

Vertragsunterlagen zu Ihrer Unfallversicherung (AUB 2014)

Inhaltsverzeichnis

Vertragsbestimmungen

Verbraucherinformationen

nach § 10 a Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

Ergänzenden Informationen für Fernabsatzverträge

Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Erläuterungen zur Unfallversicherungen

Tarifbestimmungen

Allgemeine Unfall- Versicherungsbedingungen (AUB2014)

Besondere Bedingungen Unfall - SENIOR

Besondere Bedingungen zur Unfall Assistance Versicherung – BBUAS –
(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Satzung Ostangler Brandgilde VVaG

Vertragsbestimmungen, Verbraucherinformationen, Ergänzende Informationen für Fernabsatzverträge, Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

A. Vertragsbestimmungen

1. Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten regeln sich nach dem Antrag und den

- Allgemeinen Unfall Versicherungsbedingungen (AUB2014)
- vereinbarten Besondere Bedingungen
- vereinbarten Klauseln
- etwaigen besonderen Vereinbarungen, den gesetzlichen sowie den nachfolgenden Bestimmungen
- Merkblatt zur Datenverarbeitung
- Satzung der Ostangler Brandgilde VVaG

B. Verbraucherinformationen nach §10a Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz

1. Ihr Versicherer ist die **OSTANGLER BRANDGILDE VVaG, Flensburger Straße 5, 24376 Kappeln, Tel. 04642-91470, Fax 04642-914777, e- mail: info@oab.de, Internet: www.ostangler.de**

Vorstand:

Vorsitzender: Jens-Uwe Rohwer, Andreas Schmid

Aufsichtsrat: Vorsitzender: Hans-Walter Jens

Amtsgericht Flensburg - HRB Nr. 158 KA

Gesellschafter der OSTANGLER BRANDGILDE VVaG: Die OSTANGLER BRANDGILDE ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, das heißt wir gehören unseren Mitgliedern.

2. Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung
3. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt
4. Die Angaben zur Beitragshöhe und die Zahlweise ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein. Die gesetzliche Versicherungssteuer ist in den ausgewiesenen Beiträgen enthalten. Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben

5. Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers (§8 Versicherungsvertragsgesetz)

5.1) Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen widerrufen. Der Widerruf ist in Textform (z. B. Brief, Fax, Email) gegenüber dem Versicherer zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung. Der Widerruf ist zu richten an: OSTANGLER BRANDGILDE VVaG, Flensburger Straße 5, 24376 Kappeln.

5.2) Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:

- a) der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG und
- b) eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des Absatzes 1 Satz 2 enthält.

Die Belehrung genügt den Anforderungen des Satzes 1 Nr. 2, wenn das vom Bundesministerium der Justiz auf Grund einer Rechtsverordnung nach Absatz 5 veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen nach Satz 1 obliegt dem Versicherer.

5.3) Das Widerrufsrecht besteht nicht

- a) bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,
- b) bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
- c) bei Versicherungsverträgen bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinn des § 312b Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuchs,
- d) bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinn des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz.

Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind, bevor der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

5.4) Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist abweichend von Absatz 2 Satz 1 nicht vor Erfüllung auch der in § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs geregelten Pflichten.

5.5) Das Bundesministerium der Justiz wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates Inhalt und Gestaltung der dem Versicherungsnehmer nach Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 mitzuteilenden Belehrung über das Widerrufsrecht festzulegen.

6. Rechtsfolgen des Widerrufs (§9 Versicherungsvertragsgesetz)

Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren und ggf. gezogene Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben. Können Sie uns die empfangene Leistung sowie Nutzungen (z.B. Gebrauchsvorteile) nicht oder teilweise nicht oder nur in verschlechtertem Zustand zurückgewähren beziehungsweise herausgeben, müssen Sie uns insoweit Wertersatz leisten. Für die Versicherung der Sache müssen Sie Wertersatz nur leisten, soweit die Verschlechterung auf einen Umgang mit der Sache zurückzuführen ist, der über die Prüfung der Eigenschaften und der Funktionsweise hinausgeht. Unter „Prüfung der Eigenschaften und der Funktionsweise“ versteht man das Testen und Ausprobieren der jeweiligen Ware, wie es etwa im Ladengeschäft möglich und üblich ist. Paketversandfähige Sachen sind auf unsere Kosten und Gefahr zurückzusenden. Nicht paketfähige Sachen werden bei Ihnen abgeholt. Verpflichtungen zur Erstattung von Zahlungen müssen innerhalb von 30 Tagen erfüllt werden. Die Frist beginnt für Sie mit der Absendung Ihrer Widerrufsbelehrung oder der Sache, für uns mit deren Empfang.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach Ziffer 5 wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

7. Die für die Zulassung und für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist die **Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht** Bereich Versicherungen – Graurheindorfer Strasse 108, 53117 Bonn.

Ombudsmann: Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin; Tel.: 030- 206 058 0

C. Ergänzende Informationen für Fernabsatzverträge

Diese Informationen gelten für Versicherungsverträge, die unter ausschließlicher Verwendung von Fernkommunikationsmitteln (z.B. Brief, Telefon, Fax, Email, Internet) abgeschlossen werden (Fernabsatzverträge).

1. Der Vertrag kommt durch die Übersendung des Versicherungsscheins zustande.
2. Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform ohne Begründung widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt am Tage des Abschlusses des Fernabsatzvertrages bzw. – falls Ihnen die Vertragsbestimmungen einschl. der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die beiliegenden Informationen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch nicht vorlagen – mit dem Zugang der genannten Unterlagen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Durch den Widerruf wird der Vertrag unwirksam. Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht, soweit im Vertrag nicht ein anderes vereinbart ist, nicht bei Fernabsatzverträgen über Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Sofern Sie Ihr Widerrufsrecht ausüben, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämie haben Sie in diesem Fall zu zahlen. Die Erstattung durch uns muss unverzüglich, spätestens 30 Kalendertage nach Zugang des Widerrufs erfolgen. Soweit Sie ein Widerspruchsrecht nach den gesetzlichen Vorschriften über Fernabsatzverträge haben, steht Ihnen ein Widerspruchsrecht gem. § 8 VVG nicht zu.
3. Unsere Hauptgeschäftstätigkeit besteht im Betrieb der Haftpflicht-, Unfall- und Sachversicherungen.
4. Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt; die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages wird in deutscher Sprache geführt.

D. Einwilligungsklausel nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos, zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Ostangler Brandgilde VVaG meine allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Im Zuge der Beratungs- und Betreuungspflicht sowie der Qualitätskontrolle, erkläre ich mich damit einverstanden, schriftlich und / oder telefonisch informiert zu werden.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss (mit weiteren Verbraucherinformationen), auf Wunsch auch sofort, überlassen wird.

