Stuttgarter Versicherung AG

Vertragsunterlagen zur Unfallversicherung

Inhaltsübersicht:

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Verbraucherinformation für die Unfallversicherung

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen
(AUB 2017-3 - Fassung 01.01.2017)

Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers (BBA-Modell 2)

Bedingungen für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers (ZBA-Modell 5)

Bedingungen für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA-Modell 8)

Datenschutzhinweise

Erklärungen des Antragstellers

Allgemeine Hinweise

Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht

Dienstleisterliste der Stuttgarter Versicherung AG

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart I Postanschrift: 70135 Stuttgart I Tel. +49 711 665-66 I Fax +49 711 665-1516
www.familienschutz.de I info@stuttgarter.de I USt-IdNr.: DE 147 802 210 I Sitz: Stuttgart I Registergericht: Stuttgart HRB 21035
Vorstand: Dr. Guido Bader (Vors.), Dr. Ulrich Mitzlaff (St. Vors.), Olaf Engemann, Jesko Kannenberg, Michael Krebbers, Ralf Oestereich
Aufsichtsratsvorsitzender: Anton Wittl

UV GISAG - 10/2026

Unfallversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: Stuttgarter Versicherung AG Deutschland

Produkt: Unfallversicherung

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte einer Unfallversicherung. Die vollständigen Informationen und den für Ihren Vertrag vereinbarten Versicherungsumfang finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?
Es handelt sich um eine private Unfallversicherung. Sie sichert ab gegen Risiken durch Unfallverletzungen.

Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle. Ein Unfall liegt z.B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt. Dafür bieten wir je nach Vereinbarung folgende Leistungsarten:

Geldleistungen

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen, Lähmungen oder Amputationen)
- ✓ Lebenslange Rentenzahlung bei dauerhaft schwereren Beeinträchtigungen nach einem Unfall
- ✓ Unfalltod
- ✓ Unfall-Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen
- ✓ Kostenersatz für Such-, Bergungs- und Rettungseinsätze

Dienstleistungen

- ✓ Häusliche Hilfe in der ersten Zeit nach einem versicherten Ereignis (z.B. Pflege, Menüservice, Haushaltshilfe)
- ✓ Reha-Management

Neben den genannten Leistungsarten können weitere vereinbart werden. Die Höhe der vereinbarten Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein und den Vertragsunterlagen.

Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z.B. Diabetes, Gelenkserkrankungen)
- ✗ Sachschäden (z.B. Brille, Kleidung)
- ✗ Sieht eine Leistungsart eine Wartezeit vor, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Unfälle durch Drogenkonsum
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden

Wenn Unfallfolgen und Krankheiten zusammentreffen, kann es zu Leistungskürzungen kommen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie und die versicherte Person müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen
- Sie müssen uns einen Berufswechsel so bald wie möglich anzeigen, damit wir prüfen können, ob eine Anpassung des Vertrages erforderlich ist
- Nach einem Versicherungsfall müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten
- Todesfälle sind uns innerhalb von 21 Tagen zu melden.

Wann und wie zahle ich?

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten Versicherungsbeginn. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Wenn Sie uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen, müssen Sie dafür sorgen, dass dieser Betrag auf Ihrem Konto verfügbar ist.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag (Einlösungsbeitrag) rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zunächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen. Bei einer Vertragsdauer von unter einem Jahr endet der Vertrag ohne Kündigung mit dem Ablauf der Vertragsdauer.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen. Sie oder wir können den Vertrag auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben, oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Verbraucherinformation für die Unfallversicherung

Die Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) sind in dieser Verbraucherinformation, in dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, in den Versicherungsbedingungen und im Antrag enthalten.

Allgemeine Informationen

Name, Anschrift, Rechtsform, Sitz und Registergericht des Versicherers
Ihr Vertragspartner ist die Stuttgarter Versicherung AG mit Sitz in 70197 Stuttgart, Rotebühlstraße 120, Bundesrepublik Deutschland. Die Stuttgarter Versicherung AG besteht in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft (AG). Sitz und Registergericht: Stuttgart HRB 21035.

Vertretung
Die Stuttgarter Versicherung AG wird vertreten durch den Vorstand Dr. Guido Bader (Vors.), Dr. Ulrich Mitzlaff (St. Vors.), Olaf Engemann, Jesko Kannenberg, Michael Krebbers und Ralf Oestereich.

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers
Die Stuttgarter Versicherung AG betreibt das Unfall-, Sach- und Haftpflichtversicherungsgeschäft sowie das Krankheitskosten-Zusatzversicherungsgeschäft.

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen
Es gelten die folgenden Bedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen:

– Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3)
Bei Mitversicherung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers:
– die Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers (BBA-Modell 2)
Bei Mitversicherung der Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA) auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers:
– die Bedingungen für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers (ZBA-Modell 5)
Bei Mitversicherung der Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA):
– die Bedingungen für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA-Modell 8)

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers
Die Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen finden Sie im Antrag und in den Ziffern 2 und 9 - 11 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3). Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Angaben Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Gesamtpreis (Beitrag) der Versicherung
Angaben über die Beitragshöhe der Versicherung finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Beitragshöhe Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrags
Angaben zu Ihrem Beitrag hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung finden Sie in Ziffer 11 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3). Die Zahlungsweise Ihres Beitrags können Sie dem Antrag entnehmen. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie die Angaben zur Zahlungsweise in Ihrem Versicherungsschein.

Zu Stande kommen des Vertrags
Ihr Vertrag kommt zu Stande, wenn wir die Annahme Ihres Antrags, in der Regel durch Aushändigung des Versicherungsscheins, erklärt haben. Angaben zum Versicherungsbeginn finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags finden Sie den Versicherungsbeginn in Ihrem Versicherungsschein. Angaben zum Beginn des Versicherungsschutzes können Sie der Ziffer 10 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3) entnehmen.

Widerrufsrecht und -folgen
Hier finden Sie Informationen zum Widerrufsrecht und den Rechtsfolgen des Widerrufs. Die Widerrufsbelehrung erhalten Sie mit dem Versicherungsschein.

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**

einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,

- **die Widerrufsbelehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in dieser Verbraucherinformation aufgeführten Informationen,**

die nach § 1 der VVG-Informationspflichtenverordnung zur Verfügung zu stellen sind

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Stuttgarter Versicherung AG, Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart, E-Mail: info@stuttgarter.de oder an die zuständige Geschäftsstelle/Generalagentur.
Schließen Sie Ihren Vertrag ausschließlich unter der Verwendung von Fernkommunikationsmitteln über eine Online-Benutzeroberfläche (z. B. Website), können Sie Ihr Widerrufsrecht auch online auf der Website, auf der Sie den Vertrag online schließen, ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist und haben Sie hierzu ausdrücklich zugestimmt, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Beiträge zurückzugewähren. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von

1/30 des Monatsbeitrags pro Tag bzw.
1/90 des Vierteljahresbeitrags pro Tag bzw.
1/180 des Halbjahresbeitrags pro Tag bzw.
1/360 des Jahresbeitrags pro Tag.

Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.
Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrages wirksam ausgeübt, so 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. Ihnen dürfen durch die Ausübung des Widerrufsrechts keine Kosten entstehen.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens 12 Monate und 14 Tage nach dem Vertragsschluss.

Laufzeit Ihres Vertrags
Angaben über die Laufzeit Ihres Vertrags finden Sie im Antrag. Nach zu Stande kommen des Vertrags können Sie die Laufzeit Ihres Vertrags Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Beendigung des Vertrags, insbesondere vertragliche Kündigungsbedingungen
Die vertraglichen Kündigungsbedingungen finden Sie in Ziffer 10 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3).

Angabe des anwendbaren Rechts
Auf Ihren Vertrag findet sowohl bei der Vertragsanbahnung als auch nach Abschluss des Versicherungsvertrags das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben über das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht finden Sie in Ziffer 17 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3).

Zuständiges Gericht
Angaben zum Gerichtsstand finden Sie in Ziffer 15 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3).

Vertragssprache für Ihren Versicherungsvertrag
Die Vertragsunterlagen erhalten Sie in deutscher Sprache. Auch die Kommunikation während der Vertragslaufzeit erfolgt in deutscher Sprache.

Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten
Sollten Sie einmal Grund zur Beschwerde haben, bitten wir Sie, diese zunächst an uns zu richten.

Es stehen Ihnen weitere außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfs-/Streitbeilegungsmöglichkeiten zur Verfügung. Angaben hierzu finden Sie in Ziffer 19 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3)).

Beschwerde bei der zuständigen Aufsichtsbehörde
Sie können sich jedoch auch kostenlos und formlos an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) wenden. Angaben hierzu finden Sie in Ziffer 19 der Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3)).

Weitere Informationen

Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) / Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA)
Sofern Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit mitversichert ist, kann sich dies eventuell nachteilig auf eine beantragte Arbeitslosengeld II-Leistung auswirken.

Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3 - Fassung 01.01.2017)

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 Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) und - wenn mit Ihnen vereinbart - weitere Bedingungen, Besondere Bedingungen und Vereinbarungen. 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, 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 Stuttgarter Versicherung AG

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.

Inhaltsverzeichnis

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?

Leistungsarten bei Unfall:
2.1 Invaliditätsabsicherung
2.2 Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte
2.3 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld
2.4 Genesungsgeld
2.5 Unfalltod (Todesfallleistung)
2.6 Bergungs- und Rettungskosten
2.7 Reha-Management
2.8 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (Modell Zahn)
2.9 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen

Vorsorge-Unfallversicherung:
2.10 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Partner

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen
3.2 Mitwirkung

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen
4.2 Erlöschen des Versicherungsschutzes
4.3 Rückzahlung der Beiträge

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle
5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

6 Was müssen Sie
− bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
− bei einem Kinder-Tarif
− bei Vollendung des 67. und des 80. Lebensjahres
beachten?

