung der betroffenen Personen

(1) Daten werden ohne Mitwirkung der betroffenen Personen erhoben, wenn dies im Zusammenhang mit der Begründung, Durchführung oder Beendigung von Versicherungsverhältnissen und insbesondere auch zur Prüfung und Bearbeitung von Leistungsansprüchen erforderlich ist. Das gilt beispielsweise, wenn der Versicherungsnehmer bei Gruppenversicherungen zulässigerweise die Daten der versicherten Personen oder bei Lebens- und Unfallversicherungen die Daten der Bezugsberechtigten angibt oder er in der Haftpflichtversicherung Angaben über den Geschädigten oder Zeugen macht. Ohne Mitwirkung der betroffenen Person können personenbezogene Daten auch zu Zwecken nach Art. 10 Abs. 1 erhoben werden.

(2) Die Erhebung von Gesundheitsdaten oder genetischen Daten bei Dritten erfolgt – soweit erforderlich – mit wirksamer Schweigepflichtentbindungserklärung der betroffenen Personen und nach Maßgabe des § 213 VVG und § 18 GenDG, soweit diese Vorschriften anzuwenden sind. Die Erhebung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten bei Dritten kann auch erforderlich sein in den in Artikel 6 Absatz 2 bis 5 dieser Verhaltensregeln genannten Fällen.

(3) Das Unternehmen, das personenbezogene Daten ohne Mitwirkung der betroffenen Personen erhebt, stellt sicher, dass die betroffenen Personen innerhalb einer im Einzelfall angemessenen Frist, längstens jedoch innerhalb eines Monats, nach der ersten Erlangung der Daten informiert werden über:

a) die Identität des Verantwortlichen (Name, Sitz, Kontaktdaten, Vertretungsberechtigte),

b) die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten,

c) die Zwecke und Rechtsgrundlagen (ggf. einschließlich der berechtigten Interessen) der Datenverarbeitung,

d) die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden,

e) ggf. Empfänger oder die Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten,

f) ggf. beabsichtigte Übermittlungen der personenbezogenen Daten in ein Drittland oder an eine internationale Organisation nach Maßgabe des Art. 14 Abs. 1 lit. f) DSGVO,

g) die Speicherdauer (oder deren Kriterien) der personenbezogenen Daten,

h) die im Abschnitt VIII dieser Verhaltensregeln geregelten Rechte der betroffenen Personen einschließlich der Beschwerdemöglichkeiten bei einer Aufsichtsbehörde,

i) wenn die Verarbeitung auf einer Einwilligung beruht: über das Recht zum Widerruf der Einwilligung und dessen Folgen,

j) die Quelle der personenbezogenen Daten bzw. ob sie aus einer öffentlich zugänglichen Quelle stammen und

k) bei Einsatz automatisierter Entscheidungen aussagekräftige Informationen über die eingesetzte Logik, Tragweite und Auswirkungen dieser Verarbeitung.

Falls die Daten zur Kommunikation mit den betroffenen Personen verwendet werden sollen, erfolgt die Information spätestens mit der ersten Mitteilung an sie, zum Beispiel in Fällen der Benennung von Bezugsberechtigten in der Lebensversicherung bei Eintritt des Leistungsfalls oder in Fällen der Benennung von Berechtigten für Notfälle, wenn dieser eintritt. Falls die Offenlegung an einen anderen Empfänger beabsichtigt ist, erfolgt die Information spätestens zum Zeitpunkt der ersten Offenlegung.

(4) Die Information unterbleibt, wenn und soweit die betroffenen Personen bereits über die Informationen verfügen, sich die Erteilung der Informationen als unmöglich erweist oder die Information einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde, insbesondere wenn Daten für statistische oder wissenschaftliche Zwecke verarbeitet werden oder wenn gespeicherte Daten aus allgemein zugänglichen Quellen entnommen sind und eine Benachrichtigung wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle unverhältnismäßig ist. Die Information unterbleibt auch, wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden berechtigten Interesses eines Dritten, geheim gehalten werden müssen. Dies betrifft beispielsweise Fälle in der Lebensversicherung, in denen sich der Versicherungsnehmer wünscht, dass ein Bezugsberechtigter nicht informiert wird.

(5) Ebenso unterbleibt die Information nach Maßgabe des § 33 Abs. 1 Nr. 2 Bundesdatenschutzgesetz in Verbindung mit Art. 23 Abs. 1 lit. j) DSGVO, wenn:

- sie die Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung zivilrechtlicher Ansprüche beeinträchtigen würde oder die Verarbeitung von personenbezogenen Daten aus zivilrechtlichen Verträgen beinhaltet und der Verhütung von Schäden durch Straftaten dient, sofern nicht das berechtigte Interesse der betroffenen Person an der Informationserteilung überwiegt oder
- das Bekanntwerden der Informationen die behördliche Strafverfolgung gefährden würde.

Daher erfolgt regelmäßig keine Information über Datenerhebungen zur Aufklärung von Widersprüchlichkeiten gemäß Artikel 15 dieser Verhaltensregeln.

(6) In den Fällen des Absatzes 5 ergreift das Unternehmen geeignete Maßnahmen zum Schutz der berechtigten Interessen der betroffenen Personen (z. B. Prüfung und gegebenenfalls Veranlassung weiterer Zugriffsbeschränkungen). Sofern das Unternehmen von einer Information absieht, dokumentiert es die Gründe dafür.

V. Verarbeitung Personenbezogener Daten

Art. 9 Verarbeitung von Stammdaten in der Unternehmensgruppe

(1) Wenn das Unternehmen einer Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen angehört, können die Stammdaten von Antragstellern, Versicherten und weiteren Personen sowie Angaben über den Zusammenhang mit bestehenden Verträgen zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z. B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren verarbeitet werden, wenn sichergestellt ist, dass die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach Maßgabe des Art. 4 dieser Verhaltensregeln (z. B. Berechtigungskonzepte) den datenschutzrechtlichen Anforderungen entsprechen und die Einhaltung dieser Verhaltensregeln durch den oder die für das Verfahren Verantwortlichen gewährleistet ist.

(2) Stammdaten werden aus gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren nur weiterverarbeitet, soweit dies für den jeweiligen Zweck erforderlich ist. Dies ist technisch und organisatorisch zu gewährleisten.

(3) Erfolgt eine gemeinsame Verarbeitung von Daten gemäß Absatz 1, werden die Versicherten darüber bei Vertragsabschluss oder bei Neueinrichtung eines solchen Verfahrens in Textform informiert. Dazu hält das Unternehmen eine aktuelle Liste aller Unternehmen der Gruppe bereit, die an einer zentralisierten Bearbeitung teilnehmen und macht diese in geeigneter Form bekannt.

(4) Nimmt ein Unternehmen für ein anderes Mitglied der Gruppe weitere Datenverarbeitungen vor oder finden gemeinsame Verarbeitungen mehrerer Mitglieder der Gruppe statt, richtet sich dies nach Artikel 21 bis 22a dieser Verhaltensregeln.

Art. 10 Statistik, Tarifkalkulation und Prämienberechnung

(1) Die Versicherungswirtschaft errechnet auf der Basis von Statistiken und Erfahrungswerten mit Hilfe versicherungsmathematischer Methoden die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Versicherungsfällen sowie deren Schadenhöhe und entwickelt auf dieser Grundlage Tarife. Dazu werten Unternehmen neben Daten aus Versicherungsverhältnissen, Leistungs- und Schadenfällen auch andere Daten von Dritten (z. B. des Kraftfahrtbundesamtes) aus.

(2) Die Unternehmen stellen durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sicher, dass die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen gemäß der Datenschutz-Grundverordnung gewahrt werden, insbesondere dass die Verarbeitung personenbezogener Daten auf das für die jeweilige Statistik notwendige Maß beschränkt wird. Zu diesen Maßnahmen gehört die frühzeitige Anonymisierung oder Pseudonymisierung der Daten, sofern es möglich ist, den Statistikzweck auf diese Weise zu erfüllen.

(3) Eine Übermittlung von Daten an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V., den Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. oder andere Stellen zur Errechnung unternehmensübergreifender Statistiken oder Risikoklassifizierungen erfolgt grundsätzlich nur in anonymisierter oder – soweit für den Statistikzweck erforderlich – pseudonymisierter Form. Ein Rückschluss auf die betroffenen Personen durch diese Verbände erfolgt nicht. Absatz 2 gilt entsprechend. Für Kraftfahrt- und Sachversicherungsstatistiken können auch Datensätze mit personenbeziehbaren Sachangaben wie z. B. Kfz-Kennzeichen, Fahrzeugidentifikationsnummern oder Standortdaten von Risikoobjekten wie beispielsweise Gebäuden übermittelt werden.