E. Erläuterungen zur Unfallversicherung / Tarifbestimmungen

Versicherungsumfang

Die Versicherung erstreckt sich bei berufstätigen Personen auf Unfälle innerhalb und außerhalb des Berufes, bei nicht berufstätigen Personen und Kindern auf Unfälle des täglichen Lebens. Bei Kindern sind außerdem Unfälle bei der Schul- und Berufsausbildung eingeschlossen. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

Tarifvarianten

- Senior

- Einschluss der Knochenbruchversicherung - bis zu einer Summe von jeweils 1.000 EUR.
- Einschluss Wellness-Wochenende für zwei Personen – ab einer drohenden, ärztlich festgestellten Invalidität von 30 % - innerhalb von drei Jahren nach Unfallereignis bis 1.000 EUR.
- Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall – Wir ermöglichen Ihnen die **freie Krankenhauswahl** unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die **Mehrkosten**, die Ihnen von Ihrer GKV nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungskrankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.
Bis 10% der Invaliditätssumme / max. 10.000 EUR
- Reha Management -- Ab einer Invalidität von 30 % unterstützen wir Sie bei der Auswahl eventueller Rehabilitationsmaßnahmen.
- Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen – mind. 40%

Besondere Bedingungen zur Unfall Assistance Versicherung – BBUAS –

(gilt nur, soweit ausdrücklich vereinbart und dokumentiert)

Mitversicherte Assistance Leistungen:

- Erstgespräch
- Hausnotrufdienst
- Mahlzeitendienst
- Vermittlung einer Tierbetreuung
- Wohnungsreinigung
- Besorgungen und Einkäufe
- Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung
- Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen
- Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden
- Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien
- Pflegeschulung für Angehörige
- Grundpflege
- 24-Stunden-Pflegenotruf
- Pflegeberatung
- Vermittlung von Pflegehilfsmitteln
- Tag- und Nachtwache
- Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen
- Vermittlung des Umbaus der Wohnung

Vertragspartner

Ostangler Brandgilde VVaG, Flensburger Straße 5, 24376 Kappeln

Vertragsgrundlagen

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach den Antragsangaben, den gesetzlichen Bestimmungen, der Satzung der Ostangler Brandgilde, den Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014) sowie den jeweils vereinbarten Besonderen Bedingungen und Klauseln zur Unfallversicherung.

Die maßgeblichen Bedingungen und Klauseln, die Satzung der Ostangler Brandgilde sowie das Merkblatt zur Datenverarbeitung werden dem Antragsteller/der versicherten Person vor Vertragsabschluss zur Verfügung gestellt.

Risikofragen des Versicherungsmaklers

Die vom Versicherungsmakler verwendeten Risikofragen zu gefahrerheblichen Umständen werden als Fragen des Versicherers, Ostangler Brandgilde, anerkannt. Sie stellen somit wichtige Fragen des Versicherers für den Vertragsabschluss dar.

Unterschriften

Der Antrag und etwaige Fragebögen sind vom Antragsteller zu unterschreiben. Bei Anträgen von Minderjährigen ist zusätzlich die Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Bei vereinbartem Lastschriftverfahren ist bei Abschluss des Vertrages ein gesondertes SEPA Lastschriftmandat zu unterschreiben.

Geltendes Recht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Vertragsdauer

Der Vertrag wird zunächst für ein Jahr geschlossen. Nach Ablauf dieser Zeit verlängert sich der Vertrag stillschweigend von Jahr zu Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf der anderen Partei eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

Der Versicherungsschutz beginnt frühestens am Tag des Antragseingangs bei der Ostangler Brandgilde.

Zeitpunkt

Anträge dürfen nicht früher als ein Jahr vor Vertragsbeginn aufgenommen werden.

Eintrittsalter

Erwachsene: mind. bis 65 Jahre, max. 76 Jahre

Ende der Versicherbarkeit

Der Vertrag endet mit Vollendung des 85. Lebensjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Bei Erreichen des maximalen Endalters ist ein Tarifwechsel in den Seniorentarif ohne eine erneute Gesundheitsprüfung möglich.

Beiträge (grundsätzlich besteht Beitragseinzug)

Die Einzelbeiträge, der zu entrichtenden Gesamtbeitrag und die Zahlungsweise ergeben sich aus dem Antrag.

Mindestrate / Mindestbeitrag

40,00 EUR je Zahlungsweise

Gebühren und Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen werden nicht erhoben. Versicherungsvermittler und Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, ihrerseits noch besondere Gebühren oder Kosten zu berechnen.

Zahlungsweise

monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich

Tarifbestimmungen / Ratenzahlung

halbjährliche Zahlungsweise	3 % auf die jeweilige Rate
vierteljährliche Zahlungsweise	5 % auf die jeweilige Rate
monatliche Zahlungsweise	7 % auf die jeweilige Rate

Unterjährige Beitragszahlungen nur mit SEPA-Lastschriftmandat möglich.

Dynamik

Bei Vereinbarung der Dynamik werden die Versicherungssummen – mit Ausnahme der Beträge für Bergungskosten, kosmetische Operationen und Kurkostenbeihilfe sowie die anderen in den Besonderen Bedingungen genannten zusätzlichen kostenfreien Leistungen – und die Beiträge jährlich um 2 % erhöht.

- Die Dynamik kann nicht vereinbart werden, wenn die Höchstleistung bei Vollinvalidität 150.000 EUR übersteigt.
- Eine vereinbarte Dynamik entfällt, wenn die Höchstleistung bei Vollinvalidität ohne Progression 150.000 EUR übersteigt.

Gefahrengruppeneinteilung

Alle versicherten Personen im Unfall-SENIOR Tarif werden in die Gefahrengruppe S eingeteilt.

Unerwünschte Risiken

- Personen mit erheblicher Vorschadenbelastung
- Versicherungsvertrag vom Vorversicherer gekündigt

Body Mass Index

Die Ostangler behält sich vor, ab einem BMI von 30 einen Zuschlag zu berechnen.

Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert, sind dauernd schwer- oder schwerstpflegebedürftige Personen (Pflegestufe 2 und 3) im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke.

Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

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

Bezugsberechtigung

Die im Todesfall bezugsberechtigten Personen sind möglichst namentlich mit Geburtsdatum zu **benennen**. Unterbleibt die Benennung, ist bei Unfalltod eines/einer versicherten Person bezugsberechtigt:

- der überlebende Ehegatte, mit dem er/sie zum Zeitpunkt des Ablebens verheiratet war,
- seine/ihre ehelichen und die ihnen gesetzlich gleichgestellten Kinder zu gleichen Teilen
- seine/ihre Eltern zu gleichen Teilen
- seine/ihre Erben zu gleichen Teilen

in der Reihenfolge der Buchstaben unter Ausschluss des/der jeweils nachfolgenden Berechtigten.

Gesundheitsfragen

- Herz- Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, Ersatz einer Herzklappe, Bewusstlosigkeit, Vorhofflimmern, Herzrhythmusstörungen, Thrombosen, Gerinnungsstörungen)
- Erkrankungen des Gehirn- Nervensystems (Multiple Sklerose, Parkinson, Lähmungen, Polyneuropathie/Nervenschädigung, Epilepsie, Alzheimer, Demenz, Schlaganfall/Hirnblutung, Bewusstseinsstörung, Durchblutungsstörung des Gehirns, Schwindel mit Sturz)
- Erkrankungen des Skelett- Bewegungsapparates (Osteoporose, Knochenbrüche/Unfälle, Arthrose, Gelenkersatz, Gelenkrheuma, Wirbelsäule, M. Bechterew, Kreuzbandersatz, Meniskusschaden; Gehhilfen erforderlich – Rollator, Stock, Stützen)
- Systemischen Erkrankungen: (Diabetes, Fibromyalgie, Lupus, Krebs, Rheuma, Dialyse, Myasthenia gravis, Organtransplantation, Schlafapnoe/nächtl. Atemaussetzer, chron. Schmerzsyndrom, HIV-Infektion)
- Erkrankungen der Psyche (Psychose, Neurose, Depression, Angstzuständen, Selbsttötungsversuch, Alkohol – Drogen oder sonstiger Suchtmittelkrankung)
- Erkrankungen der Augen – (Fehlsichtigkeit, Blindheit, grauer Star, grüner Star) Bei Fehlsichtigkeit bitte aktuelle erforderliche Dioptrienzahl angeben

Wenn bereits seit 5 Jahren eine Unfallversicherung bei der Ostangler Brandgilde besteht, ist ein Wechsel in den Unfall Seniorentarif **ohne** erneute Gesundheitsfragen möglich.

Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

Ich willige ein, dass der Versicherer im erforderlichen Umfang

Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/ **Vertragsänderungen**) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos, zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe an andere Versicherer übermittelt.

Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Ich willige ferner ein, dass die Ostangler Brandgilde VVaG meine allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.

Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss (mit weiteren Verbraucherinformationen), auf Wunsch auch sofort, überlassen wird.

Textform für Anzeigen und Erklärungen

Alle für die Ostangler Brandgilde VVaG bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform abzugeben und an die Ostangler Brandgilde VVaG zu richten.

Die Versicherungsvermittler sind zu der Entgegennahme mündlicher Anzeigen und Erklärungen nicht bevollmächtigt.

Deckungszusagen

Die selbständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Versicherungsvermittlern und Versicherungsmaklern untersagt und ohne rechtliche Wirkung für den Versicherungsschutz.

Nebenabreden

Mündliche Nebenabreden zum Inhalt und Umfang des Versicherungsvertrages sind nicht verbindlich.

Schriftliche Nebenabreden müssen dem Antrag beigefügt sein. Sie sind nur dann verbindlich, wenn der Versicherer sie schriftlich oder durch Aufnahme in den Versicherungsschein genehmigt.

Entbindung von der Schweigepflicht

Die Ostangler Brandgilde VVaG ist berechtigt – soweit hierzu ein Anlass besteht – Angaben über den Gesundheitszustand des Antragstellers/der zu versichernden Person, auch über frühere Erkrankungen oder Unfälle, und über frühere bestehende oder beantragte Versicherungsverträge bei anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern zur Beurteilung der Risiken eines beantragten Vertrags zu überprüfen.

Zu diesem Zweck befreien der Antragsteller/die zu versichernde Person mit Beantragung einer Unfallversicherung Ärzte, Zahnärzte, Angehörige anderer Heilberufe sowie Angehörige von Krankenanstalten und Gesundheitsämtern, die ihn/sie in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt haben, von ihrer Schweigepflicht- und zwar auch über den Tod hinaus – und ermächtigen sie, der Ostangler Brandgilde VVaG die erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Dies gilt auch für Angehörige anderer Kranken-, Lebens- und Unfallversicherer, mit denen der Antragsteller/die zu versichernde Person bisher in Vertragsbeziehungen stand oder steht.

Die Ermächtigung endet fünf Jahre nach Antragstellung.

Telefonische Information und Beratung

Der Antragsteller/die zu versichernde Person ist bis auf Widerruf damit einverstanden, dass die Ostangler Brandgilde VVaG und ihre Vermittler im Zuge der Beratungs- und Betreuungspflicht sowie der Qualitätskontrolle ihn/sie wegen des Vertrages und sonstiger Angebote per Telefon, Fax oder E-Mail informieren und beraten darf.

Infoscore

Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf der Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten beziehen wir von der Infoscore Consumer Data GmbH Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2014)

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 Unfallversicherungsbedingungen (**AUB**) 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 Ostangler Versicherungen

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

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
 - 1.1 Grundsatz
 - 1.2 Geltungsbereich
 - 1.3 Unfallbegriff
 - 1.4 Erweiterter Unfallbegriff
 - 1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfallrente (Hinweis: Bietet die Ostangler Brandgilde VVaG nicht an)
 - 2.3 Übergangsleistung
 - 2.4 Tagegeld
 - 2.5 Krankenhaustagegeld
 - 2.6 Todesfalleistung
 - 2.7 Kosten für kosmetische Operationen
 - 2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze
- 3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?
 - 3.1 Krankheiten und Gebrechen
 - 3.2 Mitwirkung
- 4 Was ist nicht versichert?
 - 4.1 Ausgeschlossene Unfälle
 - 4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden
- 5 Was müssen Sie bei einem Kinder-Tarif und bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?
 - 5.1 Umstellung des Kindertarifs
 - 5.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Der Leistungsfall

- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 8 Wann sind die Leistungen fällig?
 - 8.1 Erklärung über die Leistungspflicht
 - 8.2 Fälligkeit der Leistung
 - 8.3 Vorschüsse
 - 8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer

- 9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
 - 9.1 Beginn des Versicherungsschutzes
 - 9.2 Dauer und Ende des Vertrags
 - 9.3 Kündigung nach Versicherungsfall
 - 9.4 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag

- 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

- 10.1 Beitrag und Versicherungssteuer
- 10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag
- 10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag
- 10.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
- 10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
- 10.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Weitere Bestimmungen

- 11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
 - 11.1 Fremdversicherung
 - 11.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller
 - 11.3 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen
- 12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
 - 12.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
 - 12.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
 - 12.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
 - 12.4 Anfechtung
 - 12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes
- 13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
 - 13.1 Gesetzliche Verjährung
 - 13.2 Aussetzung der Verjährung
- 14 Welches Gericht ist zuständig?
- 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 16 Welches Recht findet Anwendung?

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) und zu den Ausschlüssen (Ziffer 4).

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 und dessen Nachträgen 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 drei 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 15 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 15 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.

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 Todesfalleistung (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% zahlen wir 20.000 Euro.

2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, 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 dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Ziffer 8.4).

2.1.2.2.1 Gliedertaxe

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

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

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

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

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%. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7% (=ein Zehntel von 70%). Diese 7% Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63%.

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 Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70%) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35%). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % 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 Unfallrente (bietet die Ostangler Brandgilde VVaG nicht an)

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.3.1.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt

- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- zu mindestens 50 Prozent in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als 6 Monate an.

2.3.1.2 Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen uns mit, dass Sie von einer Beeinträchtigung von mehr als 6 Monaten ausgehen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.4 Tagegeld (bietet die Ostangler Brandgilde VVaG nicht an)

2.5 Krankenhaustagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens 1 Tag ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt. War die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten.

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

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für 2 Jahre ab dem Tag des Unfalls.

- für 30 Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.6 Todesfalleistung

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.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7 Kosten für kosmetische Operationen

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören nur Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Die kosmetische Operation erfolgt

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

Voraussetzung ist 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 nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
 - Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten
- insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.8 Kosten für Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze

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 ärztlich angeordneten 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 Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrades.
- bei der Todesfalleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Was ist nicht versichert?

4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 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.

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

4.1.3 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 siebten 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.

4.1.4 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.

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

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

4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

4.2.1 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%) verursacht, und
 - für dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
- In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

4.2.3 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.

4.2.4 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 (Ziff 4.2.3).

In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

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

Beispiele:

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

4.2.7 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.

5 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

5.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

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

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für Ihren Vertrag geltende Berufsgruppenverzeichnis.

5.1.1 Mitteilung der Änderung

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.

5.1.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auch die neu errechneten Versicherungssummen gelten für berufliche und außerberufliche Unfälle.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die 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.

6.1 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.

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

6.3 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 Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

6.4 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.

6.5 Wenn der Unfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden 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.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie oder die versicherte Person eine der in Ziffer 6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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 Versicherungsfalles 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.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

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

8.1 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 Unfallrente beträgt die Frist drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

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

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

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

- bei Invaliditätsleistung bis zu 5% der versicherten Summe.
- bei Übergangsleistung bis zu 5% der versicherten Summe.
- bei Tagegeld und Krankenhaustagegeld jeweils bis zu 3 Tagessätze.
- bei Kosten für kosmetische Operationen sowie für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze bis zu 5% der jeweils versicherten Summe.

Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

8.2 Fälligkeit der Leistung

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

8.3 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 beansprucht werden.

8.4 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 drei Jahren nach dem Unfall zu.

- 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% jährlich zu verzinsen.

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

9.1 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.

9.2 Dauer und Ende des Vertrags

9.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

9.2.2 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 drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen

9.2.3 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 drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Sie oder wir können den Vertrag kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

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

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.

9.4 Versicherungsjahr
Das Versicherungsjahr dauert zwölf 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

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

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

10.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen. 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.

10.1.2 Versicherungssteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster Beitrag

10.2.1 Fälligkeit der Zahlung

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

10.2.3 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, 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.

10.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen, 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.

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, 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 10.3.3).

10.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei 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 10.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

10.3.4 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 bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung besteht kein Versicherungsschutz.

10.4 **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.

10.5 **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**

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

Weitere Bestimmungen

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

11.1 **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.

11.2 **Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller**

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

11.3 **Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen**

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

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

12.1 **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.

12.2 **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.

12.2.1 **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.

12.2.2 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.

12.2.3 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 10.1.1) 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% erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

12.3 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 fünf 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 zehn Jahre.

12.4 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 bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

- 12.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes**
Die Absätze 12.1. bis 12.4 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.
- 13 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?**
- 13.1 Gesetzliche Verjährung**
Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.
- 13.2 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.
- 14 Welches Gericht ist zuständig?**
- 14.1** 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.
- 14.2** 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.
- 15 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 15.1** Anzeigen oder Erklärungen sollen an folgende Stellen gerichtet werden:
- an unsere Hauptverwaltung oder
 - an die Geschäftsstelle, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.
- 15.2** 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 drei 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.
- 16 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Besondere Bedingungen SENIOR - zu den AUB 2014

- Gelten automatisch mitversichert

Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung Unfall - SENIOR

1. Maximale Versicherungssummen / Versicherte Gefahren

Invalidity	150.000 EUR
Todesfall	15.000 EUR
Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld bei einem Krankenhausaufenthalt nach einem versicherten Unfallereignis	50 EUR
Übergangsgeld	10.000 EUR
Bergungskosten, kosmetische Operationen, Kurkosten (beitragsfrei)	30.000 EUR
*Schmerzensgeld bei Oberarm- / Oberschenkelhalsbruch	3.000 EUR
**Unfall-Pflegegeld	1.500 EUR
***Leistungskürzung bei Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	mind. 40 %

* Ein Knochenbruch/ Fraktur ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Krafteinwirkung. Wir leisten Schmerzensgeld bei einem Bruch des Oberarmes bzw. einem Oberschenkelhalsbruch in Höhe von 3.000 EUR. Bei mehreren Brüchen ist die Entschädigung auf 3.000 EUR begrenzt.

** Erreicht die versicherte Person infolge eines Unfalles die Pflegestufe I, zahlen wir ein Pflegegeld in Höhe von 1.500 EUR. Die Pflegebedürftigkeit muss durch einen medizinischen Dienst festgestellt werden.

*** Abweichend von Ziffer 3.2.2 AUB 2014 werden die Leistungen nur dann gekürzt, wenn der Anteil der Krankheit oder des Gebrechens mindestens 40 % beträgt.

2. Leistungserweiterungen – Fair Play Klausel

Leistungen bei Knochenbruch **	Fraktur des Schädeldaches und der Schädelbasis	1.000 EUR
	Fraktur der Wirbelsäule ohne Angabe einer Rückenmarkschädigung	1.000 EUR
	Fraktur der Wirbelsäule mit Rückenmarkschädigung	1.000 EUR
	Beckenbruch	1.000 EUR
	Fraktur des Oberarmes (Humerus)	1.000 EUR
	Fraktur des Unterarmes (Radius und Ulna)	1.000 EUR
	Fraktur des Oberschenkels (Femur)	1.000 EUR
	Fraktur des Unterschenkels (Tibia, Fibula)	1.000 EUR
Freie Krankenhauswahl nach einem Unfall	Wir ermöglichen Ihnen die freie Krankenhauswahl unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland. Im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes erstatten wir Ihnen die Mehrkosten , die Ihnen von Ihrer GKV nach deren Vorleistung auferlegt werden, weil Sie ein anderes Versorgungskrankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte wählen.	10 % der Invaliditätssumme max. 10.000 EUR
Reha Management	Ab einer Invalidität von 30 % unterstützen wir Sie zusammen mit unserem Rückversicherer, bei der Auswahl eventueller Rehabilitationsmaßnahmen.	
Leistung Wellness	Wellnesswochenende für zwei Personen Ab einer drohenden - ärztlich festgestellten - Invalidität von 30 % innerhalb von drei Jahren nach Unfallereignis	bis 1.000 EUR
Mitwirkungsanteil	Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	mind. 40%

** Ein Knochenbruch/ Fraktur ist eine vollständige Zusammenhangstrennung des Knochens unter direkter oder indirekter Krafteinwirkung. Bei mehreren Brüchen ist die Entschädigung auf 1.000 € begrenzt.

3. Leistungsgarantie gegenüber den GDV Bedingungen

Die Ostangler garantiert, dass die dieser Privaten Unfallversicherung zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB2014) und Besonderen Bedingungen zur Privat- Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil der VN von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen abweichen.

4. Künftige Bedingungsverbesserungen

Werden die diesem Unfallversicherungsprodukt zugrunde liegenden Bedingungen ausschließlich zum Vorteil der Versicherungsnehmer und ohne Mehrbeitrag geändert, so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

5. Beitragsanpassungsklausel

- Der Tarifbeitrag ergibt sich aus der Multiplikation von Versicherungssummen und dem jeweiligen Beitragssatz für die einzelne Risikoart. Der Beitragssatz errechnet sich aus Grundbeitragssatz und Zuschlägen oder Nachlässen für besondere Gefahrenverhältnisse. Der Beitragssatz wird unter Berücksichtigung von Schadenaufwand, Kosten und Gewinnansatz kalkuliert.

Bei der Neukalkulation des Beitragssatzes für bestehende Beiträge ist der Schadenbedarf einer ausreichend großen Anzahl gleichartiger Risiken, die Gegenstand dieser Versicherung sind, und die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen. Ergibt die Neukalkulation, dass eine Änderung des Beitragssatzes erforderlich ist, so wird mit Wir-

kung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres für bestehende Verträge der Tarifbeitrag um den Prozentsatz erhöht, um den der aufgrund der Neukalkulation ermittelte Schadenbedarf vom bisher kalkulierten abweicht – maximal jedoch um 20%. Der Änderungsprozentsatz wird auf eine Stelle hinter dem Komma gerundet. Obergrenze für eine Beitragserhöhung ist der Tarifbeitrag für vergleichbaren Versicherungsschutz im Neugeschäft.