6.1 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung
6.2 Umstellung des Kinder-Tarifs
6.3 Umstellung des Erwachsenentarifs in den Seniorentarif nach Vollendung des 67. Lebensjahres
6.4 Umstellung des Seniorentarifs in den Tarif für Personen ab 80 Jahre nach Vollendung des 80. Lebensjahres

Der Leistungsfall

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

9 Wann sind die Leistungen fällig?

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht
9.2 Fälligkeit der Leistung
9.3 Vorschüsse
9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes
10.2 Dauer und Ende des Vertrags
10.3 Kündigung nach Versicherungsfall
10.4 Versicherungsjahr

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer
11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat
11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung
12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht
13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung
13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte
13.4 Anfechtung
13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung
14.2 Aussetzung der Verjährung

15 Welches Gericht ist zuständig?

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

17 Welches Recht findet Anwendung?

18 Welche besonderen Kosten stellen wir Ihnen zusätzlich in Rechnung?

Gebührenbestimmungen

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

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.

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

1.4.1 Erhöhte Kraftanstrengung

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.
– Bauch-, Unterleibs- und Knochenbrüche zuzieht. Der Ausschluss für Bauch- oder Unterleibsbrüche nach Ziffer 5.2.8 gilt hierfür nicht.

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

1.4.1.1
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.

1.4.2 Gesundheitsschädigungen bei Rettungsmaßnahmen

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

1.4.3 Gewalttätige Auseinandersetzungen

Versicherungsschutz besteht auch bei Gesundheitsschädigungen durch gewalttätige Auseinandersetzungen (z. B. innere Unruhen), wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat.

1.4.4 Tauchunfälle

Versicherungsschutz besteht auch bei tauchtypischen Gesundheitsschäden (z. B. Caissonkrankheit) der versicherten Person als Sport-/Hobbytaucher, unabhängig davon, ob die Gesundheitsschäden auf einem plötzlich von außen auf den Körper wirkenden Ereignis beruhen.

Bei einer Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Eine Kostenerstattung erfolgt auch, wenn die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag erstattet. Die Kostenerstattung ist in jedem Fall im Rahmen der Bergungs- und Rettungskosten auf deren Versicherungssumme begrenzt.

1.4.5 Unfälle im Wasser

Versicherungsschutz besteht auch bei Ertrinken und Ersticken der versicherten Person im Wasser.

1.4.6 Erfrieren

Versicherungsschutz besteht auch bei Erfrierungen.

1.4.7 Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug

Versicherungsschutz besteht auch bei unfreiwilligem Entzug von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff.

1.4.8 Sonnenbrand oder Sonnenstich

Versicherungsschutz besteht auch bei Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

1.4.9 Vergiftungen durch Gase und Dämpfe

Versicherungsschutz besteht auch bei Vergiftungen infolge plötzlich ausströmender Gase und Dämpfe, wenn die versicherte Person unfreiwillig den Einwirkungen dieser Gase und Dämpfe ausgesetzt war.

1.4.10 Gesundheitsschädigungen durch Impfungen

Als Unfallfolge gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Impfungen, wenn der Impfschaden frühestens 1 Monat nach Beginn der Versicherung und spätestens 1 Monat nach der Beendigung der Versicherung eintritt.

1.4.11 Insektenstiche/-bisse, Allergische Reaktionen

Versicherungsschutz besteht auch für nicht infektionsbedingte Gesundheitsschäden einschließlich allergischer Reaktionen infolge von
– Insektenstiche-/bisse,
– anderen Haut- oder Schleimhautverletzungen.

1.4.12 Psychologische Hilfe nach Überfall/Geiselnahme

Benötigt die versicherte Person nach einem Überfall oder einer Geiselnahme, dessen/deren Opfer sie geworden ist, aufgrund ärztlicher Anordnung psychologische Betreuung, übernehmen wir die Kosten für die ersten 10 Sitzungen, sofern kein anderer Kostenträger eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, wird der fehlende Restbetrag erstattet. Unsere Kostenerstattung ist in jedem Fall auf 1.000 Euro begrenzt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 5.2.5 gilt hierfür nicht.

1.4.13 Herzinfarkt, Schlaganfall als Unfallfolge

Als Unfallfolge gelten auch Gesundheitsschäden durch Herzinfarkt oder Schlaganfall, wenn diese innerhalb von einer Stunde nach einem Unfall eintreten.

1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

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

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

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

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

Leistungsarten bei Unfall:

2.1 Invaliditätsabsicherung

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 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
– innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall 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 36 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 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 Todesfallleistung, sofern diese vereinbart ist.

2.1.2 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

2.1.2.1
Der Invaliditätsgrad richtet sich
– nach der Gliedertaxe (Ziffer 2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile, Organe 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 9.4).

2.1.2.2 Gliedertaxe

2.1.2.2.1
Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile, Organe 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 Unterschenkels	45 %
– Fuß	40 %
– große Zehe	5 %
– andere Zehe	2 %
– Auge	50 %
– Milz	10 %
– eine Niere	20 %
– beide Nieren	100 %
– ein Lungenflügel	50 %
– Gehör auf einem Ohr	30 %
– Gehör auf beiden Ohren	60 %
– Stimme	40 %
– 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 Prozent. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 Prozent (= ein Zehntel von 70 Prozent).

Auf Ihren Wunsch kann die Bemessung des Invaliditätsgrades für die in der Gliedertaxe genannten Organe Milz, Niere und Lungenflügel auch nach Ziffer 2.1.2.2.2 erfolgen.

2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile, Organe 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, Organe oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 bemessen. Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

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

2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile, Organe oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile, Organe oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die

Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.
Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

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

2.1.2.3 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

Stirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, zahlen wir eine Invaliditätsleistung unter folgenden Voraussetzungen:
– Die versicherte Person ist nicht unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall verstorben (Ziffer 2.1.1.4), und
– die sonstigen Voraussetzungen für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1.1 sind erfüllt.

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

2.1.3 Invaliditätsleistung als Einmalzahlung

2.1.3.1
Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als Einmalzahlung.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3.

Grundlage für die Berechnung der Leistung sind
– die vereinbarte Versicherungssumme (Invaliditäts-Grundsumme)
und
– der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

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

2.1.3.2 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 500

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 500 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erhöht sich die Invaliditätsleistung erst ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

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

2.1.3.3 Progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 1000

Sofern Sie mit uns die progressive Invaliditätsstaffel nach Modell 1000 vereinbart haben, erhöht sich die Invaliditätsleistung ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 25 Prozent (Progression). Hat sich der Unfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, erhöht sich die Invaliditätsleistung erst ab einem Invaliditätsgrad von mehr als 50 Prozent. Der Invaliditätsgrad wird nach Ziffer 2.1.2 und Ziffer 3 ermittelt.

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

Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus Vers.-summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus Vers.-summe %	Unfallbed. Inv.-Grad %	Leistung aus Vers.-summe %
26	30	51	314	76	664
27	35	52	328	77	678
28	40	53	342	78	692
29	45	54	356	79	706
30	50	55	370	80	720
31	55	56	384	81	734
32	60	57	398	82	748
33	65	58	412	83	762
34	70	59	426	84	776
35	75	60	440	85	790
36	80	61	454	86	804
37	85	62	468	87	818
38	90	63	482	88	832
39	95	64	496	89	846
40	100	65	510	90	860
41	105	66	524	91	874
42	110	67	538	92	888
43	115	68	552	93	902
44	120	69	566	94	916
45	125	70	580	95	930
46	130	71	594	96	944
47	135	72	608	97	958
48	140	73	622	98	972
49	145	74	636	99	986
50	150	75	650	100	1000

2.1.4 Invaliditätsleistung als Rentenzahlung

2.1.4.1 Unfall-Rente mit Rentengarantie bei einem Invaliditätsgrad ab 50 Prozent

2.1.4.1.1 Voraussetzung für die Leistung

Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt mindestens 50 Prozent.

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Ziffern 2.1.1, 2.1.2 und 3. Verstirbt die versicherte Person vor der Bemessung der Invalidität, gilt Ziffer 2.1.2.3.

2.1.4.1.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Unfall-Rente monatlich in folgender Höhe:
Bei einem Invaliditätsgrad
- von mindestens 50 Prozent die vereinbarte Grundrente,
- von mindestens 90 Prozent die doppelte Grundrente, sofern ausdrücklich vereinbart.

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

2.1.4.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

2.1.4.1.3.1
Wir zahlen die Unfall-Rente
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

2.1.4.1.3.2
Wir zahlen die Unfall-Rente bis zum Ende des dritten Monats, in dem
- die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Beginn der Rentenzahlung, aber vor Ablauf von 10 Jahren Rentenbezug (vom Unfallmonat an gerechnet), zahlen wir die Unfall-Rente so lange weiter, bis 10 Jahre Rentenbezug erreicht sind oder
- wir Ihnen mitteilen, dass aufgrund einer Neubemessung nach Ziffer 9.4 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.

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

2.2 Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.2.1.1
Die versicherte Person ist unfallbedingt
- im beruflichen oder außerberuflichen Bereich
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- in ihrer normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit

a) zu mindestens 100 Prozent beeinträchtigt, und die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als drei Monate an.
b) zu mindestens 50 Prozent beeinträchtigt, und die Beeinträchtigung dauert, vom Unfalltag an gerechnet, ununterbrochen mehr als sechs Monate an.

Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

2.2.1.2
Sie müssen die Beeinträchtigung innerhalb von 7 Monaten nach dem Unfall bei uns durch ein ärztliches Attest geltend machen. Nur in 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.

2.2.2 Sofortleistung für Schwerverletzte

2.2.2.1
Die vereinbarte Übergangsleistung wird unabhängig von vorgenannten Voraussetzungen bereits dann gezahlt, wenn die versicherte Person durch einen Unfall eine der folgenden schweren Verletzungen erleidet:

a) Querschnittslähmung durch Schädigung des Rückenmarks
b) Amputation von mindestens einem ganzen Fuß oder einer ganzen Hand
c) Schädelhirnverletzung mit einer zweifelsfrei nachgewiesenen Hirnprellung (Kontusion) oder Hirnblutung
d) schwere Mehrfachverletzung
   entweder Frakturen von zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßen (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
   – Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen
   – Fraktur des Beckens
   – Fraktur der Wirbelsäule
   – gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ
e) Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche
f) Erblindung auf beiden Augen

und nicht innerhalb von drei Tagen nach dem Unfall verstirbt.

2.2.2.2
Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres nach dem Unfall.

2.2.3 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Übergangsleistung im Falle der Ziffer 2.2.1.1 a) zur Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme. Im Falle der Ziffer 2.2.1.1 b) zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Falls eine Leistung nach Ziffer 2.2.1.1 a) bereits erbracht wurde, wird diese auf die Leistung nach Ziffer 2.2.1.1 b) angerechnet.

2.3 Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person
– ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung. Dazu zählt auch die vollstationäre Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient (sogenannte gemischte Institute).
– unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens fünf Tage 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, Rehabilitationsmaßnahmen oder Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

2.3.2.1
Wir zahlen das vereinbarte Unfall-Krankenhaustagegeld
– für jeden Kalendertag der vollstationären Heilbehandlung, längstens jedoch für fünf Jahre ab dem Tag des Unfalls. Unsere Leistung erbringen wir auch über das 5. Unfalljahr hinaus, wenn eine Nachbehandlung (z. B. Entfernung des

Osteosynthesematerials) nicht früher möglich war. Die Gesamtleistungsdauer bleibt jedoch auf fünf Jahre begrenzt.
– einmal je Unfall für sieben Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

2.3.2.2 Krankenhausaufenthalt im Ausland

Erleidet die versicherte Person einen Unfall im Ausland, der einen Krankenhausaufenthalt im Ausland erforderlich macht, zahlen wir das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.3.2.3 Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalls in ein Koma (auch künstliches Koma), zahlen wir ein Komageld in Höhe des Unfall-Krankenhaustagegeldes für jeden Tag, an dem sich die versicherte Person in einem Koma befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet. Sind gleichzeitig die Voraussetzungen für die Zahlung des Unfall-Krankenhaustagegeldes und des Komageldes erfüllt, so erfolgt nur die Zahlung des Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.3.2.4 Rooming-in

Handelt es sich bei der versicherten Person um ein minderjähriges Kind und übernachtet ein Erziehungsberechtigter mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), zahlen wir für maximal 10 Übernachtungen des Erziehungsberechtigten im Krankenhaus das Doppelte des vereinbarten Unfall-Krankenhaustagegeldes.

2.4 Genesungsgeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person
– wurde aus der vollstationären Behandlung entlassen und
– hatte Anspruch auf Unfall-Krankenhaustagegeld.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Unfall-Krankenhaustagegeld zahlen, längstens für 750 Tage ab dem Tag des Unfalls.

Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch dann bestehen, wenn die versicherte Person während des Krankenhausaufenthalts an den Unfallfolgen verstirbt.

2.5 Unfalltod (Todesfallleistung)

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt
– innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
– innerhalb des zweiten Jahres nach dem Unfall und es ist bis dahin noch keine Invalidität eingetreten.

Beachten Sie dann die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.5.

Bis zu einem Betrag von 20.000 Euro bleiben die Ausschlussbestimmungen der Ziffer 5.1.1 (Unfälle durch Bewusstseinsstörungen) unberücksichtigt.

Der unfallbedingte Tod gilt als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes rechtswirksam für tot erklärt wurde. Hat die versicherte Person überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

2.5.2 Art und Höhe der Leistung

2.5.2.1
Wir zahlen die Todesfallleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.5.2.2 Dreifache Todesfallleistung bei Unfalltod von Eltern

Wir zahlen die dreifache Todesfallleistung, maximal 100.000 Euro, wenn Eltern, die zum Zeitpunkt des Unfalls beide bei unserer Gesellschaft durch eine Unfallversicherung versichert waren und aufgrund Unfalltod wegen desselben Unfalls
– mindestens ein minderjähriges leibliches Kind oder Adoptivkind hinterlassen und
– den hinterbliebenen Kindern die versicherte Todesfallleistung zusteht.

2.6 Bergungs- und Rettungskosten

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.6.1.1
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, zur Spezialklinik oder zur nächstgelegenen Druckkammer
entstanden.

2.6.1.2
Zudem ersetzen wir nach einem Unfall der versicherten Person folgende weitere Kosten:
– den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
– bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden angemessenen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person,
– bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz,
– bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland die Kosten für die Bestattung im Ausland bis zu 5.000 Euro oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

2.6.1.3
Einem Unfall steht gleich, wenn ein solcher unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene Kosten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.7 Reha-Management

2.7.1 Allgemeine Leistungsvoraussetzungen

Führt der Unfall zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent, erbringen wir durch einen von uns beauftragten Dienstleister die Leistungen nach den Ziffern 2.7.3 und 2.7.4. Ein Leistungsanspruch besteht nur für Maßnahmen, die innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erfolgen.

Wird uns anhand medizinischer Unterlagen dargelegt, dass die Leistungsvoraussetzungen voraussichtlich gegeben sind, erbringen wir wegen der gebotenen Eile die Leistungen nach den Ziffern 2.7.3 und 2.7.4.1, ohne damit eine Leistungspflicht anzuerkennen. Die Erbringung der Leistungen hat daher keinen Einfluss auf unsere Leistungsprüfung für andere Leistungen. Sollte sich im Rahmen dieser Leistungsprüfungen herausstellen, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, stellen wir die Leistungen ein. Die Kosten für die bis dahin erbrachten Leistungen tragen wir.

Die Leistungen nach Ziffer 2.7.4.2 werden im Falle der Anerkennung unserer Leistungspflicht erbracht.

2.7.2 Dauer, Umfang und Höhe der Leistungen

Ein Leistungsanspruch besteht innerhalb eines Zeitraums von maximal zwei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, sofern in den einzelnen Bestimmungen keine andere zeitliche Begrenzung angegeben ist. Danach endet unsere Leistungspflicht.

Die Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung) sind auf insgesamt 30 Stunden begrenzt.

Ist lediglich eine Vermittlung oder Organisation von Leistungen oder eine Unterstützung vorgesehen, werden - bis auf die Vermittlungs-, Organisations- und Unterstützungskosten - keine weiteren Kosten übernommen.

2.7.3 Betreuungsleistungen (Beratung, Organisation und Unterstützung)

2.7.3.1
In einem Erstgespräch mit der versicherten Person, den behandelnden Ärzten oder weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen wird die medizinische Situation festgestellt und ein individuelles therapeutisches Rehabilitationskonzept erarbeitet.

2.7.3.2
Während der Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen wird die versicherte Person betreut. Dabei werden unter Einbindung der behandelnden Ärzte gegebenenfalls weitere Möglichkeiten zur Optimierung der Rehabilitationsmaßnahmen, z. B. die Verlegung in eine geeignete Fachklinik zur Weiterbehandlung, vorgeschlagen und/oder die anschließende Aufnahme in eine geeignete Rehabilitationsklinik organisiert. Nach Abschluss der stationären Behandlung erfolgt in enger Absprache mit der versicherten Person und den behandelnden Ärzten die Organisation einer weitergehenden ambulanten Behandlung.

2.7.3.3
Bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben beraten und unterstützen wir die versicherte Person unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten. Unsere Leistungen umfassen die Unterstützung bei der Erhaltung des bisherigen Arbeitsplatzes, bei der möglicherweise notwendigen Suche nach einem neuen Arbeitsplatz und bei Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit. Wir betreuen die versicherte Person während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase.

2.7.3.4
Wir beraten die versicherte Person über
- mögliche Leistungen der Sozialversicherungen sowie anderer Kostenträger und übernehmen auf Wunsch die Kommunikation mit diesen Einrichtungen, auch hinsichtlich einer Kostenübernahme. Zudem bieten wir Hilfe bei der Stellung eines Antrages auf Pflegeleistungen und auf Feststellung einer Schwerbehinderung, sofern sich die Pflegebedürftigkeit oder Schwerbehinderung als Unfallfolge darstellt.
- Fragestellungen in der häuslichen Umgebung, die sich aus dem Unfall ergeben und organisieren bei Bedarf einen Pflege- und/oder Hilfsdienst oder Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen).
- die Möglichkeiten des Erhalts bzw. der Wiederherstellung der Mobilität (z. B. behindertengerechter Kfz-Umbau) und organisieren bei Bedarf die entsprechenden Maßnahmen.
- die behindertengerechte Umgestaltung des Wohnumfeldes und übernehmen bei Bedarf die Organisation oder unterstützen bei der Suche eines behindertengerechten Objekts.