(4) Für Datenverarbeitungen zu statistischen Zwecken können Unternehmen auch besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, verarbeiten, wenn dies für den jeweiligen Statistikzweck erforderlich ist und die Interessen des Unternehmens an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Personen an einem Ausschluss von der Verarbeitung erheblich überwiegen. Das gilt z. B. für Statistiken zur Entwicklung und Überprüfung von Tarifen oder zum gesetzlich vorgeschriebenen Risikomanagement. Die Unternehmen treffen in diesen Fällen angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Personen und insbesondere der in Artikel 3 und 4 geregelten Grundsätze. Zu den spezifischen Maßnahmen gehören wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit der Daten beispielsweise:

- die Sensibilisierung der an den Verarbeitungen beteiligten Mitarbeiter und Dienstleister,
- die Pseudonymisierung personenbezogener Daten nach Absatz 2 Satz 2,
- die Beschränkung des Zugangs zu den personenbezogenen Daten innerhalb der Unternehmen oder beim Dienstleister und
- Verschlüsselung beim Transport personenbezogener Daten.

Alle personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sobald dies nach dem Statistikzweck möglich ist, es sei denn, der Anonymisierung stehen berechtigte Interessen der betroffenen Personen entgegen. Bis dahin werden die Identifikationsmerkmale, mit denen Einzelangaben einer betroffenen Person zugeordnet werden könnten, gesondert gespeichert. Diese Identifikationsmerkmale dürfen mit den Einzelangaben nur zusammengeführt werden, soweit der Statistikzweck dies erfordert.

(5) Die betroffenen Personen können der Verarbeitung ihrer personenbezogenen Daten für eine Statistik widersprechen, wenn aufgrund ihrer persönlichen Situation Gründe vorliegen, die der Verarbeitung ihrer Daten zu diesem Zweck entgegenstehen. Das Widerspruchsrecht besteht nicht, wenn die Verarbeitung zur Erfüllung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe (z. B. der Beantwortung von Anfragen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht) erforderlich ist.

(6) Zur Ermittlung der risikogerechten Prämie werden Tarife nach Absatz 1 auf die individuelle Situation des Antragstellers angewandt. Darüber hinaus kann eine Bewertung des individuellen Risikos des Antragstellers durch spezialisierte Risikoprüfer, z. B. Ärzte, in die Prämienermittlung einfließen. Hierzu werden auch personenbezogene Daten einschließlich ggf. besonderer Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, verwendet, die nach Maßgabe dieser Verhaltensregeln verarbeitet worden sind.

(7) Die Versicherungswirtschaft verarbeitet personenbezogene Daten entsprechend den vorstehenden Absätzen auch für Zwecke der wissenschaftlichen Forschung, zum Beispiel zur Unfallforschung.

Art. 11 Scoring

Für das Scoring gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 12 Bonitätsdaten

Für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Bonitätsdaten gelten die gesetzlichen Regelungen.

Art. 13 Automatisierte Einzelentscheidungen

(1) Automatisierte Entscheidungen, die für die betroffenen Personen eine rechtliche Wirkung nach sich ziehen oder sie in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, werden nur unter den in Absatz 2, 3 und 4 genannten Voraussetzungen getroffen.

(2) Eine Entscheidung, die für den Abschluss oder die Erfüllung eines Versicherungsvertrags mit der betroffenen Person oder im Rahmen der Leistungserbringung erforderlich ist, kann automatisiert erfolgen. Eine Erforderlichkeit ist insbesondere in folgenden Fällen gegeben:

1. Entscheidungen gegenüber Antragstellern über den Abschluss und die Konditionen eines Versicherungsvertrages,
2. Entscheidungen gegenüber Versicherungsnehmern über Leistungsfälle im Rahmen eines Versicherungsverhältnisses,
3. Entscheidungen über die Erfüllung von Merkmalen bei verhaltensbezogenen Tarifen, z. B. das Fahrverhalten honorierende Rabatte in der Kfz-Versicherung.

(3) Automatisierte Entscheidungen über Leistungsansprüche nach einem Versicherungsvertrag, z. B. Entscheidungen gegenüber mitversicherten Personen oder Geschädigten in der Haftpflichtversicherung, sind auch dann zulässig, wenn dem Begehren der betroffenen Person stattgegeben wird. Die Entscheidung kann im Rahmen der Leistungserbringung nach einem Versicherungsvertrag auch automatisiert ergehen, wenn die Entscheidung auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen für Heilbehandlungen beruht und das Unternehmen für den Fall, dass dem Antrag nicht vollumfänglich stattgegeben wird, angemessene Maßnahmen zur Wahrung der berechtigten Interessen der betroffenen Person trifft,

wozu mindestens das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Unternehmens, auf Darlegung des eigenen Standpunktes und auf Anfechtung der Entscheidung zählt.

(4) Darüber hinaus kann eine automatisierte Entscheidung mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Person erfolgen.

(5) Besondere Kategorien personenbezogener Daten werden im Rahmen einer automatisierten Entscheidungsfindung verarbeitet, wenn die betroffenen Personen ihre Einwilligung erteilt haben. Automatisierte Entscheidungen mit besonderen Kategorien personenbezogener Daten sind auch ohne Einwilligung in den Fällen des Absatzes 3 möglich.

(6) Sofern automatisierte Entscheidungen zu Lasten der betroffenen Personen getroffen werden, wird mindestens das Folgende veranlasst: Das Unternehmen teilt den betroffenen Personen mit, dass eine automatisierte Entscheidung getroffen wurde. Dabei werden ihnen, sofern sie nicht bereits informiert wurden, aussagekräftige Informationen über die involvierte Logik sowie die Tragweite und die angestrebten Auswirkungen der automatisierten Entscheidungsfindung mitgeteilt. Auf Verlangen werden den betroffenen Personen auch die wesentlichen Gründe der Entscheidungsfindung mitgeteilt und erläutert, um ihnen die Darlegung ihres Standpunktes, das Eingreifen einer Person seitens des Unternehmens und die Anfechtung der Entscheidung zu ermöglichen. Dies umfasst auch die verwendeten Datenarten sowie ihre Bedeutung für die automatisierte Entscheidung. Die betroffenen Personen haben das Recht, die Entscheidung anzufechten. Dann wird die Entscheidung auf dieser Grundlage in einem nicht ausschließlich automatisierten Verfahren erneut geprüft. Artikel 28 Absatz 1 dieser Verhaltensregeln gilt entsprechend.

(7) Der Einsatz automatisierter Entscheidungsverfahren wird dokumentiert.

(8) Die Unternehmen stellen sicher, dass technische und organisatorische Maßnahmen getroffen werden, damit Faktoren, die zu unrichtigen personenbezogenen Daten führen, korrigiert werden können und das Risiko von Fehlern minimiert wird. In Hinblick auf Gesundheitsdaten werden auch die gesetzlichen Vorgaben der §§ 37 Abs. 2, 22 Abs. 2 BDSG beachtet.

Art. 14 Hinweis- und Informationssystem (HIS)

(1) Die Unternehmen der deutschen Versicherungswirtschaft – mit Ausnahme der privaten Krankenversicherer – nutzen ein Hinweis- und Informationssystem (HIS) zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung der missbräuchlichen Erlangung von Versicherungsleistungen. Der Betrieb und die Nutzung des HIS erfolgen auf Basis von Interessenabwägungen und festgelegten Einmeldekriterien.

(2) Das HIS wird getrennt nach Versicherungssparten betrieben. In allen Sparten wird der Datenbestand in jeweils zwei Datenpools getrennt verarbeitet: in einem Datenpool für die Abfrage zur Risikoprüfung im Antragsfall (A-Pool) und in einem Pool für die Abfrage zur Leistungsprüfung (L-Pool). Die Unternehmen richten die Zugriffsberechtigungen für ihre Mitarbeiter entsprechend nach Sparten und Aufgaben getrennt ein.

(3) Die Unternehmen melden Daten zu Fahrzeugen, Immobilien oder Personen an den Betreiber des HIS, wenn ein erhöhtes Risiko vorliegt oder wenn eine Auffälligkeit festgestellt wurde, soweit dies zur gegenwärtigen oder künftigen Aufdeckung oder zur Verhinderung der missbräuchlichen Erlangung von Versicherungsleistungen erforderlich ist und nicht überwiegende schutzwürdige Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen dagegen sprechen. Eine Einwilligung der betroffenen Personen ist nicht erforderlich. Vor einer Einmeldung von Daten zu Personen erfolgt eine Abwägung der Interessen der Unternehmen und des Betroffenen. Bei Vorliegen der festgelegten Meldekriterien ist regelmäßig von einem überwiegenden berechtigten Interesse des Unternehmens an der Einmeldung auszugehen. Die Abwägung ist hinreichend aussagekräftig zu dokumentieren. Besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie z. B. Gesundheitsdaten, werden nicht an das HIS gemeldet. Wenn erhöhte Risiken in der Personenversicherung als „Erschwernis" gemeldet werden, geschieht dies ohne die Angabe, ob sie auf Gesundheitsdaten oder einem anderen Grund, z. B. einem gefährlichen Beruf oder Hobby, beruhen. Personenbezogene Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten werden ebenfalls nicht an das HIS gemeldet, es sei denn, die Verarbeitung wird unter behördlicher Aufsicht vorgenommen oder dies ist nach dem Unionsrecht oder dem nationalen Recht, das geeignete Garantien für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen vorsieht, zulässig.

(4) Die Unternehmen informieren die Versicherungsnehmer bereits bei Vertragsabschluss in allgemeiner Form über das HIS unter Angabe des Verantwortlichen mit dessen Kontaktdaten. Sie benachrichtigen spätestens anlässlich der Einmeldung die betroffenen Personen mit den nach Art. 8 Absatz 3 relevanten Informationen. Eine Benachrichtigung kann in den Fällen des Art. 8 Abs. 5 dieser Verhaltensregelungen unterbleiben.