2. Erhöht sich der Beitrag aufgrund Nr. 1, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes entsprechend ändert, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung schriftlich kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens unserer Beitragserhöhung wirksam. Sie können auch die Umstellung des Vertrages auf Neugeschäftstarif und –bedingungen verlangen. Beitragssenkung gelten automatisch ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Wir werden Sie in der Mitteilung zur Beitragsanpassung auf dieses gesetzliche Kündigungsrecht hinweisen. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens zwei Monate vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.
3. Wenn eine Bestimmung in den vorliegenden Versicherungsbedingungen (Klausel)
 - durch höchstrichterliche Entscheidung oder
 - durch einen bestandskräftigen Verwaltungsaktfür unwirksam erklärt worden ist, dann sind wir berechtigt, die betroffene Klausel zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen, wenn die Voraussetzung der folgenden Absätze vorliegen.
4. Die Anpassung kommt nur in Betracht für Klauseln über Gegenstand und Umfang der Versicherung, Ausschlüsse, Ihre Obliegenheiten nach Vertragsabschluss, Beitragsanpassung, Vertragsdauer und Kündigung.
5. Die Anpassung setzt voraus, dass die gesetzlichen Vorschriften keine konkrete Regelung zur Füllung der Lücke enthalten und dass die ersatzlose Streichung der Klausel keine angemessene, den typischen Interessen der Vertragspartner gerechte Lösung darstellt.
6. Die Anpassung erfolgt nach den Grundsätzen einer ergänzenden Vertragsauslegung. Das bedeutet, dass die unwirksame Klausel durch die Regelung ersetzt wird, welche die Vertragspartner als angemessen und Ihnen typische Interessen gerechte Lösung gewählt hätten, wenn Ihnen die Unwirksamkeit der Klausel zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannt gewesen wäre.
7. Unter den oben genannten Voraussetzungen haben wir eine Anpassungsbefugnis für im Wesentlichen inhaltsgleiche Klauseln auch dann, wenn sich die gerichtlichen oder behördlichen Entscheidungen gegen Klauseln anderer Versicherer richten.
8. Die angepassten Klauseln werden wir Ihnen in Textform bekannt geben und erläutern. Sie gelten als genehmigt, wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Bekanntgabe in Textform widersprechen. Hierauf werden wir Sie bei der Bekanntgabe ausdrücklich hinweisen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruches. Bei fristgemäßem Widerspruch tritt die Bedingungsanpassung nicht in Kraft. Wir können innerhalb von sechs Wochen nach Zugang des Widerspruches den Versicherungsvertrag mit einer Frist von acht Wochen zum Ende eines Monats schriftlich kündigen, wenn für uns das Festhalten an dem Vertrag ohne die Anpassung unzumutbar ist. Eine E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Besondere Bedingungen für die Zusatzleistungen im Rahmen der Unfallassistance – BBUAS –

● Gilt nur soweit ausdrücklich vereinbart

A. Eingangsbestimmungen

1. Die nachfolgend aufgeführten Leistungen werden zu den angegebenen Richt- bzw. Festpreisen zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer vom Auftragnehmer für maximal 6 Monate (je nach Leistung) vermittelt und erstattet. Bei stationärer Behandlung ab der Entlassung aus der vollstationären Behandlung, ansonsten ab dem Unfallzeitpunkt. Die nachfolgend aufgeführten Leistungen können nur im Rahmen des Hauptvertrages (der Unfallversicherung) geltend gemacht werden.
2. Wir bieten Versicherungsschutz bei einer Hilfebedürftigkeit der versicherten Person. Eine Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Unfalls körperlich oder geistig nicht in der Lage ist, die Tätigkeiten (gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen des täglichen Lebens), die wir im Rahmen der versicherten Leistungen erbringen, in einem erforderlichen Umfang selbstständig zu verrichten.
3. Die versicherte Person erhält aus den versicherten Leistungen diejenigen, die ihrem individuellen Bedarf sowie Art und Umfang ihrer Hilfsbedürftigkeit entsprechen.
Dabei wird berücksichtigt: Ob und in inwieweit aus vorangegangenen Leistungsfällen bereits dauerhafte Hilfsbedürftigkeit besteht und ob und inwieweit der Bedarf an Hilfsleistungen durch das vorhandene häusliche und soziale Umfeld der versicherten Person oder durch bereits vorher regelmäßig erbrachte Dienstleistungen Dritter abgedeckt ist.
4. Die versicherte Person ist verpflichtet, uns ihre Hilfsbedürftigkeit nach einem Unfall innerhalb von 6 Wochen mit ärztlichen Unterlagen nachzuweisen. Ergibt unsere vorläufige Prüfung auf Grundlage der Informationen, dass eine Hilfsbedürftigkeit vorliegt, erhält die versicherte Person Leistungen zunächst für den Zeitraum von maximal einer Woche. Wird die Hilfebedürftigkeit durch ärztliche Unterlagen nachgewiesen, setzen wir bei entsprechendem Bedarf unsere Leistungen über diesen Zeitraum hinaus fort. Die Leistungen beginnen frühestens, wenn der Versicherungsnehmer die Hilfsbedürftigkeit geltend gemacht hat. Eine rückwirkende Geltendmachung von Hilfeleistungen ist nicht möglich.

B. Versicherte Leistungen

1. Erstgespräch

Nach Beauftragung führt der Auftragnehmer mit der versicherten Person bzw. ihren Angehörigen und bei Bedarf in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt ein telefonisches Erstgespräch zur Feststellung der Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit.

2. Hausnotrufdienst

1. Der versicherten Person wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (entsprechender Strom- und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind.
2. Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.
3. Richtpreise: EUR 35 bis EUR 50 je Monat zzgl. Aufstellung

3. Mahlzeitendienst

1. Diese Leistung umfasst die Anlieferung von sieben Hauptmahlzeiten an die versicherte Person nach vorheriger freier Auswahl aus dem angebotenen Menüsortiment. Die Menüs werden täglich warm bei Bedarf für bis zu 6 Monate angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.
2. Richtpreise: EUR 6 bis EUR 8 je Mahlzeit

4. Wohnungsreinigung

1. Einmal in der Woche wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate der übliche Lebensbereich der Wohnung (z.B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person im üblichen Umfang gereinigt.
2. Richtpreise: EUR 20 bis EUR 30 je Stunde zzgl. Anfahrt

5. Besorgungen und Einkäufe

1. Bis zu einmal in der Woche werden bei Bedarf für bis zu 6 Monate für die versicherte Person Einkäufe oder notwendige Besorgungen ausgeführt. Hierzu zählen das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfes, das Einkaufen inkl. Arzneimittelbeschaffung und notwendige Besorgungen, z. B. Bankgänge, die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und ggf. das Bringen von Wäsche zur Reinigung und das Abholen.
2. Richtpreise: EUR 20 bis EUR 30 je Stunde zzgl. Anfahrt

6. Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

1. Einmal wöchentlich werden bei Bedarf für bis zu 6 Monate Kleidung und Wäsche der versicherten Person gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen waschen und trocknen, bügeln, ausbessern, sortieren und einräumen sowie die Schuhpflege.
2. Richtpreise: EUR 20 bis EUR 30 je Stunde zzgl. Anfahrt

7. Begleitung bei Arzt- oder Behördengängen

1. Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 4 Wochen die versicherte Person bei Behördengängen und Arztbesuchen begleitet, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.
2. Richtpreise: EUR 20 bis EUR 30 je Stunde

8. Fahrdienst zu Ärzten oder Behörden

1. Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate die versicherte Person zu Behördengängen und Arztbesuchen gebracht und wieder abgeholt, wenn persönliches Erscheinen bei Behörden oder Ärzten unumgänglich ist.