2.7.4 Weitere Leistungen

2.7.4.1 Kostenübernahmen bei schlüssiger Darlegung eines voraussichtlichen Invaliditätsgrads von mindestens 50 Prozent:

2.7.4.1.1 Rehabilitationsmaßnahmen

Die Kosten der von uns empfohlenen Rehabilitationsmaßnahmen übernehmen wir im stationären Bereich bis zu einem Betrag von 15 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme und im ambulanten Bereich bis zu 5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, soweit die erforderlichen Leistungen nicht von einem Dritten, insbesondere von einem Krankenversicherer oder einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.7.4.1.2 Pflegeheimkosten

Wir übernehmen bei erforderlicher stationärer Unterbringung der versicherten Person die Pflegeheimkosten, soweit die Kosten von keinem anderen Kostenträger übernommen werden. Unsere Kostenübernahme ist auf 1,5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme pro Monat für maximal sechs Monate begrenzt.

2.7.4.2 Kostenübernahmen bei einem anerkannten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent:

Unter den nachstehenden weiteren Voraussetzungen werden auch folgende Kosten übernommen, sofern sie durch die unfallbedingte Invalidität von mindestens 50 Prozent verursacht sind. Übernommen wird nur der Teil der Kosten, der anteilig in den Leistungszeitraum gemäß Ziffer 2.7.2 fällt. Es besteht jedoch kein Anspruch, soweit die Kosten von einem anderen Kostenträger übernommen werden.

2.7.4.2.1 Hilfsmittelversorgung

Besteht die Notwendigkeit einer prothetischen Versorgung bzw. werden Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen) benötigt, übernehmen wir die daraus entstehenden Kosten bis zu einem Betrag von 25 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7.4.2.2 Mobilität

Ist für das Führen eines Kraftfahrzeugs eine behindertengerechte Umgestaltung des auf die versicherte Person oder dessen Ehepartner/eingetragenen Lebenspartner zugelassenen Kraftfahrzeugs erforderlich, übernehmen wir die Umgestaltungskosten bis zu einem Betrag von 15 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7.4.2.3 Anpassung des Wohnumfeldes

Ist eine Nutzung des bisherigen Wohnumfeldes nicht mehr möglich oder wesentlich eingeschränkt, übernehmen wir die Kosten zur behindertengerechten Gestaltung des Wohnumfeldes bis zu einem Betrag von 30 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7.4.2.4 Berufliche Rehabilitation

Kann der bisherige Beruf nicht mehr oder nicht in seitheriger Form ausgeübt werden, übernehmen wir für Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation die Kosten bis zu einem Betrag von 20 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

2.7.4.3 Reihenfolge der Kostenübernahmen

Die Kostenübernahmen erfolgen in der Reihenfolge ihrer Anforderungen und sind auf 100 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

2.7.5 Beitragsanpassung

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent erhöht und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent erhöht wird, sind wir berechtigt, den Beitrag ab der nächsten Versicherungsperiode um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs allein wegen der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.

Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und Sie in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung.

Wenn der Dienstleister seine Preise um mehr als 5 Prozent senkt und deshalb der Tarifbeitrag für neue Verträge gleichen Umfangs um mehr als 5 Prozent gesenkt wird, verpflichten wir uns, den Beitrag ab Beginn der nächsten Versicherungsperiode auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

2.8 Kosten für kosmetische Operationen einschließlich Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (Modell Zahn)

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung

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

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.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung

2.8.2.1
Wir erstatten nachgewiesene
– Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
– notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
– Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten an natürlichen Zähnen (inklusive der erforderlichen Laborkosten),

insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2.8.2.2
Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger (z. B. Krankenversicherung, Haftpflichtversicherer) eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

2.9 Beihilfe zu Rehabilitationsmaßnahmen

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die unfallbedingten Verletzungen oder deren Folgen erfordern eine vollstationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen (Anschlussheilbehandlungen gelten nicht als Rehabilitationsmaßnahme). Die Rehabilitationsmaßnahme muss innerhalb von drei Jahren ab dem Tag des Unfalls beginnen. Deren medizinische Notwendigkeit ist von Ihnen durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung

Die Beihilfe zu einer vollstationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme erbringen wir unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme einmal je Unfall.

Vorsorge-Unfallversicherung:

2.10 Beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Partner

Für bestimmte Personen gewähren wir während der Wirksamkeit des Vertrages beitragsfrei einen zeitlich begrenzten Unfall-Versicherungsschutz.

2.10.1 Einbezogene Personen, Dauer des Versicherungsschutzes

2.10.1.1
Für die nachstehend genannten Personen gewähren wir den zeitlich begrenzten Versicherungsschutz wie folgt:
– Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner der versicherten Person für drei Monate ab der Eheschließung oder Eintragung der Lebenspartnerschaft;
– neugeborene leibliche Kinder oder adoptierte Kinder der versicherten Person für sechs Monate nach Vollendung der Geburt oder der Rechtswirksamkeit der Adoption;
– neugeborene oder adoptierte Geschwister der minderjährigen versicherten Person für sechs Monate nach Vollendung der Geburt oder der Rechtswirksamkeit der Adoption.

2.10.1.2
Dieser Versicherungsschutz verlängert sich
– um weitere drei Monate, wenn Sie die Eheschließung oder Eintragung der Lebenspartnerschaft während der ersten drei Monate
– um weitere sechs Monate, wenn Sie die Geburt oder Adoption während der ersten sechs Monate

bei uns anzeigen.

2.10.2 Höhe der Leistung

2.10.2.1
Es gelten folgende Versicherungssummen:

Leistung bei Vollinvalidität (nach Ziffer 2.10.2.2)	100.000 €
Invaliditäts-Grundsumme	25.000 €
Unfalltod (Todesfallleistung)	1.500 €
Unfall-Krankenhaustagegeld mit Leistung bei ambulanten Operationen oder Komageld	15 €
Kosten für kosmetische Operationen	5.000 €
Erweiterte Übergangsleistung mit Sofortleistung für Schwerverletzte	1.500 €
Bergungs- und Rettungskosten	100.000 €

Die in den einzelnen Leistungsarten beschriebenen Leistungsvoraussetzungen gelten auch für die beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherung für Neugeborene, Adoptivkinder und Partner.

2.10.2.2
Bei einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 100 Prozent vervierfachen wir unsere Invaliditätsleistung, sofern sich der Unfall vor Vollendung des 67. Lebensjahres der in den Versicherungsschutz einbezogenen Person ereignet hat.

2.10.2.3
Bestehen bei uns für die versicherte Person mehrere beitragsfreie Vorsorge-Unfallversicherungen, erbringen wir eine Leistung nur aus einem dieser Verträge.

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

3.1 Krankheiten und Gebrechen

Wir leisten, sofern nichts anderes vereinbart ist, ausschließlich für Unfallfolgen, also nicht für Krankheiten oder Gebrechen. Unfallfolgen sind Gesundheitsschädigungen und deren Folgen, die durch das Unfallereignis verursacht wurden.

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

3.2 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten und Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

3.2.1
Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich
– bei den Leistungsarten Invaliditätsleistung und Unfall-Rente der Prozentsatz des Invaliditätsgrads,
– bei der Todesfallleistung und, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, bei den anderen Leistungsarten die Leistung selbst.

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

3.2.2
Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 35 Prozent, nehmen wir keine Minderung vor.

4 Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1 Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
– Personen, die für dauernd mindestens schwerste gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen können nicht selbstständig kompensiert oder bewältigt werden. Diese Voraussetzungen für die Nichtversicherbarkeit sind erfüllt, wenn mindestens Pflegegrad 4 im Sinne des Sozialgesetzbuchs (elftes Buch) in der Fassung von Januar 2017 vorliegt.
– Personen, die aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung (z. B. fortgeschrittene Demenz) nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen können, sondern einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

4.2 Erlöschen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne der Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet für diese nicht mehr versicherbare Person die Versicherung.

4.3 Rückzahlung der Beiträge

Die für eine nicht mehr versicherbare Person ab Eintritt der Versicherungsunfähigkeit gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

5 Was ist nicht versichert?

5.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1
Unfälle der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen sowie durch 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,
– balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme:
Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde
– durch ein Unfallereignis verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht,
– durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht,
– beim Lenken von Kraftfahrzeugen aufgrund Einschlafens infolge von Übermüdung verursacht.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

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

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

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

Ausnahme:
Die versicherte Person wird auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen. In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

Diese Ausnahme gilt nicht
– bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
– für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
– für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

5.1.4
Unfälle der versicherten Person
– als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgeräts, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
Beispiel: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger
– als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs,
Beispiel: Funker, Bordmechaniker, Flugbegleiter
– bei beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuüben sind.
Beispiel: Luftfotograf, Sprühflüge zur Schädlingsbekämpfung

Versicherungsschutz besteht demnach z. B. für:
– Passagiere in Luftfahrzeugen,
– Fluggäste in Luftsportgeräten (z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen),
– Flugschüler, solange hierfür noch keine Lizenz erforderlich ist,
– Kitesurfen.

5.1.5
Unfälle der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen. Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Versicherungsschutz besteht demnach z. B. bei Fahrtveranstaltungen, bei denen
– es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit (Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungsfahrten) ankommt,
– es sich um das Absolvieren von öffentlich veranstalteten Fahrsicherheitstrainings, z. B. durch offizielle Automobilclubs, handelt.

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

5.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht außerdem für folgende Gesundheitsschäden:

5.2.1
Schäden an Bandscheiben.

Ausnahme:
Die Schäden an Bandscheiben gehen mit einer unfallbedingten knöchernen Verletzung der Wirbelsäule einher.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.2
Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Ausnahme:
– Ein Unfallereignis nach Ziffer 1 hat diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 Prozent) verursacht, und
– für diese Unfallereignisse besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.3
Gesundheitsschäden durch Strahlen.

Ausnahme:
Gesundheitsschäden durch Röntgen- und Laserstrahlen sowie künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

Diese Ausnahme gilt nicht bei Gesundheitsschäden, die als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.
In diesem Fall gilt der Ausschluss.