(5) Ein Abruf von Daten aus dem HIS kann bei Antragstellung und im Leistungsfall erfolgen, nicht jedoch bei Auszahlung einer Kapitallebensversicherung im Erlebensfall. Der Datenabruf ist nicht die alleinige Grundlage für eine Entscheidung im Einzelfall. Die Informationen werden lediglich als Hinweis dafür gewertet, dass der Sachverhalt einer näheren Prüfung bedarf. Alle Datenabrufe erfolgen im automatisierten Abrufverfahren und werden protokolliert für Revisionszwecke und den Zweck, stichprobenartig deren Berechtigung prüfen zu können.

(6) Soweit zur weiteren Sachverhaltsaufklärung erforderlich, können im Leistungsfall auch Daten zwischen dem einmeldenden und dem abrufenden Unternehmen ausgetauscht werden, wenn kein Grund zu der Annahme besteht, dass die betroffene Person ein schutzwürdiges Interesse am Ausschluss der Übermittlung hat. So werden beispielsweise Daten und Gutachten über Kfz- oder Gebäude-Schäden bei dem Unternehmen angefordert, welches einen Schaden in das HIS eingemeldet hatte. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Soweit der Datenaustausch nicht gemäß Artikel 15 dieser Verhaltensregeln erfolgt, werden die betroffenen Personen über den Datenaustausch informiert. Eine Information ist nicht erforderlich, solange die Aufklärung des Sachverhalts dadurch gefährdet würde oder wenn die betroffenen Personen auf andere Weise Kenntnis vom Datenaustausch erlangt haben.

(7) Die im HIS gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 4. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzung für die Einmeldung gelöscht. Zu einer Verlängerung der Speicherdauer auf maximal 10 Jahre kommt es in der Lebensversicherung im Leistungsbereich oder bei erneuter Einmeldung innerhalb der regulären Speicherzeit gemäß Satz 1. Daten zu Anträgen, bei denen kein Vertrag zustande gekommen ist, werden im HIS spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Jahr der Antragstellung gelöscht.

(8) Der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft gibt unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben einen detaillierten Leitfaden zur Nutzung des HIS an die Unternehmen heraus.

Art. 15 Aufklärung von Widersprüchlichkeiten

(1) Die Unternehmen können jederzeit bei entsprechenden Anhaltspunkten prüfen, ob bei der Antragstellung oder bei Aktualisierungen von Antragsdaten während des Versicherungsverhältnisses unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde oder ob falsche oder unvollständige Sachverhalts-

angaben bei der Feststellung eines entstandenen Schadens gemacht wurden. Zu diesem Zweck nehmen die Unternehmen Datenerhebungen und -verarbeitungen vor, soweit dies zur Aufklärung der Widersprüchlichkeiten erforderlich ist. Bei der Entscheidung, welche Daten die Unternehmen benötigen, um ihre Entscheidung auf ausreichender Tatsachenbasis zu treffen, kommt ihnen ein Beurteilungsspielraum zu.

(2) Im Leistungsfall kann auch ohne Vorliegen von Anhaltspunkten die Prüfung nach Abs. 1 erfolgen. Dies umfasst die Einholung von Vorinformationen (z. B. Zeiträume, in denen Behandlungen oder Untersuchungen stattfanden), die es dem Unternehmen ermöglichen einzuschätzen, ob und welche Informationen im Weiteren tatsächlich für die Prüfung relevant sind.

(3) Datenverarbeitungen zur Überprüfung der Angaben zur Risikobeurteilung bei Antragstellung erfolgen nur innerhalb von fünf Jahren, bei Krankenversicherungen innerhalb von drei Jahren nach Vertragsschluss. Die Angaben können auch nach Ablauf dieser Zeit noch überprüft werden, wenn der Versicherungsfall vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Für die Prüfung, ob der Versicherungsnehmer bei der Antragstellung vorsätzlich oder arglistig unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht hat, verlängert sich dieser Zeitraum auf 10 Jahre.

(4) Ist die Erhebung und Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere von Daten über die Gesundheit, nach Absatz 1 erforderlich, werden die betroffenen Personen entsprechend ihrer Erklärung im Versicherungsantrag vor einer Datenerhebung bei Dritten nach § 213 Abs. 2 VVG unterrichtet und auf ihr Widerspruchsrecht hingewiesen oder von den betroffenen Personen wird zuvor eine eigenständige Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung eingeholt.

(5) Die Möglichkeit, die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zu verweigern, bleibt unbenommen und das Unternehmen informiert die betroffene Person diesbezüglich. Verweigert die betroffene Person die Abgabe der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung, obliegt es der betroffenen Person als Voraussetzung für die Schadenregulierung alle erforderlichen Informationen zu beschaffen und dem Unternehmen zur Verfügung zu stellen. Das Unternehmen hat in diesem Fall darzulegen, welche Informationen es bei Verweigerung der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung für erforderlich hält.

Art. 16 Datenaustausch mit anderen Versicherern

(1) Ein Datenaustausch zwischen einem Vorversicherer und seinem nachfolgenden Versicherer wird zur Erhebung tarifrelevanter oder leistungsrelevanter Angaben unter Beachtung des Artikels 8 Abs. 1 vorgenommen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die Angaben erforderlich sind:

1. bei der Risikoeinschätzung zur Überprüfung von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadensfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung,
2. zur Übertragung von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel,
3. zur Übertragung von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer,
4. zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten.

In den Fällen der Nummern 1 und 4 ist der Datenaustausch zum Zweck der Risikoprüfung nur zulässig, wenn die betroffenen Personen bei Datenerhebung im Antrag über den möglichen Datenaustausch und dessen Zweck und Gegenstand informiert werden. Nach einem Datenaustausch zum Zweck der Leistungsprüfung werden die betroffenen Personen vom Daten erhebenden Unternehmen über einen erfolgten Datenaustausch im gleichen Umfang informiert. Artikel 15 dieser Verhaltensregeln bleibt unberührt.

(2) Ein Datenaustausch mit anderen Versicherern außerhalb der für das Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft (HIS) getroffenen Regelungen erfolgt darüber hinaus, soweit dies zur Antrags- und Leistungsprüfung und -erbringung, einschließlich der Regulierung von Schäden bei gemeinsamer, mehrfacher oder kombinierter Absicherung von Risiken, des gesetzlichen Übergangs einer Forderung gegen eine andere Person oder zur Regulierung von Schäden zwischen mehreren Versicherern über bestehende Teilungs- und Regressverzichtsabkommen erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der betroffenen Person dem entgegensteht.

(3) Der Datenaustausch wird dokumentiert.

(4) Kfz-Versicherer nutzen die bei der GDV Dienstleistungs-GmbH geführte Schadenklassendatei als Gemeinschaftseinrichtung zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch. Einmeldungen erfolgen, um eine korrekte Einstufung im Schadenfreiheitsrabatt-System zu ermöglichen. Das ist der Fall, wenn ein Kfz-Haftpflichtversicherungsvertrag gekündigt wird, diese Vorversicherung bei Vertragsschluss nicht angegeben wird und die unbelastete Neueinstufung in die Schadenfreiheitsklassen tarifsystemwidrig wäre. Der Kfz-Versicherer übermittelt dazu den Namen und die Anschrift des Versicherungsnehmers, die Versicherungsscheinnummer, das amtliche Kennzeichen des bisher versicherten Fahrzeugs, das Datum der Beendigung des Versicherungsvertrags mit Schadenfreiheitsklasse sowie die Anzahl der noch nicht berücksichtigten Schäden im Meldejahr. Die Daten werden nur im Antragsfall abgefragt, wenn ein Versicherungsnehmer keine Übernahme eines Schadenfreiheitsrabatts aus dem Vorvertrag beantragt. Die Kfz-Versicherer informieren die Versicherungsnehmer bei Vertragsabschluss in den Versicherungsinformationen über die Schadenklassendatei und die Kontaktdaten der Gemeinschaftseinrichtung. Werden bei Beendigung des Versicherungsvertrages Daten eingemeldet, benachrichtigen die Kfz-Versicherer die Versicherungsnehmer über die Art der gemeldeten Daten, den Zweck der Meldung, den Datenempfänger (Name und Sitz der Gemeinschaftseinrichtung) und den möglichen Abruf der Daten. Datenabrufe aus der Schadenklassendatei erfolgen in einem automatisierten Verfahren. Sie werden für Revisionszwecke und stichprobenartige Berechtigungsprüfungen protokolliert. Die in der Schadenklassendatei gespeicherten Daten werden spätestens am Ende des 3. Jahres nach dem Vorliegen der Voraussetzungen für die Einmeldung gelöscht.[1)]

Art. 17 Datenübermittlung an Rückversicherer

(1) Um jederzeit zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen aus den Versicherungsverhältnissen in der Lage zu sein, geben Unternehmen einen Teil ihrer Risiken aus den Versicherungsverträgen an Rückversicherer weiter. Zum weiteren Risikoausgleich bedienen sich in einigen Fällen diese Rückversicherer ihrerseits weiterer Rückversicherer. Zur ordnungsgemäßen Begründung, Durchführung oder Beendigung des Rückversicherungsvertrages werden in anonymisierter oder – soweit dies für die vorgenannten Zwecke nicht ausreichend ist – pseudonymisierter Form Daten aus dem Versicherungsantrag oder

[1)] Die Schadenklassendatei ist Ende 2018 eingestellt worden. Seitdem waren keine Datenübermittlungen in die Schadenklassendatei oder Abfragen aus der Datei mehr möglich. Eine eingeschränkte Verarbeitung der Daten erfolgt noch bis zum Ablauf der Speicherfrist nach Art. 16 Abs. 4 Satz 10 Code of Conduct zur Erfüllung der Betroffenenrechte, insbesondere von Auskunftsersuchen.