2. Richtpreise: EUR 1 bis EUR 2,50 je Kilometer
- 9. Fahrdienst zur Krankengymnastik oder zu Therapien**
 1. Bis zu zweimal wöchentlich wird bei Bedarf für bis zu 6 Monate die versicherte Person zur Krankengymnastik oder zu Therapien gebracht und wieder abgeholt.
 2. Richtpreise: EUR 1 bis EUR 2,50 je Kilometer
- 10. Pflegeschulung für Angehörige**
 1. Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese für die Aufgaben der täglichen Pflege einmalig geschult.
 2. Richtpreise: EUR 75 bis EUR 100 je Teilnehmer und Kurs
- 11. Grundpflege**
 1. Die versicherte Person erhält bei Bedarf für bis zu 4 Wochen eine Grundpflege. Diese umfasst die 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.
 2. Richtpreise: EUR 25 bis EUR 40 je Stunde zzgl. Anfahrt
- 12. 24-Stunden-Pflegenotruf**
 1. Gleichzeitig kann mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischiekt.
 2. Richtpreis: EUR 40 je Stunde zzgl. Anfahrt
- 13. Pflegeberatung**
 1. Vor Aufnahme der Grundpflege findet einmalig eine Pflegeberatung im Rahmen eines persönlichen Gespräches statt zur Feststellung der Pflegeprobleme und der Ressourcen des Pflegebedürftigen, zur Planung der Pflegeeinsätze, zur Prüfung von erforderlichen Pflegehilfsmitteln. Die versicherte Person wird dabei auch zu möglichen Ansprüchen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und beraten.
 2. Richtpreise: EUR 25 bis EUR 40 je Stunde zzgl. Anfahrt
- 14. Vermittlung von Pflegehilfsmitteln**
 1. Die erforderlichen Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehhilfen usw.) werden der versicherten Person vermittelt.
 2. Festpreis: EUR 40 ohne Anfahrt
- 15. Tag- und Nachtwache**
 1. Für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung wird eine Tag- und Nachtwache organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist.
 2. Richtpreise: EUR 25 bis EUR 40 je Stunde zzgl. Anfahrt
- 16. Vermittlung einer Tierbetreuung**
 1. Für die gewöhnlichen Haustiere der versicherten Person (z.B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel usw.) wird eine Tierbetreuung vermittelt.
 2. Festpreis: 40 EUR
- 17. Vermittlung des Umbaus von Kraftfahrzeugen**
 1. Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihres Kraftfahrzeugs vermittelt.
 2. Festpreis: 40 EUR
- 18. Vermittlung des Umbaus der Wohnung**
 1. Der versicherten Person wird eine Beratung für den behindertengerechten Umbau ihrer Wohnung vermittelt.
 2. Festpreis: 40 EUR
- 19. Beitragskalkulation**

Eine mehrjährige Beitragsgarantie wird nicht angeboten. Die Beiträge werden zusammen mit der zugrunde liegenden Unfallversicherung erhoben. Dieser Tarif ist nicht überschussberechtigt.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

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

Einwilligungserklärung

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

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

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

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

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

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

4. Zentrale Hinweissysteme der Fachverbände

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme.

Solche Hinweissysteme gibt es z.B. beim Verband der Schadenversicherer (Zusammenschluss der bisherigen Verbände: Verband der Haftpflichtversicherer, Unfallversicherer, Autoversicherer und Rechtsschutzversicherer – HUK-Verband – Verband der Sachversicherer, Deutscher Transport-Versicherungs-Verband). Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiele:

Kfz-Versicherer

Registrierungen von auffälligen Schadenfällen, Kfz-Diebstählen sowie von Personen, bei denen der Verdacht des Versicherungsmissbrauchs besteht. Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung und –verhütung.

Sachversicherer

Aufnahme von Schäden und Personen, wenn Brandstiftung vorliegt oder wenn aufgrund des Verdachts des Versicherungsmissbrauchs der Vertrag gekündigt wird und bestimmte Schadenssummen erreicht sind. Zweck: Risikoprüfung, Schadenaufklärung, Verhinderung weiteren Mitbrauchs.

Transportversicherer

Aufnahme von auffälligen (Verdacht des Versicherungsmissbrauchs) Schadenfällen, insbesondere in der Reisegepäckversicherung. Zweck: Schadenaufklärung und Verhinderung von Versicherungsmissbrauch.

Unfallversicherer

Meldung bei

- erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer (nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung) zur Risikoprüfung und um Missbrauchshandlungen aufzudecken.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Versicherungsgruppe

Zum Schutz der Versicherten werden einzelne Branchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) durch juristisch selbständige Gesellschaften betrieben. Um dem Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Gesellschaften häufig in Versicherungsgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Versicherungsverträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind z.B. Name, Adresse, Kontonummer, Bankleitzahl, Versicherungsnummern bestehender Verträge von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Gesellschaften verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Gesellschaft.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten (sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners) werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften (sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.).

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen (sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages). Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

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

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Satzung

I. Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Name, Sitz und Geschäftsgebiet

1. Der im Jahre 1788 gegründete Verein führt den Namen OSTANGLER BRANDGILDE, Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit (VVaG). Die Gesellschaft hat ihren Sitz in Kappeln.
2. Das Geschäftsgebiet umfasst die Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft und die anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum.

§ 2 Zweck

1. Der Verein betreibt die Versicherungssparten: Unfall-, Feuer- und andere Sachschäden, Allgemeine- und Bootshaftpflicht, verschiedene finanzielle Verluste, nicht substitutive Krankenversicherung.
2. In den von ihr nicht betriebenen Versicherungszweigen kann die Gesellschaft den Abschluss von Versicherungsverträgen vermitteln.
3. Der Verein kann Nichtmitglieder gegen feste Entgelte versichern und in den von ihr betriebenen Versicherungszweigen Rückversicherung gewähren. Der Umfang dieser Versicherungen darf jeweils 15 % der Bruttobeitragseinnahmen nicht übersteigen.

§ 3 Geschäftsjahr und Bekanntmachungen

1. Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.
2. Bekanntmachungen erfolgen im Bundesanzeiger. Zusätzlich ist eine schriftliche Bekanntgabe an die Mitgliedervertreter erforderlich.

II. Mitgliedschaft

§ 4 Mitgliedschaft

1. Die Mitgliedschaft beginnt mit Abschluss eines Versicherungsvertrages und endet mit dessen Ablauf.
2. Ausgeschiedene Mitglieder haben keinen Anspruch auf das Gesellschaftsvermögen.

III. Organe

§ 5 Organe der Gesellschaft sind:

1. Mitgliedervertretung
2. Aufsichtsrat
3. Vorstand

§ 6 Mitgliedervertretung

1. Die Mitgliedervertretung ist das oberste Organ des Vereins. Sie vertritt die Gesamtheit der Vereinsmitglieder.
2. Die Mitgliedervertretung besteht aus 29 von ihr selbst auf 6 Jahre gewählten ehrenamtlichen Mitgliedervertretern. Wählbar sind alle Mitglieder, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und mindestens ein Jahr lang dem Verein angehören.
3. Die ersten Mitgliedervertreter werden durch die Hauptversammlung gewählt. Scheidet ein Mitgliedervertreter später aus der Mitgliedervertretung aus, werden die nachfolgenden Mitgliedervertreter von der Mitgliedervertretung selbst gewählt. Einzelheiten des Wahlverfahrens zur Mitgliedervertretung kann die Mitgliedervertretung in einer Wahlordnung regeln, wobei der Aufsichtsrat der Mitgliedervertretung die als Mitgliedervertreter zu wählenden Kandidaten vorschlägt.
4. Das Amt als Mitgliedervertreter erlischt mit dem Ende der ordentlichen Mitgliedervertreterversammlung des Kalenderjahres, in dem der Mitgliedervertreter sein 70. Lebensjahr vollendet.