5.2.4
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 dieses Unfallereignis besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

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

5.2.5
Infektionen.

Ausnahme:
Die versicherte Person infiziert sich
– mit Tollwut und Wundstarrkrampf;
– mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten (und z. B. eine Blutvergiftung oder Wundinfektion hervorrufen). Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
– aufgrund eines Zeckenstichs mit Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) oder Borreliose, sofern die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn oder spätestens 15 Tage nach Erlöschen dieses Versicherungsvertrages ausbricht.
– durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Ziffer 5.2.4).
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.6
Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

Ausnahme:
– Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.
– Nahrungsmittelvergiftungen.
In diesen Fällen gilt der Ausschluss nicht.

5.2.7
Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Beispiele:
– *Posttraumatische Belastungsstörung nach Beinbruch durch den Verkehrsunfall*
– *Angstzustände des Opfers einer Straftat*

Ausnahme:
Die krankhaften Störungen sind auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

5.2.8
Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Ausnahme:
– Sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
– für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag.
In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

6 Was müssen Sie – bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung – bei einem Kinder-Tarif – bei Vollendung des 67. und des 80. Lebensjahres beachten?

6.1 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, welches diesen Versicherungsbedingungen beigefügt ist. Maßgeblich ist hierbei die tatsächlich ausgeübte Berufstätigkeit/Beschäftigung und nicht der erlernte Beruf.

6.1.1 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.

6.1.2 Auswirkungen der Änderung

Errechnen sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen 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.

6.2 Umstellung des Kinder-Tarifs

6.2.1
Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den dann gültigen Erwachsenentarif um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. Sind Leistungsarten oder Leistungserweiterungen mitversichert, die der dann gültige Erwachsenentarif nicht mehr vorsieht und die keine anderslautende Regelung enthalten, verwenden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung, sofern Sie nicht etwas anderes bestimmen, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Erwachsenentarif nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.2.2
Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

6.3 Umstellung des Erwachsenentarifs in den Seniorentarif nach Vollendung des 67. Lebensjahres

6.3.1
Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den dann gültigen Tarif für Senioren um.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. Sind Leistungsarten oder Leistungserweiterungen mitversichert, die der dann gültige Tarif für Senioren nicht mehr vorsieht und die keine anderslautende Regelung enthalten, verwenden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung, sofern Sie nicht etwas anderes bestimmen, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Tarif für Senioren nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.3.2
Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

6.4 Umstellung des Seniorentarifs in den Tarif für Personen ab 80 Jahre nach Vollendung des 80. Lebensjahres

6.4.1
Nach Ablauf des Versicherungsjahres (Ziffer 10.4), in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, stellen wir die Versicherung auf den dann gültigen Tarif für Personen ab 80 Jahre um. Die Umstellung erfolgt frühestens zu Beginn des vierten Versicherungsjahres.

Dabei haben Sie folgendes Wahlrecht:
- Sie zahlen den bisherigen Beitrag, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend. Sind Leistungsarten oder Leistungserweiterungen mitversichert, die der dann gültige Tarif für Personen ab 80 Jahre nicht mehr vorsieht und die keine anderslautende Regelung enthalten, verwenden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung, sofern Sie nicht etwas anderes bestimmen, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag. Sind Leistungsarten mitversichert, die der dann gültige Tarif für Personen ab 80 Jahre nicht mehr vorsieht, entfällt der diesbezügliche Beitragsanteil.

6.4.2
Wir werden Sie rechtzeitig über Ihr Wahlrecht informieren. Haben Sie bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres noch keine Wahl getroffen, führen wir den Vertrag mit reduzierten Versicherungssummen fort.

Der Leistungsfall

7 Was ist nach einem Versicherungsfall 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 Versicherungsfall beachten, denn ohne Ihre Mithilfe und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1
Nach einem Versicherungsfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

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

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

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausfall, der

durch die Untersuchung entsteht.

7.4
Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Versicherungsfall behandelt oder untersucht haben,
- anderen Personenversicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten. Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

7.5
Wenn der Versicherungsfall zum Tod der versicherten Person führt, ist uns dies innerhalb von 21 Tagen zu melden.

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

8 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

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

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

Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

9 Wann sind die Leistungen fällig?

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

9.1 Erklärung über die Leistungspflicht

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen. Bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente beträgt die Frist drei Monate.
Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- bei Invaliditätsleistung und Unfall-Rente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist,
- bei krankheitsbedingten Leistungen der Nachweis über die Krankheitsursache und Krankheitsfolgen.

Bitte beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln nach Ziffer 7.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bis zu 100 Euro pro Versicherungsfall. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

9.2 Fälligkeit der Leistung

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

9.3 Vorschüsse

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

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

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein angemessener Vorschuss auf eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur verlangt werden, wenn keine akute Lebensgefahr besteht.

9.4 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

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

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

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

Die Versicherungsdauer

10 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

Ist für eine Leistungsart eine Wartezeit vereinbart, so beginnt der Versicherungsschutz bezüglich dieser Leistungsart frühestens mit Ablauf der Wartezeit.

10.2 Dauer und Ende des Vertrags

10.2.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

10.2.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Kündigen können sowohl Sie als auch wir. Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen.

10.2.3 Vertragsbeendigung

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als 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 in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen.

10.3 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 in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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 zum Ende des Versicherungsjahres. Unsere Kündigung wird einen Monat, nachdem Sie sie erhalten haben, wirksam.

10.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

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

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

Der Versicherungsbeitrag

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

11.1 Beitrag und Versicherungsteuer

11.1.1 Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder in einem einmaligen Beitrag (Einmalbeitrag) 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.
Bei einem Einmalbeitrag entspricht die Versicherungsperiode der vereinbarten Vertragsdauer. Sie beträgt jedoch höchstens ein Jahr.

11.1.2 Versicherungsteuer

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

11.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

11.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag unverzüglich zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts.

11.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn Sie den ersten oder den einmaligen Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

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

11.2.3 Rücktritt

Wenn Sie den ersten oder einmaligen 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.

11.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag

11.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

11.3.2 Verzug

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig 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 11.3.3).

11.3.3 Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) 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 11.3.4 mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

11.3.4 Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag aus von Ihnen zu vertretenden Gründen 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.

11.4 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

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

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden kann und Sie nach einer Aufforderung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief)

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 (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) aufgefordert haben.

11.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

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

11.6 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und
− Sie bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
− die Versicherung nicht gekündigt war und
− Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,
gilt Folgendes:

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

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

Weitere Bestimmungen

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

12.1 Fremdversicherung

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

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

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

12.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

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

13.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Antragsformular, E-Mail, Telefax, Brief) 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 (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) stellen.

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

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

13.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf Ihren Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall
− vom Vertrag zurücktreten,
− den Vertrag kündigen,
− den Vertrag ändern oder
− den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

13.2.1 Rücktritt

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

Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
− weder eine vorsätzliche,
− noch eine grob fahrlässige
Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

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

Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz.

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

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
− weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
− noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht
ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt unsere Leistungspflicht.

13.2.2 Kündigung

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

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

13.2.3 Vertragsänderung

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

rückwirkend Vertragsbestandteil.

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

Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als zehn Prozent erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

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

13.3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Antragsunterlagen, E-Mail, Telefax, Brief) 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.

13.4 Anfechtung

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

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

13.5 Erweiterung des Versicherungsschutzes

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

14 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag?

14.1 Gesetzliche Verjährung

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

14.2 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 (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugeht.

15 Welches Gericht ist zuständig?

Sie haben die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

15.1
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:
- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens,
- das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts.

15.2
Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnorts oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

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

16.1
Erklärungen und Anzeigen sind in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) an folgende Stellen zu richten:
- an unsere Hauptverwaltung oder
- an die Geschäftsstelle/Generalagentur, die für Sie zuständig ist. Welche Geschäftsstelle/Generalagentur dies ist, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein oder aus dessen Nachträgen.

16.2
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.

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

17 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

18 Welche besonderen Kosten stellen wir Ihnen zusätzlich in Rechnung?

18.1
Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen bei uns ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir die regelmäßig entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) gesondert in Rechnung. Diese Beträge werden wir jährlich überprüfen, gegebenenfalls neu festsetzen und Ihnen mitteilen. Einzelheiten dazu entnehmen Sie bitte den im Anschluss an diese Bedingungen folgenden Gebührenbestimmungen, die Bestandteil dieses Vertrages sind.

18.2
Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Höhe der Gebühr ist zulässig, wenn ihre Höhe angemessen ist. Sie können von uns verlangen, dass wir Ihnen die Angemessenheit der Höhe der Gebühr nachweisen.

Wenn Sie uns daraufhin nachweisen, dass die Gebühr der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

Wenn Sie uns nachweisen, dass die bei der Bemessung zu Grunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Gebühr.

Gebührenbestimmungen
(Stand Januar 2017)

Welche Gebühren werden bei besonderen Bemühungen fällig?

Wir können nach Ziffer 18, falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, pauschale Abgeltungsbeträge in nachfolgender Höhe erheben und deren Zahlung verlangen:

– vom Versicherungsnehmer zu vertretende Rückläufer im Lastschriftverfahren:	7,50 €
– Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 37 und 38 VVG):	7,50 €
– Ermittlung der Anschrift des Versicherungsnehmers:	10,00 €
– Ersatzversicherungsschein ausstellen:	10,00 €
– Vertragsänderungen mit Nachtrag:	10,00 €

Diese Gebühren gelten für das laufende Versicherungsjahr. Sie werden jedes Jahr überprüft und gegebenenfalls neu festgesetzt.