–verhältnis, insbesondere Versicherungsnummer, Beitrag, Art und Höhe des Versicherungsschutzes und des Risikos sowie etwaige Risikozuschläge weitergegeben.

(2) Personenbezogene Daten erhalten die Rückversicherer nur, soweit dies

a) für den Abschluss oder die Erfüllung des Versicherungsvertrages erforderlich ist oder

b) zur Sicherstellung der Erfüllbarkeit der Verpflichtungen des Unternehmens aus den Versicherungsverhältnissen erfolgt und kein Grund zu der Annahme besteht, dass ein überwiegendes schutzwürdiges Interesse der betroffenen Person dem Unternehmensinteresse entgegensteht.

Dies kann der Fall sein, wenn im Rahmen des konkreten Rückversicherungsverhältnisses die Übermittlung personenbezogener Daten an Rückversicherer aus folgenden Gründen erfolgt:

a) Die Rückversicherer führen z. B. bei hohen Vertragssummen oder bei einem schwer einzustufenden Risiko im Einzelfall die Risikoprüfung und die Leistungsprüfung durch.

b) Die Rückversicherer unterstützen die Unternehmen bei der Risiko- und Schadenbeurteilung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen.

c) Die Rückversicherer erhalten zur Bestimmung des Umfangs der Rückversicherungsverträge einschließlich der Prüfung, ob und in welcher Höhe sie an ein und demselben Risiko beteiligt sind (Kumulkontrolle) sowie zu Abrechnungszwecken Listen über den Bestand der unter die Rückversicherung fallenden Verträge.

d) Die Risiko- und Leistungsprüfung durch den Erstversicherer wird von den Rückversicherern stichprobenartig oder in Einzelfällen kontrolliert zur Prüfung ihrer Leistungspflicht gegenüber dem Erstversicherer.

(3) Die Unternehmen vereinbaren mit den Rückversicherern, dass personenbezogene Daten von diesen nur zu den in Absatz 2 genannten Zwecken sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistiken und wissenschaftliche Forschung) verwendet werden. Außerdem vereinbaren sie, ob der Rückversicherer eine gesetzlich erforderliche Information an die betroffene Person selbst vornimmt oder ob das Unternehmen die Information des Rückversicherers an die betroffene Person weiterleitet. Im Fall der Weiterleitung vereinbaren sie auch, wie die Information erfolgt. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Rückversicherer hinsichtlich der Daten, die sie nach Absatz 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Rückversicherer sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

(4) Besondere Kategorien personenbezogener Daten, insbesondere Gesundheitsdaten, erhalten die Rückversicherer nur, wenn die Voraussetzungen des Artikels 6 dieser Verhaltensregeln erfüllt sind.

VI. Verarbeitung personenbezogener Daten für Vertriebszwecke und zur Markt- und Meinungsforschung

Art. 18 Verwendung von Daten für Zwecke der Werbung

(1) Personenbezogene Daten werden für Zwecke der Werbung nur auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 lit. a) oder f) Datenschutz-Grundverordnung und unter Beachtung von § 7 UWG verarbeitet.

(2) Betroffene Personen können der Verwendung ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Die personenbezogenen Daten werden dann nicht mehr für diese Zwecke verarbeitet. Das Unternehmen trifft zur Umsetzung geeignete technische und organisatorische Maßnahmen.

Art. 19 Marktumfragen

(1) Die Unternehmen führen Markt- und Meinungsumfragen unter besonderer Berücksichtigung der schutzwürdigen Interessen der betroffenen Personen durch.

(2) Soweit die Unternehmen andere Stellen mit Markt- und Meinungsumfragen beauftragen, ist diese Stelle unter Nachweis der Einhaltung der Datenschutzstandards auszuwählen. Vor der Datenweitergabe sind die Einzelheiten des Vorhabens vertraglich nach den Vorgaben der Artikel 21, 22 oder 22a dieser Verhaltensregeln zu regeln. Dabei ist insbesondere festzulegen:

a) dass die übermittelten und zusätzlich erhobenen Daten frühestmöglich pseudonymisiert und sobald nach dem Zweck der Umfrage möglich anonymisiert werden,

b) dass die Auswertung der Daten sowie die Übermittlung der Ergebnisse der Markt- und Meinungsumfragen an die Unternehmen in möglichst anonymisierter oder in pseudonymisierter Form, wenn dies für die Zwecke erforderlich ist (z. B. Folgebefragungen), erfolgen.

(3) Soweit die Unternehmen selbst personenbezogene Daten zum Zweck der Durchführung von Markt- und Meinungsumfragen verarbeiten oder nutzen, werden die Daten frühestmöglich pseudonymisiert und sobald nach dem Zweck der Umfrage möglich anonymisiert. Die Ergebnisse werden ausschließlich in möglichst anonymisierter oder in pseudonymisierter Form, wenn dies für die Zwecke erforderlich ist (z. B. Folgebefragungen), gespeichert oder genutzt.

(4) Soweit im Rahmen der Markt- und Meinungsumfragen geschäftliche Handlungen vorgenommen werden, die als Werbung zu werten sind, beispielsweise wenn bei der Datenerhebung auch absatzfördernde Äußerungen erfolgen, richtet sich die Verarbeitung personenbezogener Daten dafür nach den in Artikel 18 dieser Verhaltensregeln getroffenen Regelungen.

Art. 20 Datenübermittlung an selbstständige Vermittler

(1) Eine Übermittlung personenbezogener Daten erfolgt an den betreuenden Vermittler nur, soweit es zur bedarfsgerechten Vorbereitung oder Bearbeitung eines konkreten Antrags bzw. Vertrags oder zur ordnungsgemäßen Durchführung der Versicherungsangelegenheiten der betroffenen Personen erforderlich ist. Die Vermittler werden auf ihre besonderen Verschwiegenheitspflichten hingewiesen.

(2) Vor der erstmaligen Übermittlung personenbezogener Daten an einen Versicherungsvertreter oder im Falle eines Wechsels vom betreuenden Versicherungsvertreter auf einen anderen Versicherungsvertreter informiert das Unternehmen die Versicherten oder Antragsteller vorbehaltlich der Regelung des Absatz 3 möglichst frühzeitig, mindestens aber zwei Wochen vor der Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten über den bevorstehenden Datentransfer, die Identität (Name, Sitz) des neuen Versicherungsvertreters und ihr Widerspruchsrecht. Die Benachrichtigung erfolgt nicht, wenn der Wechsel von der betroffenen Person selbst gewünscht ist. Eine Information durch den bisherigen Versicherungsvertreter

steht einer Information durch das Unternehmen gleich. Im Falle eines Widerspruchs findet die Datenübermittlung grundsätzlich nicht statt. In diesem Fall wird die Betreuung durch einen anderen Versicherungsvertreter oder das Unternehmen selbst angeboten.

(3) Eine Ausnahme von Absatz 2 besteht, wenn die ordnungsgemäße Betreuung der Versicherten im Einzelfall oder wegen des unerwarteten Wegfalls der Betreuung der Bestand der Vertragsverhältnisse gefährdet ist.

(4) Personenbezogene Daten von Versicherten oder Antragstellern dürfen an einen Versicherungsmakler oder eine Dienstleistungsgesellschaft von Versicherungsmaklern übermittelt werden, wenn die Versicherten oder Antragsteller dem Makler dafür eine Maklervollmacht oder eine vergleichbare Bevollmächtigung erteilt haben, die die Datenübermittlung abdeckt. Für den Fall des Wechsels des Maklers gilt zudem Absatz 2 entsprechend.

(5) Eine Übermittlung von Gesundheitsdaten durch das Unternehmen an den betreuenden Vermittler erfolgt grundsätzlich nicht, es sei denn, es liegt eine Einwilligung der betroffenen Personen vor. Gesetzliche Übermittlungsbefugnisse bleiben hiervon unberührt.