§ 7 Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung findet alljährlich in den ersten 8 Monaten des Kalenderjahres statt. Sie wird unter Mitteilung von Ort, Zeit und Tagesordnung gem. § 3 dieser Satzung mindestens einen Monat vorher vom Aufsichtsrat einberufen.
2. Eine außerordentliche Mitgliedervertreterversammlung muss einberufen werden, wenn mindestens 1/20 der Mitglieder dies schriftlich unter Angabe der Gründe beantragen, wenn der Aufsichtsrat oder der Vorstand sie für notwendig hält oder wenn die Aufsichtsbehörde dies verlangt.
3. Die Mitgliedervertreterversammlung wird vom Vorsitzenden des Aufsichtsrates, im Verhinderungsfalle von seinem Stellvertreter geleitet. Die Versammlungsleitung kann vom Aufsichtsrat einem Vorstandsmitglied übertragen werden.
4. Das Stimmrecht kann nur in Person ausgeübt werden.

Jede satzungsgemäß einberufene Mitgliedervertreterversammlung ist ohne Rücksicht auf die Zahl der Erschienenen beschlussfähig. Beschlüsse können mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst werden, sofern das Gesetz oder diese Satzung nicht anders bestimmen. Bei Stimmgleichheit gilt der Antrag als abgelehnt; bei Wahlen entscheidet in diesem Falle das Los.

§ 8 Aufgaben der Mitgliedervertreterversammlung

Die Mitgliedervertreterversammlung hat folgende Aufgaben:

1. Entgegennahme des Geschäftsberichtes, des Jahresabschlusses und des Berichtes des Aufsichtsrates über die Prüfung des Jahresabschlusses.
2. Feststellung des Jahresabschlusses, wenn Vorstand und Aufsichtsrat sich für die Feststellung durch die Mitgliederversammlung entschieden haben oder der Aufsichtsrat den Jahresabschluss nicht billigt.
3. Verteilung des Bilanzgewinnes
4. Entlastung des Vorstandes und des Aufsichtsrates
5. Wahlen zum Aufsichtsrat
6. Festsetzung der Vergütung des Aufsichtsrates
7. Änderung der Satzung sowie Einführung neuer Versicherungszeige
8. Auflösung der Gesellschaft

Die Beschlüsse zu § 8 Nr. 7 + 8 bedürfen einer Mehrheit von $\frac{3}{4}$ der abgegeben Stimmen und zu ihrer Wirksamkeit der Genehmigung der Aufsichtsbehörde.

§ 9 Der Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat besteht aus sechs Personen, die Mitglieder der Gesellschaft sein müssen. Sie werden von der Mitgliederversammlung bis zur Beendigung der Mitgliederversammlung gewählt, die über die Entlastung für das 4. Geschäftsjahr nach der Wahl beschließt. Das Geschäftsjahr der Wahl ist hierbei nicht einzurechnen. Das Amt beginnt mit Annahme der Wahl und erlischt mit dem Zeitablauf, spätestens mit dem Ende der ordentlichen Mitgliederversammlung des Kalenderjahres, in dem das Aufsichtsratsmitglied sein 70. Lebensjahr vollendet. Wiederwahl ist zulässig.
2. Unmittelbar nach jeder Mitgliederversammlung, in der Wahlen zum Aufsichtsrat vorgenommen sind, findet eine Sitzung des Aufsichtsrates statt, zu der eine Einladung nicht ergeht. In dieser Sitzung werden unter Vorsitz des ältesten Mitglieds der Vorsitzende und sein Stellvertreter gewählt.
3. Scheiden Aufsichtsratsmitglieder vor ihrer Amtsdauer aus, so bedarf es der Einberufung einer außerordentlichen Mitgliederversammlung zur Vornahme der Ersatzwahl nur dann, wenn weniger als drei Mitglieder vorhanden sind.
4. Zu seinen weiteren Sitzungen versammelt sich der Aufsichtsrat durch schriftliche, mündliche, telefonische oder telegrafische Einladung des Vorsitzenden.
5. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn mind. drei Mitglieder anwesend sind. Beschlüsse werden mit Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag.
6. Der Vorsitzende ist verpflichtet, den Aufsichtsrat unverzüglich einzuberufen, wenn es von einem Mitglied des Aufsichtsrates oder des Vorstandes unter Angabe des Verhandlungsgegenstandes schriftlich beantragt wird. Im Übrigen gelten für die Einberufung des Aufsichtsrates die gesetzlichen Bestimmungen.
7. Über die Beschlüsse des Aufsichtsrates muss ein Protokoll geführt werden.
8. Willenserklärungen des Aufsichtsrates erfolgen durch den Vorsitzenden
9. Die Aufsichtsratsmitglieder haben Anspruch auf Tagegelder und Erstattung von Barauslagen. Eine etwaige Vergütung wird von der Mitgliederversammlung festgesetzt.

§ 10 Aufgaben des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat hat die ihm durch Gesetz und Satzung zugewiesenen Rechte und Pflichten. Ihm obliegen insbesondere:
 - a) Überwachung der Geschäftsführung
 - b) Prüfung des Jahresabschlusses, des Vorschlages über die Überschussverteilung und des Geschäftsberichtes sowie die Berichtserstattung an die Mitgliederversammlung
 - c) Feststellung des Jahresabschlusses
 - d) Bestellung des Vorstandes und Regelung seines Dienstverhältnisses
2. Die Zustimmung des Aufsichtsrates ist erforderlich für:
 - a) Erwerb und Veräußerung von Grundeigentum
 - b) Verträge mit anderen Versicherungsunternehmen, ausgenommen Rückversicherungsverträge
 - c) Bestellung von Prokuristen und Handlungsbevollmächtigten
3. Der Aufsichtsrat ist weiterhin ermächtigt:
 - a) Die Satzung und die Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu ändern, soweit die Änderungen nur die Fassung betreffen
 - b) Beschlüsse der Mitgliederversammlung, durch welche die Satzung geändert wird, soweit abzuändern, wie das die Aufsichtsbehörde vor der Genehmigung verlangt
 - c) Sich und dem Vorstand eine Geschäftsordnung zu geben.

§ 11 Vorstand

1. Der aus mindestens zwei Personen bestehende Vorstand wird vom Aufsichtsrat bestellt; dieser bestimmt auch die Anzahl. Er kann einen von ihnen zum Vorsitzenden des Vorstandes ernennen. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag; dies gilt nicht in einem zweigliedrigen Vorstand.
2. Das Verhältnis der Mitglieder des Vorstandes zur Gesellschaft regelt sich nach dem Inhalt der vom Aufsichtsrat mit ihnen abzuschließenden Anstellungsverträge.
3. Mit schriftlicher Genehmigung des Aufsichtsrates kann der Vorstand Prokuristen und Handlungsbevollmächtigte bestellen. Außerdem ist der Vorstand mit Zustimmung des Aufsichtsrates berechtigt, Allgemeine Versicherungsbedingungen für das Neugeschäft einzuführen oder zu ändern.
4. Die Gesellschaft wird durch zwei Vorstandsmitglieder gemeinschaftlich oder durch ein Vorstandsmitglied gemeinschaftlich mit einem Prokuristen vertreten.

IV. Vermögensverwaltung

§ 12 Einnahmen

Die Einnahmen des Vereins bestehen aus:

1. den im Voraus zu zahlenden Jahresbeiträgen der Mitglieder,
2. den sonstigen Einnahmen,
3. den eventuell zu zahlenden Nachschüssen.