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

19.1 Ihre Beschwerdemöglichkeiten

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

19.1.1 Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

19.1.2 Versicherungsaufsicht

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

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Telefon: 0800 2100500
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

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

19.1.3 Unser Beschwerdemanagement

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

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstr. 120
70197 Stuttgart
E-Mail: info@stuttgarter.de

Anhang zu den Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2017-3)

Berufsgruppenverzeichnis

Wie in Ziffer 6.1 der vertraglich vereinbarten Allgemeine Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) geregelt, hängt die Höhe des Beitrags maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Änderung der Berufstätigkeit/Beschäftigung

Wir verzichten auf eine Einstufung in Gefahrengruppen (z. B. keine Unterscheidung zwischen kaufmännischen und handwerklichen Berufen). Trotzdem sind während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten unverzüglich anzuzeigen, wenn die Änderung zu einem gegenüber einer kaufmännischen oder handwerklichen Tätigkeit erhöhten Risiko führt (z. B. bei Berufs-, Lizenz- und Vertragssportlern; Berufstauchern; Munitionssuch- und Räumtrupps; Rennfahrern; Sprengpersonal). In diesem Fall werden wir die Versicherungsleistungen anpassen. Alternativ werden wir auf Ihren Wunsch den Beitrag anpassen.
Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht unter eine meldepflichtige Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Folgende Besondere Bedingungen und Bedingungen sind, sofern beantragt, Vertragsinhalt:

Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (BBA) auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers (BBA-Modell 2)

1 Was ist versichert?

Werden Sie als Versicherungsnehmer auf Grund Insolvenz Ihres Arbeitgebers arbeitslos, übernehmen wir für die Zeit der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für einen Zeitraum von 12 Monaten, die Beitragszahlung für diesen Vertrag. Arbeitslosigkeit auf Grund Insolvenz liegt dann vor, wenn Ihnen nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens betriebsbedingt gekündigt wird.

2 Was bedeutet die Wartezeit?

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten. Die Wartezeit beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
Die Wartezeit bewirkt, dass für den Eintritt der Arbeitslosigkeit während der Wartezeit kein Versicherungsschutz besteht, auch wenn die Dauer der Arbeitslosigkeit über die Wartezeit hinausreicht.

3 Unter welchen Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz?

3.1
Die Beitragsbefreiung setzt voraus, dass Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis standen. Eine geringfügige Beschäftigung gilt nicht als sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis.

3.2 Anrechnungszeiten

Folgende Zeiten werden auf die Erfüllung des Zweijahreszeitraums gemäß Ziffer 3.1 angerechnet: Mutterschutz/Elternzeit, freiwilliger Wehrdienst, Ausbildungsverhältnisse, Dienstzeit als Zeitsoldat, Bundesfreiwilligendienst (BFD), Jugendfreiwilligendienst (FSJ, FÖJ).

4 Was ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit nach Ablauf der Wartezeit zu beachten?

4.1 Anzeige der Arbeitslosigkeit

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht ab dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Monat. Die Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

4.2 Nachweis der Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit, aus der sich der Beginn der Arbeitslosigkeit ergibt und durch Vorlage der Unterlagen, aus denen sich die Beendigung des Arbeitsverhältnisses nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens ergibt (z. B. Kündigungsschreiben), nachzuweisen. Der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 3.1 ist durch Bescheinigungen des Arbeitgebers oder im Falle von Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 3.2 durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherren oder der Agentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers lückenlos nachzuweisen.

4.3 Kosten für Nachweise

Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.

5 Wann ist die Versicherungsleistung fällig?

Die Beitragsbefreiung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung nötigen Erhebungen fällig.

6 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten oder die schuldhafte Herbeiführung des Versicherungsfalls?

6.1
Verletzen Sie eine Obliegenheit nach Ziffer 4.1 oder 4.2 vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

6.2
Die Leistungsfreiheit nach Ziffer 6.1 in Verbindung mit Ziffer 4.1 und 4.2 gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6.3
Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie den Eintritt der Arbeitslosigkeit vorsätzlich herbeiführen.

7 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitslosigkeit?

Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitslosigkeit jederzeit nachzuprüfen. Zu diesem Zweck können wir bei der Agentur für Arbeit Auskünfte über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit einholen. Unabhängig hiervon können wir von Ihnen Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit anfordern.

8 Was gilt bei Beendigung der Arbeitslosigkeit?

8.1
Im Falle der Beendigung der Arbeitslosigkeit stellen wir die Beitragsbefreiung zum Ende des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, ein. Die Beitragszahlung ist ab dem folgenden Monat wieder aufzunehmen.

8.2
Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

9 Was gilt, wenn die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz entfallen?

9.1
Endet die sozialversicherungspflichtige Tätigkeit, weil Sie ein nicht sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis (z. B. Hausfrau/Hausmann; freiberufliche oder selbstständige Tätigkeit) oder eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen, endet auch der Versicherungsschutz.

9.2
Das Ende der sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

9.3
Der Versicherungsschutz endet zudem bei Vollendung Ihres 65. Lebensjahres oder nach insgesamt 30-monatiger Beitragsbefreiung bei mehrmaliger Arbeitslosigkeit.

9.4
Nach Beendigung werden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwenden, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

10 Ausschluss der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Sie können die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit zum Ende eines jeden Monats durch eine an uns gerichtete Erklärung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) ausschließen. Die Erklärung muss uns spätestens einen Monat vor dem gewünschten Ende zugehen. Bezüglich des Beitragsanteils für die ausgeschlossene Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit gilt Ziffer 9.4 entsprechend.

Bedingungen für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers (ZBA-Modell 5)

1 Was ist versichert?

Werden Sie als Versicherungsnehmer auf Grund Insolvenz Ihres Arbeitgebers arbeitslos, zahlen wir für die Zeit der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für einen Zeitraum von zwölf Monaten, einen monatlichen Betrag bis zu der im Versicherungsschein dokumentierten Höhe zur Tilgung von Zahlungsverpflichtungen aus Dauerschuldverhältnissen gegenüber Versicherungsunternehmen (z. B. Beiträge für Kapital-/Renten-/ Risikolebens-/Erwerbs-/ Berufsunfähigkeitsversicherungen, Wohngebäude-/Hausrat-/Haftpflichtversicherungen), Finanzdienstleistungsunternehmen (z. B. Sparraten für Sparpläne oder Investment-/Aktienfonds), Bausparkassen (Sparraten) und Leasingunternehmen (Leasingraten).
Ausgenommen sind Zahlungsverpflichtungen aus Ratenkreditverträgen.

Arbeitslosigkeit auf Grund Insolvenz liegt dann vor, wenn Ihnen nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens betriebsbedingt gekündigt wird.

2 Was bedeutet die Wartezeit?

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten. Die Wartezeit beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
Die Wartezeit bewirkt, dass für den Eintritt der Arbeitslosigkeit während der Wartezeit kein Versicherungsschutz besteht, auch wenn die Dauer der Arbeitslosigkeit über die Wartezeit hinausreicht.

Bei einer Erhöhung der Versicherungssumme während der Vertragslaufzeit gelten die Regelungen zur Wartezeit für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.

3 Unter welchen Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz?

3.1
Die Zahlungsbefreiung setzt voraus, dass Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis standen. Eine geringfügige Beschäftigung gilt nicht als sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis.

3.2 Anrechnungszeiten

Folgende Zeiten werden auf die Erfüllung des Zweijahreszeitraums gemäß Ziffer 3.1 angerechnet: Mutterschutz/Elternzeit, freiwilliger Wehrdienst, Ausbildungsverhältnisse, Dienstzeit als Zeitsoldat, Bundesfreiwilligendienst (BFD), Jugendfreiwilligendienst (FSJ, FÖJ).

4 Was ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit nach Ablauf der Wartezeit zu beachten?

4.1 Anzeige der Arbeitslosigkeit

Der Anspruch auf Zahlungsbefreiung entsteht ab dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Monat. Die Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

4.2 Nachweis der Arbeitslosigkeit

Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit, aus der sich der Beginn der Arbeitslosigkeit ergibt und durch Vorlage der Unterlagen, aus denen sich die Beendigung des Arbeitsverhältnisses nach Eröffnung des Insolvenzverfahrens ergibt (z. B. Kündigungsschreiben), nachzuweisen. Der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 3.1 ist durch Bescheinigungen des Arbeitgebers oder im Falle von Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 3.2 durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherren oder der Agentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers lückenlos nachzuweisen.

4.3 Kosten für Nachweise

Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.

5 Wann ist die Versicherungsleistung fällig?

Die Leistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung nötigen Erhebungen fällig.

6 Wie erfolgt die Zahlung?

Wir zahlen direkt an den oder die von Ihnen genannten Gläubiger. Die Zahlung erfolgt per Überweisung.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten oder die schuldhafte Herbeiführung des Versicherungsfalls?

7.1
Verletzen Sie eine Obliegenheit nach Ziffer 4.1 oder 4.2 vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

7.2
Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nach Ziffer 7.1 in Verbindung mit Ziffer 4.1 und 4.2 gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

7.3
Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie den Eintritt der Arbeitslosigkeit vorsätzlich herbeiführen. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Das Vorliegen von Vorsatz oder von grober Fahrlässigkeit haben wir zu beweisen.

8 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitslosigkeit?

Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitslosigkeit jederzeit nachzuprüfen. Zu diesem Zweck können wir bei der Agentur für Arbeit Auskünfte über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit einholen. Unabhängig hiervon können wir von Ihnen Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit anfordern.

9 Was gilt bei Beendigung der Arbeitslosigkeit?

9.1
Im Falle der Beendigung der Arbeitslosigkeit stellen wir die Leistung zum Ende des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, ein.