VII. Datenverarbeitung durch Auftragsverarbeiter, Dienstleister und gemeinsam Verantwortliche

Art. 21 Pflichten bei der Verarbeitung im Auftrag

(1) Sofern ein Unternehmen personenbezogene Daten gemäß Artikel 28 Datenschutz-Grundverordnung im Auftrag verarbeiten lässt (z. B. elektronische Datenverarbeitung, Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Adressverwaltung, Antrags- und Vertragsbearbeitung, Schaden- und Leistungsbearbeitung, Sicherstellung der korrekten Verbuchung von Zahlungseingängen, Zahlungsausgang, Entsorgung von Dokumenten), wird der Auftragnehmer mindestens gemäß Art. 28 Abs. 3 Datenschutz-Grundverordnung verpflichtet. Es wird nur ein solcher Auftragnehmer ausgewählt, der hinreichende Garantien dafür bietet, dass geeignete technische und organisatorische Maßnahmen so durchgeführt werden, dass die Verarbeitung im Einklang mit der Datenschutz-Grundverordnung erfolgt und den Schutz der Rechte der betroffenen Personen gewährleistet. Das Unternehmen verlangt alle erforderlichen Informationen zum Nachweis und zur Überprüfung der Einhaltung der beim Auftragnehmer getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen, zum Beispiel durch geeignete Zertifikate. Die Ergebnisse werden dokumentiert.

(2) Jede Datenverarbeitung beim Auftragsverarbeiter erfolgt nur für die Zwecke und im Rahmen der dokumentierten Weisungen des Unternehmens. Vertragsklauseln sollen den Beauftragten für den Datenschutz vorgelegt werden, die bei Bedarf beratend mitwirken.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Auftragnehmer bereit. Ist die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags oder werden viele verschiedene Auftragnehmer (z. B. Dienstleister zur Aktenvernichtung an verschiedenen Unternehmensstandorten oder regionale Werkstätten) mit gleichartigen Aufgaben betraut, können die Auftragsverarbeiter – unbeschadet interner Dokumentationspflichten – in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den betroffenen Personen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(4) Ein Vertrag oder ein anderes Rechtsinstrument im Sinne von Art. 28 Abs. 3 und 4 Datenschutz-Grundverordnung zur Verarbeitung im Auftrag ist schriftlich abzufassen, was auch in einem elektronischen Format erfolgen kann.

Art. 22 Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung

(1) Ohne Vereinbarung einer Auftragsverarbeitung können personenbezogene Daten an Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt und von diesen verarbeitet werden, soweit dies für die Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses mit den Betroffenen erforderlich ist. Das ist insbesondere möglich, wenn Sachverständige mit der Begutachtung eines Versicherungsfalls beauftragt sind oder wenn Dienstleister zur Ausführung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen, die eine Sachleistung beinhalten, eingeschaltet werden, z. B. Krankentransportdienstleister, Haushaltshilfen, Schlüsseldienste und ähnliche Dienstleister.

(2) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister und deren Verarbeitung zur eigenverantwortlichen Erfüllung von Datenverarbeitungs- oder sonstigen Aufgaben kann auch dann erfolgen, wenn dies zur Wahrung der berechtigten Interessen des Unternehmens erforderlich ist und die schutzwürdigen Interessen der betroffenen Personen nicht überwiegen. Das kann zum Beispiel der Fall sein, wenn Dienstleister Aufgaben übernehmen, die der Geschäftsabwicklung des Unternehmens dienen, wie beispielsweise die Risikoprüfung, Schaden- und Leistungsbearbeitung und Inkasso, sofern dies keine Auftragsverarbeitung ist und die Voraussetzungen der Absätze 4 bis 8 erfüllt sind.

(3) Die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Dienstleister nach Absatz 2 unterbleibt, soweit die betroffene Person aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen persönlichen Situation ergeben, dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass seitens des übermittelnden Unternehmens keine zwingenden schutzwürdigen Gründe für die Verarbeitung beim Dienstleister vorliegen, die die Interessen der betroffenen Person überwiegen. Die Übermittlung an den Dienstleister erfolgt trotz des Widerspruchs auch dann, wenn sie der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient. Die betroffenen Personen werden in geeigneter Weise auf ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

(4) Das Unternehmen schließt mit den Dienstleistern, die nach Absatz 2 tätig werden, eine vertragliche Vereinbarung, die mindestens folgende Punkte enthalten muss:

- Eindeutige Beschreibung der Aufgaben des Dienstleisters;
- Sicherstellung, dass die übermittelten Daten nur im Rahmen der vereinbarten Zweckbestimmung verarbeitet oder genutzt werden;
- Gewährleistung eines Datenschutz- und Datensicherheitsstandards, der diesen Verhaltensregeln entspricht;
- Verpflichtung des Dienstleisters, dem Unternehmen alle Auskünfte zu erteilen, die zur Erfüllung einer beim Unternehmen verbleibenden Auskunftspflicht erforderlich sind oder der betroffenen Person direkt Auskunft zu erteilen.

(5) Diese Aufgabenauslagerungen nach Absatz 2 werden dokumentiert.

(6) Unternehmen und Dienstleister vereinbaren in den Fällen des Absatzes 2 zusätzlich, dass betroffene Personen, welche durch die Übermittlung ihrer Daten an den Dienstleister oder die Verarbeitung ihrer Daten durch diesen einen Schaden erlitten haben, berechtigt sind, von beiden Parteien Schadenersatz zu verlangen. Vorrangig tritt gegenüber den betroffenen Personen das Unternehmen für den Ersatz des Schadens ein. Die Parteien vereinbaren, dass sie gesamtschuldnerisch

haften und sie nur von der Haftung befreit werden können, wenn sie nachweisen, dass keine von ihnen für den erlittenen Schaden verantwortlich ist.

(7) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Dienstleister nach Absatz 2 bereit, an die Aufgaben im Wesentlichen übertragen werden. Ist die automatisierte Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Vertrages, können die Dienstleister in Kategorien zusammengefasst werden unter Bezeichnung ihrer Aufgabe. Dies gilt auch für Stellen, die nur einmalig tätig werden. Die Liste wird in geeigneter Form bekannt gegeben. Werden personenbezogene Daten bei den Betroffenen erhoben, sind sie grundsätzlich bei Erhebung über die Liste zu unterrichten.

(8) Das Unternehmen stellt sicher, dass die Rechte der betroffenen Personen gemäß Artikel 23 bis 24c durch die Einschaltung des Dienstleisters nach Absatz 2 nicht geschmälert werden.

(9) Übermittlungen von personenbezogenen Daten an Rechtsanwälte, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer im Rahmen von deren Aufgabenerfüllungen bleiben von den zuvor genannten Regelungen unberührt.

(10) Besondere Arten personenbezogener Daten dürfen in diesem Rahmen nur verarbeitet werden, wenn die betroffenen Personen eingewilligt haben oder eine gesetzliche Grundlage vorliegt. Soweit die Unternehmen einer Verschwiegenheitspflicht gemäß § 203 StGB unterliegen, verpflichten sie die Dienstleister hinsichtlich der Daten, die sie nach den Absätzen 1 und 2 erhalten, Verschwiegenheit zu wahren und weitere Dienstleister sowie Stellen, die für sie tätig sind, zur Verschwiegenheit zu verpflichten.

Art. 22a Gemeinsam verantwortliche Stellen

(1) Eine Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen kann für gemeinsame Geschäftszwecke gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nach Maßgabe des Art. 26 Datenschutz-Grundverordnung einrichten.

(2) Die Unternehmen legen bei gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren mit zwei oder mehr Verantwortlichen in einer vertraglichen Vereinbarung in transparenter Form fest, wer von ihnen welche Verpflichtung gemäß der Datenschutz-Grundverordnung erfüllt, insbesondere welche Stelle welche Funktionen zur Erfüllung der Rechte der betroffenen Personen übernimmt. Geregelt werden auch die Verantwortlichkeiten für die Information der betroffenen Personen.

(3) Das Unternehmen hält eine aktuelle Liste der Zwecke der gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren mit den jeweils verantwortlichen Unternehmen bereit und gibt sie den betroffenen Personen in geeigneter Form bekannt.

(4) Betroffene Personen können ihre datenschutzrechtlich begründeten Rechte gegenüber jedem einzelnen Verantwortlichen geltend machen.

VIII. Rechte der betroffenen Personen

Art. 23 Auskunftsanspruch

(1) Betroffene Personen haben das Recht zu erfahren, ob sie betreffende personenbezogene Daten verarbeitet werden und sie können Auskunft über die beim Unternehmen über sie gespeicherten Daten verlangen.

(2) Verarbeitet ein Unternehmen eine große Menge von Informationen über die betroffene Person oder wird ein Auskunftsersuchen im Hinblick auf die zu beauskunftenden personenbezogenen Daten unspezifisch gestellt, erteilt das Unternehmen zunächst Auskunft über die zur betroffenen Person gespeicherten Stammdaten sowie zusammenfassende Informationen über die Verarbeitung und bittet die betroffene Person zu präzisieren, auf welche Information oder welche Verarbeitungsvorgänge sich ihr Verlangen bezieht.

(3) Der betroffenen Person wird entsprechend ihrer Anfrage Auskunft erteilt. Die Auskunft wird so erteilt, dass sich die betroffene Person über Art und Umfang der Verarbeitung bewusst werden und ihre Rechtmäßigkeit überprüfen kann. Es wird sichergestellt, dass die betroffene Person alle gesetzlich vorgesehenen Informationen erhält. Im Falle einer (geplanten) Weitergabe wird der betroffenen Person auch über die Empfänger oder die Kategorien von Empfängern, an die ihre Daten weitergegeben werden (sollen), Auskunft erteilt.