§ 13 Beiträge

1. Die Mitglieder haben jährlich im Voraus Beiträge nach Maßgabe der vom Vorstand beschlossenen Tarife zu errichten.
2. Der Vorstand kann mit Zustimmung des Aufsichtsrats Beiträge und Tarifbestimmungen auch für bestehende Versicherungsverträge ändern, wenn und soweit das Gesetz oder vereinbarte Versicherungsbedingungen oder Tarifbestimmungen dies zulassen. In anderen Fällen ist eine Änderung von Beiträgen und Tarifbestimmungen für bestehende Verträge nur zur Gewährleistung der Gleichbehandlung aller Mitglieder mit Zustimmung der Mitgliederversammlung zulässig.
Die geänderten Tarife gelten für bestehende Versicherungsverträge ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode.
Der Vorstand ist verpflichtet, den Mitgliedern deren bestehende Versicherungsverträge betroffen sind, die Tarifänderung, sowie die Erläuterung der Unterschiede zwischen dem alten und neuen Tarif spätestens einen Monat vor Inkrafttreten schriftlich mitzuteilen und sie auf ihr Kündigungsrecht schriftlich hinzuweisen.
3. Der Verein ist berechtigt für jedes Mahnschreiben nach einer ersten Erinnerung zur Zahlung des fälligen Beitrages einen pauschalen Betrag je Brief zu erheben. Die Höhe dieses Betrages wird jährlich vom Vorstand auf Grund einer Kalkulation der anfallenden Kosten, sowie Verzugszinsen festgelegt.

§ 14 Nachschüsse

1. Reichen die Beiträge, die sonstigen Einnahmen und der gemäß § 17 der Satzung verfügbare Teil der Verlustrücklage zur Deckung der Ausgaben nicht aus, so ist der Fehlbetrag durch Nachschüsse zu decken. Zur Zahlung der Nachschüsse sind alle Mitglieder im Verhältnis ihrer für das Geschäftsjahr gezahlten Versicherungsbeiträge verpflichtet.
2. Die Nachschüsse werden vom Vorstand festgesetzt und dürfen 50 % eines Jahresbeitrages nicht übersteigen.

§ 15 Verlustrücklage

1. Zur Deckung eines außergewöhnlichen Verlustes aus dem Geschäftsbetrieb ist eine Verlustrücklage von mind. 1 Mio. € zu bilden.
2. Der Verlustrücklage sind jährlich bis zum Erreichen der Soll-Höhe mindestens 5 % der gebuchten Bruttobeiträge zuzuführen.
3. Hat die Verlustrücklage ihre Soll-Höhe erreicht oder nach Inanspruchnahme wieder erreicht, kann der Vorstand bis zu 50 % des Jahresüberschusses des Geschäftsjahres der Verlustrücklage oder einer anderen Rücklage zuführen.
4. Die Verlustrücklage darf zur Verlustdeckung in einem Geschäftsjahr erst dann in Anspruch genommen werden, wenn sie 50 % ihres Soll-Betrages überschritten hat. Die jährliche Entnahme kann bis zu 50 % der jeweils angesammelten Verlustrücklage betragen; jedoch darf durch die Entnahme der Bestand von 50 % der Soll-Höhe nicht unterschritten werden. Voraussetzung für jede Inanspruchnahme ist aber, dass im Verlustjahr mindestens ein Betrag in Höhe des Durchschnitts der letzten 3 Jahre erhoben wurde und zur Bestreitung der Ausgaben nicht ausreicht.
5. Mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde kann in einzelnen Geschäftsjahren von den Zuführungs- und Entnahmebestimmungen abgewichen werden.

§ 16 Beitragsrückgewähr

1. Soweit der in einem Geschäftsjahr erzielte Überschuss nicht der Verlustrücklage zuzuführen ist oder eine andere Verwendung beschlossen wird, ist er der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zuzuweisen.
2. Die der Rückstellung für Beitragsrückgewähr zufließenden Beträge dürfen keinem anderen Zweck als dem der Beitragsrückerstattung dienen.
3. Die Verteilung der Beitragsrückerstattung auf alle oder einzelne Versicherungszweige, ihre Anrechnung auf Folgebeiträge bzw. Nachschüsse oder Ausschüttung bestimmt der Vorstand; dies hat spätestens nach Ablauf von drei Jahren zu erfolgen. Maßstab für die Anrechnung oder Verteilung der Beitragsrückerstattung ist das Verhältnis des Jahresbeitrages für das Folgejahr. Bagatellobjekte werden nicht verteilt. Über den kleinsten zu verteilenden Betrag beschließt der Vorstand.
4. Im Laufe des Geschäftsjahres beigetretene oder ausgeschiedene Mitglieder sind von der Beitragsrückerstattung ausgeschlossen.

§ 17 Anlage des Vereinsvermögens

Das Vereinsvermögen wird nach den gesetzlichen Vorschriften und den von der Aufsichtsbehörde erlassenen Richtlinien angelegt.

V. Bestandsübertragung, Verschmelzung, Auflösung des Vereins

§ 18 Durchführung

1. Die Mitgliederversammlung kann die Übertragung des Bestandes oder eines Teilbestandes auf ein anderes oder die Verschmelzung mit einem anderen Versicherungsunternehmen oder die Auflösung des Vereins beschließen.

2. Der Beschluss kann nur erfolgen, wenn in der Einladung auf den Zweck besonders hingewiesen wird. Es bedarf einer Mehrheit von $\frac{3}{4}$ der erschienenen Mitglieder und der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.
3. Die zwischen dem Verein und den Mitgliedern bestehenden Versicherungsverhältnisse erlöschen vier Wochen nach der Bekanntmachung des von der Aufsichtsbehörde genehmigten Auflösungsbeschlusses. Die Bekanntmachung hat schriftlich an alle Mitglieder des Vereins zu erfolgen.

§ 19 Liquidation

Nach der Auflösung des Vereins findet die Liquidation durch den Vorstand statt, jedoch kann die Mitgliederversammlung auch andere Personen zu Liquidatoren bestellen, die ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit fassen. Ergibt sich nach Beendigung der Liquidation ein Überschuss, so wird dieser nach dem Verhältnis der im letzten Geschäftsjahr gezahlten Beiträge an die Mitglieder verteilt, ein etwaiger Fehlbetrag ist in gleicher Weise durch Nachschüsse zu decken

Beschlossen durch die Hauptversammlung am 9. Juli 1986.

Genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 29. September 1986. Gesch.-Z. IV-5017-2/86.

Änderungen genehmigt am 26. April 1993 Gesch.-Z. IV 5017 2/93; am 29.09.2000 Gesch.-Z. IV-043-5017 2/00; am 17.07.2001 Gesch.-Z. 043-5017-1/01; am 07.07.2003 Gesch.-Z. VA 43-VU 5017-2/02; am 17.12.2004 Gesch.-Z. VA 32-VU 5017-2/04; Änderungen genehmigt durch die Hauptversammlung am 23.06.2006.

Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 08. August 2011. Gesch.-Z. VA 32-I 5002-5017-2008/0001, Änderung genehmigt durch die Hauptversammlung vom 29.06.2010 sowie vom 29.06.2011.

Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 06. März 2012. Gesch.-Z. VA 34-I 5002-5017-2012/0001, Änderung genehmigt durch die außerordentliche Hauptversammlung vom 27.02.2012.

Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 21.05.2013. Gesch.-Z. VA 34-I 5002-5017-2013/0001

Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 09.10.2013. Gesch.-Z. VA 34-I 5002-5017-2013/0001, Änderung genehmigt durch die Hauptversammlung vom 26.06.2013

Änderung genehmigt durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 10.01.2014. Gesch.-Z. VA 34-I 5002-5017-2014/0001, Änderung genehmigt durch den Aufsichtsrat am 26.11.2013