9.2
Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

10 Was gilt, wenn die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz entfallen?

10.1
Endet die sozialversicherungspflichtige Tätigkeit, weil Sie ein nicht sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis (z. B. Hausfrau/Hausmann; freiberufliche oder selbstständige Tätigkeit) oder eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen, endet auch der Versicherungsschutz.

10.2
Das Ende der sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

10.3
Der Versicherungsschutz endet zudem bei Vollendung Ihres 65. Lebensjahres oder nach insgesamt 30-monatiger Zahlungsbefreiung bei mehrmaliger Arbeitslosigkeit.

10.4
Nach Beendigung werden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwenden, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

11 Ausschluss der Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Sie können die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit zum Ende eines jeden Monats durch eine an uns gerichtete Erklärung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) ausschließen. Die Erklärung muss uns spätestens einen Monat vor dem gewünschten Ende zugehen.
Bezüglich des Beitragsanteils für die ausgeschlossene Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit gilt Ziffer 10.4 entsprechend.

12 Ausschluss des Zuwachses von Leistung und Beitrag

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

Bedingungen für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA-Modell 8)

1 Was ist versichert?

Werden Sie als Versicherungsnehmer arbeitslos, zahlen wir für die Zeit der Arbeitslosigkeit, längstens jedoch für einen Zeitraum von zwölf Monaten, einen monatlichen Betrag bis zu der im Versicherungsschein dokumentierten Höhe zur Tilgung von Zahlungsverpflichtungen aus Dauerschuldverhältnissen gegenüber Versicherungsunternehmen (z. B. Beiträge für Kapital-/Renten-/ Risikolebens-/Erwerbs-/-Berufsunfähigkeitsversicherungen, Wohngebäude-/Hausrat-/ Haftpflichtversicherungen) und Bausparkassen (Sparraten). Eingeschlossen sind auch Zahlungsverpflichtungen aus Ratenkreditverträgen mit Finanzdienstleistungsunternehmen.

2 Was bedeutet die Wartezeit?

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten. Die Wartezeit beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
Die Wartezeit bewirkt, dass für den Eintritt der Arbeitslosigkeit während der Wartezeit kein Versicherungsschutz besteht, auch wenn die Dauer der Arbeitslosigkeit über die Wartezeit hinausreicht.

Bei einer Erhöhung der Versicherungssumme während der Vertragslaufzeit gelten die Regelungen zur Wartezeit für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.

3 Unter welchen Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz?

3.1 Arbeitnehmer/Auszubildende

Die Zahlungsbefreiung setzt voraus, dass Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen und außerdem bei Antragsunterzeichnung ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis standen. Eine geringfügige Beschäftigung gilt nicht als sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis.

3.2 Selbstständig tätige Personen

Eine selbstständige Tätigkeit liegt vor, wenn Sie jeweils vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens zwei Jahre lang ununterbrochen und ausschließlich dieselbe nicht sozialversicherungspflichtige Tätigkeit in Deutschland ausgeübt haben (Gewerbe oder freier Beruf).
Unsere Leistung bei Arbeitslosigkeit setzt voraus, dass Sie die selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund und nicht nur vorübergehend eingestellt haben und keine andere Tätigkeit gegen Entgelt ausüben.

3.3 Anrechnungszeiten

Folgende Zeiten werden auf die Erfüllung des Zweijahreszeitraums gemäß Ziffer 3.1 und 3.2 angerechnet: Mutterschutz/Elternzeit, freiwilliger Wehrdienst, Ausbildungsverhältnisse, Dienstzeit als Zeitsoldat, Bundesfreiwilligendienst (BFD), Jugendfreiwilligendienst (FSJ, FÖJ).

3.4 Unterbrechung der Arbeitslosigkeit

Wird die Arbeitslosigkeit durch ein neues Arbeitsverhältnis oder eine neue selbstständige Tätigkeit für einen Zeitraum von nicht mehr als drei Monaten unterbrochen, erbringen wir die Leistung ab dem auf den Eintritt der erneuten Arbeitslosigkeit folgenden Monat.

4 Was ist bei Eintritt der Arbeitslosigkeit nach Ablauf der Wartezeit zu beachten?

4.1 Anzeige der Arbeitslosigkeit

Der Anspruch auf Zahlungsbefreiung entsteht ab dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Monat. Die Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

4.2 Nachweis der Arbeitslosigkeit

4.2.1 Arbeitnehmer/Auszubildende

Die Arbeitslosigkeit ist durch eine Bescheinigung der Agentur für Arbeit, aus der sich der Beginn der Arbeitslosigkeit ergibt und

durch Vorlage der Unterlagen, aus denen sich die Beendigung einschließlich des Beendigungsgrundes des Arbeitsverhältnisses ergibt (z. B. Kündigungsschreiben) nachzuweisen. Der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 3.1 ist durch Bescheinigungen des Arbeitgebers oder im Falle von Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 3.3 durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherren oder der Agentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers lückenlos nachzuweisen.

4.2.2 Selbstständig tätige Personen

Die Arbeitslosigkeit und der Zweijahreszeitraum gemäß Ziffer 3.2 sind durch Vorlage von Unterlagen (z. B. Gewerbean-/abmeldung, Steuerbescheide) nachzuweisen. Anrechnungszeiten gemäß Ziffer 3.3 sind durch Bescheinigungen des Arbeitgebers/Dienstherren, der Agentur für Arbeit oder eines anderen Sozialversicherungsträgers als lückenloser Nachweis zu erbringen.

4.3 Kosten für Nachweise

Die Kosten für die erforderlichen Nachweise tragen Sie. Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.

5 Wann ist die Versicherungsleistung fällig?

Die Leistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung nötigen Erhebungen fällig.

6 Wie erfolgt die Zahlung?

Wir zahlen direkt an den oder die von Ihnen genannten Gläubiger. Die Zahlung erfolgt per Überweisung.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten oder die schuldhafte Herbeiführung des Versicherungsfalls?

7.1
Verletzen Sie eine Obliegenheit nach Ziffer 4.1, 4.2.1 oder 4.2.2 vorsätzlich, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit haben Sie zu beweisen.

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.

7.2
Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nach Ziffer 7.1 in Verbindung mit Ziffer 4.1, 4.2.1 und 4.2.2 gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

7.3
Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn Sie den Eintritt der Arbeitslosigkeit vorsätzlich herbeiführen. Bei grob fahrlässiger Herbeiführung sind wir berechtigt, unsere Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere Ihres Verschuldens entspricht. Das Vorliegen von Vorsatz oder von grober Fahrlässigkeit haben wir zu beweisen.

8 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitslosigkeit?

Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Arbeitslosigkeit jederzeit nachzuprüfen. Zu diesem Zweck können wir bei der Agentur für Arbeit Auskünfte über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit einholen. Unabhängig hiervon können wir von Ihnen Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit anfordern.

9 Was gilt bei Beendigung der Arbeitslosigkeit?

9.1
Im Falle der Beendigung der Arbeitslosigkeit stellen wir die Leistung zum Ende des Monats, in dem die Arbeitslosigkeit endet, ein.

9.2
Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

10 Was gilt, wenn die Voraussetzungen für den Versicherungsschutz entfallen?

10.1
Endet die sozialversicherungspflichtige oder selbstständige Tätigkeit, weil Sie ein nicht sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis (z. B. Hausfrau/Hausmann) oder eine geringfügige Beschäftigung aufnehmen, endet auch der Versicherungsschutz.

10.2
Das Ende der sozialversicherungspflichtigen oder selbstständigen Tätigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

10.3
Der Versicherungsschutz endet zudem bei Vollendung Ihres 61. Lebensjahres oder nach insgesamt 12-monatiger Zahlungsbefreiung (auch bei mehrmaliger Arbeitslosigkeit).

10.4
Nach Beendigung werden wir den diesbezüglichen Beitragsanteil als zusätzlichen Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwenden, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

11 Ausschluss der Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Sie können die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit zum Ende eines jeden Monats durch eine an uns gerichtete Erklärung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) ausschließen. Die Erklärung muss uns spätestens einen Monat vor dem gewünschten Ende zugehen.
Bezüglich des Beitragsanteils für die ausgeschlossene Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit gilt Ziffer 10.4 entsprechend.

12 Ausschluss des Zuwachses von Leistung und Beitrag

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

Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Stuttgarter Versicherung AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung
Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstr. 120
70197 Stuttgart
Telefon +49 (0) 711 665-66
E-Mail-Adresse info@stuttgarter.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: datenschutz@stuttgarter.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die "Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft" verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.stuttgarter.de/datenschutz abrufen.

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Gesellschaft der Versicherungsgruppe bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Ferner setzen wir durch unsere Versicherungsgruppe selbst betriebene künstliche Intelligenz ein, zur Zeit in folgenden Anwendungsfällen:
- Text- und Geschäftsvorfallerkennung in der Eingangspostverarbeitung
- Anruferidentifizierung und Gesprächszusammenfassung.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Versicherungsgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können,
- Ansprache in der schriftlichen und mündlichen Kommunikation mit einer personalisierten Höflichkeitsanrede (z. B. „Herr“ / „Frau“) zum Zweck der respektvollen und adressatengerechten Kommunikation

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

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken können wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer) versichern. Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.
Ferner sind wir nach dem Handelsgesetzbuch verpflichtet, dem Abschlussvermittler bzw. dessen Rechtsnachfolger Informationen über stornogefährdete Versicherungsverträge, die sich in der Provisionshaftungszeit befinden, zu übermitteln.

Externe Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Ihnen überlassenen Dienstleisterliste sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.stuttgarter.de/datenschutz entnehmen.