(4) Es wird sichergestellt, dass nur die berechtigte Person die Auskunft erhält. Daher wird die Auskunft, auch wenn ein Bevollmächtigter sie verlangt, der betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter erteilt.

(5) Eine Auskunft erfolgt schriftlich oder in anderer Form, insbesondere auch elektronisch, beispielsweise in einem Kundenportal. Im Falle einer elektronischen Antragstellung werden die Informationen in einem gängigen elektronischen Format zur Verfügung gestellt. Dies erfolgt nicht, wenn etwas anderes gewünscht ist oder die Authentizität des Empfängers oder die sichere Übermittlung nicht gewährleistet werden kann. Sie kann auf Verlangen der betroffenen Personen auch mündlich erfolgen, aber nur sofern die Identität der betroffenen Personen nachgewiesen wurde.

(6) Durch die Auskunft dürfen nicht die Rechte und Freiheiten weiterer Personen beeinträchtigt werden. Geschäftsgeheimnisse des Unternehmens können berücksichtigt werden.

(7) Eine Auskunft kann unterbleiben, wenn die Daten nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen des überwiegenden berechtigten Interesses eines Dritten geheim gehalten werden müssen oder wenn das Bekanntwerden der Information die Strafverfolgung gefährden würde. Eine Auskunft unterbleibt ferner über Daten, die nur deshalb gespeichert sind, weil sie aufgrund gesetzlicher oder satzungsmäßiger Aufbewahrungsvorschriften nicht gelöscht werden dürfen oder die ausschließlich Zwecken der Datensicherung oder Datenschutzkontrolle dienen, wenn die Auskunftserteilung einen unverhältnismäßigen Aufwand erfordern würde sowie eine Verarbeitung zu anderen Zwecken durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen ausgeschlossen ist. Ein Beispiel sind wegen Aufbewahrungspflichten in der Verarbeitung eingeschränkte Daten und zugriffsgeschützte Sicherungskopien (Backups).

(8) In Fällen des Absatzes 7 werden die Gründe der Auskunftsverweigerung dokumentiert. Die Ablehnung der Auskunftserteilung wird gegenüber der betroffenen Person begründet. Die Begründung erfolgt nicht, soweit durch die Mitteilung der tatsächlichen oder rechtlichen Gründe für die Auskunftsverweigerung der damit verfolgte Zweck gefährdet würde, insbesondere wenn die Mitteilung der Gründe die überwiegenden berechtigten Interessen Dritter oder die Strafverfolgung beeinträchtigen würde.

(9) Im Falle einer Rückversicherung (Artikel 17), Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung (Artikel 22) oder einer Verarbeitung durch gemeinsam Verantwortliche (Artikel 22a) nimmt das Unternehmen die Auskunftsverlangen entgegen und erteilt auch alle Auskünfte, zu denen der Rückversicherer, Dienstleister oder alle Verantwortlichen verpflichtet sind oder es stellt die Auskunftserteilung durch diese sicher.

Art. 23a Recht auf Datenübertragbarkeit

(1) Die betroffene Person bekommt vom Unternehmen die von ihr bereitgestellten personenbezogenen Daten übertragen, wenn deren Verarbeitung auf ihrer Einwilligung oder auf einem Vertrag mit ihr beruht und die Verarbeitung mithilfe automatisierter Verfahren erfolgt.

(2) Das Recht umfasst die Daten, die die betroffene Person gegenüber dem Unternehmen angegeben oder bereitgestellt hat. Das sind insbesondere die Daten, die von der betroffenen Person in Anträgen angegeben wurden, wie Name, Adresse und die zum zu versichernden Risiko erfragten Angaben sowie alle weiteren im Laufe des Versicherungsverhältnisses gemachten personenbezogenen Angaben, zum Beispiel bei Schadenmeldungen bereitgestellte Daten.

(3) Die betroffene Person erhält die Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format.

(4) Die betroffenen Personen können auch verlangen, dass die personenbezogenen Daten vom Unternehmen direkt an einen anderen Verantwortlichen übermittelt werden, soweit dies technisch machbar ist und die Anforderungen an die Sicherheit der Übermittlung erfüllt werden können.

(5) Die Daten werden nicht direkt einem anderen Verantwortlichen zur Verfügung gestellt, wenn die Rechte und Freiheiten anderer Personen beeinträchtigt würden.

Art. 24 Anspruch auf Berichtigung

Erweisen sich die gespeicherten personenbezogenen Daten als unrichtig oder unvollständig, werden diese berichtigt.

Art. 24a Anspruch auf Einschränkung der Verarbeitung

(1) Das Unternehmen schränkt auf Verlangen der betroffenen Personen die Verarbeitung von deren Daten ein:

a) solange die Richtigkeit bestrittener Daten überprüft wird,

b) wenn die Verarbeitung unrechtmäßig ist und die betroffenen Personen die weitere Speicherung der Daten verlangen,

c) wenn das Unternehmen die personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, die betroffenen Personen sie jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötigen oder

d) wenn die betroffenen Personen der Verarbeitung widersprochen haben, solange nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe des Unternehmens gegenüber denen der betroffenen Personen überwiegen.

(2) Machen die betroffenen Personen ihr Recht auf Einschränkung der Verarbeitung geltend, werden die Daten währenddessen nur noch verarbeitet:

a) mit Einwilligung der betroffenen Personen,

b) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen,

c) zum Schutz der Rechte einer anderen natürlichen oder juristischen Person oder

d) aus Gründen eines wichtigen öffentlichen Interesses der Europäischen Union oder eines ihrer Mitgliedstaaten.

(3) Betroffene Personen, die eine Einschränkung der Verarbeitung erwirkt haben, werden vom Unternehmen unterrichtet, bevor die Einschränkung aufgehoben wird.

Art. 24b Löschung

(1) Personenbezogene Daten werden unverzüglich gelöscht, wenn die Erhebung oder Verarbeitung von Anfang an unzulässig war, die Verarbeitung sich auf Grund nachträglich eingetretener Umstände als unzulässig erweist oder die Kenntnis der Daten durch das Unternehmen zur Erfüllung des Zwecks der Verarbeitung nicht mehr erforderlich ist. Eine Löschung erfolgt auch, wenn sie zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist oder wenn die personenbezogenen Daten in Bezug auf angebotene Dienste der Informationsgesellschaft an ein Kind gemäß Art. 8 Abs. 1 der Datenschutz-Grundverordnung erhoben worden sind.

(2) Die Prüfung des Datenbestandes auf die Notwendigkeit einer Löschung nach Absatz 1 erfolgt in regelmäßigen Abständen, mindestens einmal jährlich. Auf Verlangen der betroffenen Person wird unverzüglich geprüft, ob die von dem Verlangen erfassten Daten zu löschen sind.

(3) Eine Löschung nach Absatz 2 erfolgt nicht, soweit die Daten erforderlich sind:

a) zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung des Unternehmens, insbesondere zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten,

b) für die in Artikel 10 genannten Verarbeitungen für statistische Zwecke,

c) für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke (z. B. zur Aufarbeitung des Holocaust) oder

d) zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Eine Löschung von Daten unterbleibt auch dann, wenn die Daten nicht automatisiert verarbeitet werden, sie wegen der besonderen Art der Speicherung nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand gelöscht werden können und das Interesse der betroffenen Personen an der Löschung als gering anzusehen ist. In diesem Fall oder wenn personenbezogene Daten nur noch zur Erfüllung gesetzlicher Aufbewahrungspflichten gespeichert werden müssen, wird deren Verarbeitung nach dem Grundsatz der Datenminimierung eingeschränkt.

Art. 24c Benachrichtigungen über Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung

(1) Das Unternehmen benachrichtigt alle Empfänger, insbesondere Rückversicherer und Versicherungsvertreter über eine auf Verlangen der betroffenen Person erforderliche Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Löschung der Daten, es sei denn, dies erweist sich als unmöglich oder ist mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden. Das ist zum Beispiel auch der Fall, wenn der Empfänger die Daten aufgrund einer vertraglichen Vereinbarung bereits gelöscht haben muss. Auf Verlangen unterrichtet das Unternehmen die betroffene Person über diese Empfänger.

(2) Soweit die Berichtigung, Löschung oder Sperrung der Daten aufgrund eines Verlangens der betroffenen Personen erfolgte, werden diese nach der Ausführung hierüber unterrichtet.

(3) Sonstige Mitteilungspflichten bei Berichtigungen oder Löschungen personenbezogener Daten sowie bei Einschränkungen der Verarbeitung ohne Verlangen der betroffenen Person bleiben hiervon unberührt.

Art. 24d Frist

(1) Das Unternehmen kommt den Rechten gemäß Art. 23 bis 24b dieser Verhaltensregeln möglichst unverzüglich, jedenfalls innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags auf Ausübung des Rechts der betroffenen Person nach. Die Frist kann um weitere 2 Monate verlängert werden, wenn dies unter Berücksichtigung der Komplexität und der Anzahl von Anträgen erforderlich ist. In diesem Fall unterrichtet das Unternehmen die betroffene Person innerhalb eines Monats nach Eingang des Antrags über die Fristverlängerung und nennt die Gründe für die Verzögerung.