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

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

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

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

Beschwerderecht

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

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

In der Schadenprüfung zur Erstattung von Abrechnungen zur Zahnreinigung nutzen wir auch automatisierte Verfahren. Automatisierte Entscheidungen über Ihre Ansprüche auf diese Versicherungsleistungen beruhen auf den von Ihnen mitgeteilten Informationen und eingereichten Unterlagen und den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Sie haben das Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person seitens des Verantwortlichen, auf Darlegung des eigenen Standpunkts und auf Anfechtung der Entscheidung. Wenden Sie sich hierfür bitte an info@stuttgarter.de oder an die o.g. Adresse.

Stand 10/2026

Erklärungen des Antragstellers

Einverständniserklärung zum Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist
Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz bei Vorliegen der vertraglichen Voraussetzungen bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Allgemeine Hinweise

Information gegenüber Dritten über eine Speicherung ihrer personenbezogenen Daten
Bitte weisen Sie die Personen, deren Daten im Rahmen dieses Antrags erhoben werden, auf die Speicherung der angegebenen Daten bei der Stuttgarter Versicherung AG und die zentrale Stammdatenhaltung innerhalb der Stuttgarter Versicherungsgruppe (siehe Dienstleisterliste) zum Zwecke der Vertragsdurchführung hin und leiten die Datenschutzhinweise an diese weiter.
Sollte Ihrerseits ein Geheimhaltungsinteresse bezüglich der Bezugsberechtigung bestehen, kann die Information an den Bezugsberechtigten unterbleiben.

Höchstversicherungssumme
Die Prüfung der Höchstversicherungssumme kann nur auf den beantragten Vertrag stattfinden. Soweit weitere Unfallverträge bei der Stuttgarter Versicherungsgruppe bestehen wird die Höchstversicherungssumme bei der Bestandsverarbeitung erneut geprüft. Gegebenenfalls kann der Versicherungsschutz nicht wie beantragt übernommen werden.

Versicherungsbeginn bei Versicherungswechsel
Um eine Unterbrechung des Versicherungsschutzes zu vermeiden, besteht Versicherungsschutz - abweichend von den Angaben im Antrag/Versicherungsschein - nicht ab 12:00 Uhr, sondern bereits ab 0:00 Uhr, wenn die Vorversicherung um 0:00 Uhr des selben Tages bzw. 24:00 Uhr des Vortages endet.

Nebendienstleistung
Nebendienstleistungen (z. B. durch Assistance-Dienstleister) können Sie bei der Stuttgarter Versicherung AG nicht getrennt von der Unfallversicherung erwerben.

Altersregelung für die Annahmefähigkeit

	ZBA/BBA-Tarife
Erwachsene	18 bis 55 Jahre
	U-Tarife
Erwachsene	18 bis 64 Jahre
Mitversicherung von Kindern	ab Vollendung der Geburt bis 17 Jahre
	SU-Tarife
Erwachsene	50 bis 79 Jahre

Wartezeit/Leistungsdauer
Für die Zahlungsbefreiung und Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit auf Grund Insolvenz des Arbeitgebers gilt eine Wartezeit von 6 Monaten; für die Zahlungsbefreiung bei Arbeitslosigkeit (ZBA-Modell 8) gilt eine Wartezeit von 6 Monaten; die Leistungsdauer ist auf einen Zeitraum von 12 Monaten begrenzt

Geltende Versicherungsbedingungen
Es gelten die in den Vertragsunterlagen enthaltenen Versicherungsbedingungen.

Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und deren Bedeutung für den Versicherungsschutz

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

Kündigung

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

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

Vertragsänderung

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

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

Ausübung unserer Rechte

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

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

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

Vertretung durch eine andere Person

Werden Sie bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht aller bekannten gefahrerheblichen Umstände sowie des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und die Arglist Ihres Vertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Vertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Dienstleisterliste der Stuttgarter Versicherung AG

A) Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungssparten werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert wie das Inkasso und die Datenverarbeitung. So wird Ihre Adresse z. B. nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Bankverbindung, d. h. Ihre Stammdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die Stammdaten von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann Ihr Anliegen innerhalb unserer Unternehmensgruppe immer richtig zugeordnet werden. Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, insbesondere Gesundheitsdaten bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen. Eine weitere Verarbeitung dieser Daten erfolgt nur von den unten genannten Dienstleistern.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zur Zeit folgende Gesellschaften an:

Süddeutsche Versicherungen a. G.	DIREKTE Service Management GmbH
Stuttgarter Lebensversicherung AG	DIREKTE LEBEN Versicherung AG
Stuttgarter Versicherung AG	Stuttgarter Versicherung Verwaltungsgesellschaft mbH
Stuttgarter Versicherung Holding AG	Stuttgarter Versicherung Kapitalanlage-Vermittlungs-GmbH
Stuttgarter Vorsorge-Management GmbH	Stuttgarter Versicherung Immobilienmanagement GmbH & Co KG
Süddeutsche Krankenversicherung AG (eigene Stammdatenhaltung)	

B) Dienstleister, die Datenverarbeitung im Auftrag oder ohne Auftragsverarbeitung erbringen

Auftragnehmer	**Hauptgegenstand des Auftrags**
Stuttgarter Lebensversicherung AG	Datenverarbeitung, Programmierung inkl. Test, Zahlungsverkehr, Recht, Revision, Vertrieb, Marketing, Controlling, Mathematik, Betriebsorganisation, Posteingang und -ausgang, Scannen und Indizieren
Stuttgarter Versicherung Holding AG	Bereitstellung Software
Süddeutsche Krankenversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schadenbearbeitung in Bezug auf den ehemaligen Versicherungsbestand der Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.
Kyndryl Deutschland GmbH	Betrieb Rechenzentrum und IT-Dienstleistungen
Collogia IT Services GmbH	Betrieb SAP-Rechenzentrum und Wartungsdienstleistung
Microsoft Ireland Operations Limited	Cloud-Dienste, Microsoft 365 und Azure
Datagroup Stuttgart GmbH	Betrieb und Betriebsunterstützung Microsoft Arbeitsplatz und Microsoft 365
adesso SE	Entwicklung und Wartung Schadensystem
Deutsche Post E-POST Solutions GmbH	Druck- und Versanddienstleistungen
Malteser Hilfsdienst gGmbH	Assistance Dienstleistungen
ALLYSCA Assistance GmbH	Assistance Dienstleistungen
Reha Assist Deutschland GmbH*	Assistance Dienstleistungen
Medgate GmbH	Assistance Dienstleistungen
BetterDoc GmbH	Assistance Dienstleistungen
Verisk Med GmbH	Leistungsfallprüfung
Sirius Inkasso GmbH*	Externes Inkasso
Delta Inkasso GmbH*	Externes Inkasso
Giebel und Kollegen Rechtsanwälte*	Anwaltliches Inkasso
Creditreform Stuttgart Strahler KG*	Inkassodienstleistungen
Meta Med Assistance GmbH*	Beratung zu Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht
GDV Dienstleistungs-GmbH	Meldeservice
Versicherungsombudsmann e. V.	Schlichtungen

C) Kategorien von Dienstleistern, die Datenverarbeitung im Auftrag oder ohne Auftragsverarbeitung erbringen

Dienstleisterkategorie	**Hauptgegenstand des Auftrags**
IT-Dienstleister	IT-Entwicklungs-, Netzwerks- und Wartungsdienstleistungen
Generalagenturen	Prämieneinzug
Rechtsanwälte	Rechtliche Vertretung und Informationsbeschaffung
Wirtschaftsprüfungsgesellschaften	Jahresabschlussprüfung und Beratung
Rückversicherer	Rückversicherung und Leistungsprüfung
Rückversicherungsmakler	Vermittlung von Rückversicherungsverträgen
Beratungsunternehmen	Beratung
Rechercheunternehmen*	Rechercheleistungen/Ermittlungsleistungen
Aktenvernichter	Akten- und Datenträgervernichtung
Medizinische Gutachter*	Erstellung von Gutachten; Beratungsleistungen
Übersetzungsbüros	Übersetzungen
Informationsdienstleister	Aktenbeschaffung und Sachverhaltsermittlung
Postdienstleister	Postdienstleistungen
Adressermittler	Adressprüfung
Sicherheitsdienste	Bewachungs- und Empfangsdienst

Stand: 10/2026

* Datenverarbeitung durch Dienstleister ohne Auftragsverarbeitung. Diese liegt vor, wenn im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsverhältnisses personenbezogene Daten an einen Dienstleister zur eigenverantwortlichen Aufgabenerfüllung übermittelt und von diesem verarbeitet werden. Die Übermittlung unterbleibt, soweit die betroffene Person aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen persönlichen Situation ergeben, dieser widerspricht und eine Prüfung ergibt, dass seitens des übermittelnden Unternehmens keine zwingenden schutzwürdigen Gründe für die Verarbeitung beim Dienstleister vorliegen, die die Interessen der betroffenen Person überwiegen. Die Übermittlung an den Dienstleister erfolgt trotz des Widerspruchs auch dann, wenn sie der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient.

Stuttgarter Versicherung AG
Rotebühlstraße 120, 70197 Stuttgart I Postanschrift: 70135 Stuttgart I Tel. +49 711 665-66 I Fax +49 711 665-1516
www.familienschutz.de I info@stuttgarter.de I USt-IdNr.: DE 147 802 210 I Sitz: Stuttgart I Registergericht: Stuttgart HRB 21035
Vorstand: Dr. Guido Bader (Vors.), Dr. Ulrich Mitzlaff (St. Vors.), Olaf Engemann, Jesko Kannenberg, Michael Krebbers, Ralf Oestereich
Aufsichtsratsvorsitzender: Anton Wittl