IX. Einhaltung und Kontrolle

Art. 25 Verantwortlichkeit

(1) Die Unternehmen gewährleisten als Verantwortliche, dass die Anforderungen des Datenschutzes und der Datensicherheit beachtet werden.

(2) Beschäftigte, die mit der Verarbeitung personenbezogener Daten betraut sind, werden zur Vertraulichkeit hinsichtlich personenbezogener Daten, zur Einhaltung des Datenschutzes und der diesbezüglichen Weisungen des Unternehmens sowie zur Wahrung gesetzlicher Geheimhaltungspflichten verpflichtet. Sie werden darüber unterrichtet, dass Verstöße gegen datenschutzrechtliche Vorschriften auch als Ordnungswidrigkeit geahndet oder strafrechtlich verfolgt werden und Schadensersatzansprüche nach sich ziehen können. Verletzungen datenschutzrechtlicher Vorschriften durch Beschäftigte können entsprechend dem jeweils geltenden Recht arbeitsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

(3) Die Verpflichtung der Beschäftigten nach Absatz 2 Satz 1 gilt auch über das Ende des Beschäftigungsverhältnisses hinaus.

Art. 26 Transparenz

(1) Texte, die sich an betroffene Personen richten, werden informativ, transparent, verständlich und präzise sowie in klarer und einfacher Sprache formuliert. Sie werden den betroffenen Personen in leicht zugänglicher Form zur Verfügung gestellt.

(2) Die Unternehmen führen ein Verzeichnis über die eingesetzten Datenverarbeitungsverfahren (Verarbeitungsverzeichnis). Sie machen es den Datenschutz-Aufsichtsbehörden auf Anforderung zugänglich. Überdies ist das Verarbeitungsverzeichnis eine interne Grundlage der Unternehmen zur Erfüllung der Informations- und Auskunftspflichten gegenüber den betroffenen Personen.

Art. 26a Datenschutz-Folgenabschätzung

(1) Die Unternehmen prüfen insbesondere vor dem erstmaligen oder maßgeblich erweiterten Einsatz folgender Verarbeitungen die Erforderlichkeit einer Datenschutz-Folgenabschätzung:

a) Verfahren mit automatisierten Einzelentscheidungen, die sich auf Verfahren zur systematischen und umfassenden Auswertung mehrerer persönlicher Merkmale der betroffenen Personen stützen, wenn sie eine Rechtswirkung gegenüber den betroffenen Personen entfalten oder diese in ähnlicher Weise erheblich beeinträchtigen, wie beispielsweise Verfahren zur automatisierten Risiko- oder Leistungsprüfung.

b) Verfahren mit umfangreichen Verarbeitungen besonderer Kategorien von personenbezogenen Daten, zum Beispiel Verfahren zur Risiko- oder Leistungsprüfung in der Krankenversicherung, zur Risikoprüfung in der Lebensversicherung oder zur Leistungsprüfung in der Berufsunfähigkeitsversicherung oder

c) Verfahren zur Prämienberechnung unter Verwendung verhaltensbasierter Daten betroffener Personen (z. B. für sog. Telematiktarife in der Kraftfahrtversicherung oder mit Daten aus Wearables).

(2) Die Entscheidung darüber, ob eine Datenschutzfolgenabschätzung vorgenommen wird oder nicht und die Gründe dafür werden dokumentiert. Die Unternehmen stellen durch geeignete organisatorische Maßnahmen sicher, dass bei der Durchführung der Datenschutz-Folgenabschätzungen der Rat der Beauftragten für den Datenschutz eingeholt wird.

Art. 27 Beauftragte für den Datenschutz

(1) Die Unternehmen oder eine Gruppe von Versicherungs- und Finanzdienstleistungsunternehmen benennen entsprechend den gesetzlichen Vorschriften Beauftragte für den Datenschutz. Sie sind weisungsunabhängig und überwachen die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften sowie dieser Verhaltensregeln. Das Unternehmen trägt der Unabhängigkeit vertraglich Rechnung.

(2) Die Beauftragten überwachen die Einhaltung der Datenschutz-Grundverordnung und anderer datenschutzrechtlicher Vorschriften einschließlich der im Unternehmen bestehenden Konzepte für den Schutz personenbezogener Daten und werden zu diesem Zweck vor der Einrichtung oder nicht nur unbedeutenden Veränderung eines Verfahrens zur automatisierten Verarbeitung personenbezogener Daten rechtzeitig unterrichtet und wirken hieran beratend mit.

(3) Dazu können sie in Abstimmung mit der jeweiligen Unternehmensleitung alle Unternehmensbereiche zu den notwendigen Datenschutzmaßnahmen veranlassen. Insoweit haben sie ungehindertes Kontrollrecht im Unternehmen.

(4) Die Beauftragten für den Datenschutz unterrichten und beraten die Unternehmen und die bei der Verarbeitung personenbezogener Daten tätigen Beschäftigten über die jeweiligen besonderen Erfordernisse des Datenschutzes.

(5) Daneben können sich alle betroffenen Personen jederzeit mit Anregungen, Anfragen, Auskunftsersuchen oder Beschwerden im Zusammenhang mit Fragen des Datenschutzes oder der Datensicherheit auch an die Beauftragten für den Datenschutz wenden. Anfragen, Ersuchen und Beschwerden werden vertraulich behandelt. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben.

(6) Die für den Datenschutz verantwortlichen Geschäftsführungen der Unternehmen unterstützen die Beauftragten für den Datenschutz bei der Ausübung ihrer Tätigkeit und arbeiten mit ihnen vertrauensvoll zusammen, um die Einhaltung der anwendbaren nationalen und internationalen Datenschutzvorschriften und dieser Verhaltensregeln zu gewährleisten.

(7) Die Unternehmen stellen den Datenschutzbeauftragten die für die Aufgabenerfüllung und die zur Erhaltung des Fachwissens erforderlichen Ressourcen zur Verfügung.

(8) Die Datenschutzbeauftragten arbeiten mit der für das Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde zusammen. Sie können sich dazu jederzeit mit der jeweils zuständigen datenschutzrechtlichen Aufsichtsbehörde vertrauensvoll beraten und stehen der Aufsichtsbehörde in allen Angelegenheiten des Datenschutzes als Ansprechpartner zur Verfügung.

Art. 28 Beschwerden und Reaktion bei Verstößen

(1) Die Unternehmen werden Beschwerden von Versicherten oder sonstigen betroffenen Personen wegen Verstößen gegen datenschutzrechtliche Regelungen sowie diese Verhaltensregeln unverzüglich bearbeiten und innerhalb einer Frist von einem Monat beantworten oder einen Zwischenbescheid geben. Ein Bericht über die ergriffenen Maßnahmen kann auch noch bis zu drei Monaten nach Antragstellung erteilt werden, wenn diese Fristverlängerung unter Berücksichtigung der Komplexität und der Anzahl von Anträgen erforderlich ist. Die für die Kontaktaufnahme erforderlichen Daten werden in geeigneter Form bekannt gegeben. Kann der verantwortliche Fachbereich nicht zeitnah Abhilfe schaffen, hat er sich umgehend an den Beauftragten für den Datenschutz zu wenden.

(2) Die Geschäftsführungen der Unternehmen werden bei begründeten Beschwerden so schnell wie möglich Abhilfe schaffen.

(3) Sollte dies einmal nicht der Fall sein, können sich die Beauftragten für den Datenschutz an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden. Sie teilen dies den betroffenen Personen unter Benennung der zuständigen Aufsichtsbehörde mit.

Art. 29 Meldung von Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten

(1) Im Falle einer Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten, z. B. wenn sie unrechtmäßig übermittelt worden oder Dritten unrechtmäßig zur Kenntnis gelangt sind, informieren die Unternehmen unverzüglich und möglichst binnen 72 Stunden, nachdem ihnen die Verletzung bekannt wurde, die zuständige Aufsichtsbehörde, es sei denn, die Verletzung führt voraussichtlich nicht zu einem Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen. Risiken für die Rechte und Freiheiten betroffener Personen bestehen insbesondere dann, wenn zu befürchten ist, dass die Verletzung zu einem Identitätsdiebstahl, einem finanziellen Verlust oder einer Rufschädigung führt.

(2) Das Unternehmen dokumentiert Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten einschließlich aller im Zusammenhang damit stehenden Fakten, Auswirkungen und ergriffenen Abhilfemaßnahmen. Diese Dokumentation ermöglicht der Aufsichtsbehörde die Überprüfung der Einhaltung der Bestimmungen dieses Artikels.

(3) Die betroffenen Personen werden benachrichtigt, wenn die Datenschutzverletzung voraussichtlich ein hohes Risiko für ihre persönlichen Rechte und Freiheiten zur Folge hat. Dies erfolgt unverzüglich. Dabei wird entsprechend der Gefahrenlage entschieden, ob zunächst Maßnahmen zur Sicherung der Daten oder zur Verhinderung künftiger Verletzungen ergriffen werden. Würde eine Benachrichtigung unverhältnismäßigen Aufwand erfordern, z. B. wegen der Vielzahl der betroffenen Fälle oder wenn eine Feststellung der betroffenen Personen nicht in vertretbarer Zeit oder mit vertretbarem technischem Aufwand möglich ist, tritt an ihre Stelle eine Information der Öffentlichkeit.

(4) Die Benachrichtigung der betroffenen Personen unterbleibt, wenn der Verantwortliche durch geeignete technische und organisatorische Maßnahmen sichergestellt hat, dass das hohe Risiko für die Rechte und Freiheiten der betroffenen Personen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht oder nicht mehr besteht. Die Benachrichtigung der betroffenen Personen unterbleibt auch, soweit durch die Benachrichtigung Informationen offenbart würden, die nach einer Rechtsvorschrift oder ihrem Wesen nach, insbesondere wegen der überwiegenden berechtigten Interessen eines Dritten, geheim gehalten werden müssen, es sei denn, dass die Interessen der betroffenen Personen an der Benachrichtigung, insbesondere unter Berücksichtigung drohender Schäden, gegenüber dem Geheimhaltungsinteresse überwiegen.

(5) Die Benachrichtigung der betroffenen Personen beschreibt in klarer einfacher Sprache die Art der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten und enthält zumindest:

a) den Namen und die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten oder einer sonstigen Anlaufstelle für weitere Informationen,

b) eine Beschreibung der wahrscheinlichen Folgen der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten,

c) eine Beschreibung der vom Unternehmen ergriffenen oder vorgeschlagenen Maßnahmen zur Behebung der Verletzung des Schutzes personenbezogener Daten und gegebenenfalls Maßnahmen zur Abmilderung ihrer möglichen nachteiligen Auswirkungen.

(6) Die Unternehmen verpflichten ihre Auftragsverarbeiter, sie unverzüglich über Vorfälle nach Absatz 1 bei diesen zu unterrichten.

(7) Die Unternehmen erstellen ein Konzept für den Umgang mit Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten. Sie stellen sicher, dass alle Verletzungen den betrieblichen Datenschutzbeauftragten zur Kenntnis gelangen. Die betrieblichen Datenschutzbeauftragten berichten unmittelbar der höchsten Managementebene des Unternehmens.

X. Formalia

Art. 30 Beitritt

(1) Die Unternehmen, die diesen Verhaltensregeln beigetreten sind, verpflichten sich zu deren Einhaltung ab dem Zeitpunkt des Beitritts. Der Beitritt der Unternehmen wird vom GDV dokumentiert und in geeigneter Form bekanntgegeben.

(2) Versicherungsnehmer, deren Verträge vor dem Beitritt des Unternehmens zu diesen Verhaltensregeln bereits bestanden, werden über den Beitritt zu diesen Verhaltensregeln über den Internetauftritt des Unternehmens sowie spätestens mit der nächsten Vertragspost in Textform informiert.

(3) Hat ein Unternehmen seinen Beitritt zu diesen Verhaltensregeln erklärt, ist die jeweils gültige Fassung wirksam. Eine Rücknahme des Beitritts ist jederzeit möglich durch Erklärung gegenüber dem GDV. Wenn ein Unternehmen die Rücknahme des Beitritts erklärt, wird dies durch die Löschung des Unternehmens in der Beitrittsliste vom GDV dokumentiert und in Form einer aktualisierten Beitrittsliste in geeigneter Weise bekannt gegeben. Das Unternehmen wird zudem die für das Unternehmen zuständige Datenschutzbehörde und die Versicherten über die Rücknahme informieren.

Art. 31 Evaluierung

Diese Verhaltensregeln werden bei jeder ihren Regelungsgehalt betreffenden Rechtsänderung in Bezug auf diese, spätestens aber drei Jahre nach Anwendungebeginn der Datenschutz-Grundverordnung insgesamt evaluiert.

Art. 32 Inkrafttreten

Diese Fassung der Verhaltensregeln gilt ab dem 1. August 2018 und ersetzt die Fassung vom 7. September 2012.

Liste der Dienstleister

Stand: 1. Oktober 2023
Die jeweils aktuelle Fassung wird Ihnen mit dem Antrag ausgehändigt und kann abgerufen werden unter: www.lvm.de/Datenschutz

Konzerngesellschaften innerhalb der LVM Versicherung, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen

- LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a. G.
- LVM Krankenversicherungs-AG
- LVM Lebensversicherungs-AG
- LVM Rechtsschutz-Service GmbH
- LVM Pensionsfonds-AG
- LVM Pensionsmanagement GmbH
- LVM Unterstützungskasse GmbH
- LVM Finanzdienstleistungen GmbH
- LVM Vermittlungs GmbH

Dienstleister, die Daten für die LVM Versicherung verarbeiten könnten:

Auftraggeber	Auftragnehmer	Datenkategorien/Gegenstand und Zweck
Alle Gesellschaften der LVM Versicherung	LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.	Anschriften, Briefe/Versand von Postsendungen
		Betrieb Rechenzentrum und Anwendungsentwicklung
		IT-Dienstleistungen/Anwendersupport
		Wartung von Systemen/Anwendungen
		Aufbereiten, Sortieren, Scannen der Eingangspost
LVM Landwirtschaftlicher Versicherungsverein Münster a.G.	Actineo GmbH	Beschaffung und Vergütung von Arztberichten für Kraftfahrt-, Haftpflicht- und Unfall-Personenschäden, Prüfung von Rechnungen von Sozialversicherungsträgern
	Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Anschriften/Adressermittlung
	Perseus Technologies GmbH	Forensische Ermittlungen von Cyberangriffen und Beseitigung von Einschränkungen nach Cyberangriffen
	Vds Schadenverhütung GmbH	Lieferung von Wetterdaten im Schaden- und Leistungsfall
Zusätzlich für die Kraftfahrtversicherung	Octo Telematics S.p.A.	Telematik-Dienstleister in der PKW-Versicherung
Zusätzlich für die Sachversicherung	COREVAS GmbH & Co. KG	Bereitstellung Video Chat Assistent zur Unterstützung der Sachbearbeitung
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Medizinische Assistance und Serviceleistungen
	Roland Schutzbrief-Versicherung AG	Abwicklung von Fahrradschutzbriefschäden
LVM Krankenversicherungs-AG	MD Medicus Assistance Service GmbH	Medizinische Assistance und Serviceleistungen
	Morgen & Morgen GmbH	Erstellung von Tarifvergleichen
	PAV Card GmbH	Beschaffung von RVNR und KVNR für die Teilnahme an der Telematikinfrastruktur
LVM Lebensversicherungs-AG	LVM Pensionsmanagement GmbH	Dienstleistungen zur betrieblichen Altersversorgung
	Morgen & Morgen GmbH	Erstellung von Tarifvergleichen
LVM Finanzdienstleistungen GmbH	Interhyp AG	Betrieb der Finanzierungsplattform „eHyp“
	SOBACO Betax AG	Betrieb der Anwendung „MyWebDepot“

Kategorien von Dienstleistern, die Daten für die LVM Versicherung verarbeiten könnten:

Auftraggeber	Auftragnehmer	Datenkategorien/Gegenstand und Zweck
Alle Gesellschaften der LVM Versicherung	Ärzte, Gutachter	Prüfung von Gutachten, Begutachtung Versicherungsobjekte/Antrags- und Leistungsprüfung, ärztliche Stellungnahmen
	Assistanceunternehmer	Assistance-/Dienstleistungen im Schaden-/Leistungsfall
	Auskunfteien	Existenznachweise, Bonitätsprüfung
	Auslandsregulierungsbüros	Abwicklung von Schäden im Ausland
	Detekteien	Anlassbezogene Betrugsbekämpfung in begründeten Einzelfällen
	Dienstleister für Prozess- und IT-Management	Wartung/Betrieb/Entwicklung von IT-Systemen und Anwendungen
	Dienstleister zur Immobilienfinanzierung	Erstellung von Wertgutachten und Ermittlung von Markt- und Beleihungswerten im Bereich der Immobilienfinanzierung
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
	Heil- und Hilfsmittellieferanten	Lieferung von Heil- und Hilfsmitteln
	Inkassounternehmen	Forderungsbearbeitung
	Marketingdienstleister	Durchführung von Marketingkampagnen und Versand von Werbemitteln
	Marktforschungsinstitute	Kundenbefragungen und Kundenzufriedenheitsmessungen
	Prüfdienstleister	Prüfung von Rechnungen und Gutachten
	Rechtsanwälte	Juristische Beratung, Anwaltshotline
	Rehabilitationsdienste	Rehabilitationsmanagement
	Rückversicherer	Monitoring von Risiken, Risikoprüfung
	Telefondienstleister	Temporärer Kundendienst/Terminvereinbarung in bestimmten Geschäftsfeldern
	Übersetzungsbüros	Übersetzung von Schriftstücken

U 528 (03/2024)

- **Verbraucherinformationen, Stand März 2024**
- **Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (LVM AUB 2024), Stand März 2024**
- **Besondere Bedingungen, Stand März 2024**
- **Satzung, Stand September 2023**
- **Hinweise zum Datenschutz**
- **Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (Code of Conduct), Stand August 2018/ Liste der Dienstleister im Rahmen der Datenverarbeitung, Stand Oktober 2023**

LVM VERSICHERUNG

Bedarfsgerechte Vorsorge
braucht fachkundige Beratung.
In der LVM-Versicherungsagentur
in Ihrer Nähe erhalten Sie beides.

LVM Versicherung
Kolde-Ring 21
48126 Münster
www.lvm.de