

Vertragsgrundlagen zum Basler ReAktivierer

Datenschutzhinweise

Das Verarbeiten Ihrer personenbezogenen Daten ist wichtige Voraussetzung für das Anbieten optimalen Versicherungsschutzes durch uns. Der Schutz Ihrer Privatsphäre ist uns dabei wichtig.

Mit diesen Hinweisen wollen wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Basler Sachversicherungs-AG und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte informieren.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Basler Sachversicherungs-AG
Basler Straße 4
61352 Bad Homburg v.d.Höhe
Telefon 0 61 72 / 125 – 220
E-Mail info@basler.de
www.basler.de

Unsere **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: Datenschutz@basler.de.

Allgemeines zur Datenverarbeitung

Wir verarbeiten u. a. folgende für den Vertragsabschluss sowie die Vertrags- und Schadenabwicklung relevante personenbezogene Daten:

- Angaben zu Ihrer Person (z. B. Namen, Geburtsdatum)
- Kontaktdaten (z. B. Adresse, Telefonnummer, Mailadresse)
- Angaben zur Bankverbindung zur Abwicklung der späteren Zahlungen
- Versicherungsproduktspezifische Angaben zur Berechnung der Versicherungsprämie
- Angaben zur Vorversicherung und Vorschäden

In erster Linie werden dabei die von Ihnen übermittelten Angaben und später gegebenenfalls ergänzenden Angaben aus der Schadenanzeige verarbeitet.

Um Ihnen einen bestmöglichen Service anzubieten und um Sie optimal beraten zu können, erhalten wir auch von Dritten personenbezogene Daten, die für den Vertragsabschluss erforderlich sind (z. B. Amtsstellen, Vor- und Rückversicherer). Nähere Informationen finden Sie unten in diesen Hinweisen.

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.

Ihre personenbezogenen Daten werden von uns nur für die Zwecke verwendet, zu welchen Sie uns Ihre Einwilligung erteilt haben oder zu denen wir gesetzlich verpflichtet oder berechtigt sind.

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 bestehenden Verträge mit dem Verantwortlichen oder einer Gesellschaft, die an einer gemeinsamen Datenverarbeitung teilnimmt (hierzu finden Sie unten im Punkt „Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe“ weitere Informationen), nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung und zur Erfüllung unserer versicherungsvertraglichen Pflichten, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, Vertragsergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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 Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, benötigen wir hierfür Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO. Diese können Sie an gesonderter Stelle, auf die wir Sie hinweisen werden, abgeben. 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 berechnete Interessen von uns oder 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 Basler Versicherungen und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Soweit die Durchführung von Werbemaßnahmen nur mit Ihrer Einwilligung möglich ist, können Sie diese an gesonderter Stelle, auf die wir Sie hinweisen werden, abgeben.

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 versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). 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. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu eingesetzten Rückversicherern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Mitversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir im Einzelfall gemeinsam mit anderen Versicherern (Mitversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Mitversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der/die Mitversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den/die Mitversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu eingesetzten Mitversicherern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

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 übermitteln wir Ihnen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen. Sie erhalten hierzu gesondert weitere Informationen, falls wir Ihre Daten an einen Sie betreuenden Vermittler übermitteln.

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 im Anhang bzw. auf unserer Internetseite unter <https://www.basler.de/de/ueber-uns/datenschutz.html> finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

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 Übersicht im Anhang bzw. auf unserer Internetseite unter <https://www.basler.de/de/ueber-uns/datenschutz.html> entnehmen.

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 und keine Archivierungspflichten bestehen. 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. Wir werden sämtliche Ihrer Rechte entsprechend den Vorgaben der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze beachten.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken des Profiling, der statistischen Verarbeitung, der Markt- und Meinungsforschung oder der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung allgemein 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.

Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Nähere Informationen dazu finden Sie in den beiliegenden Hinweisen zum HIS oder auf diesen Websites: www.informa.irfp.de oder www.gdv.de/his.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden. Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab, um uns vor Zahlungsausfällen zu schützen. Dabei wird Ihr Vorname, Name, Ihre Anschrift sowie Ihr Geburtsdatum übermittelt. Die Informationen werden von uns für eine begrenzte Zeit gespeichert, um Ihnen ggf. Auskunft darüber geben zu können und das Ergebnis für den Vertragsabschluss oder im Rahmen eines Versicherungsfalles zu verwenden. Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt auf Basis des Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO.

Sie können der Übermittlung Ihrer personenbezogenen Daten jederzeit widersprechen. Der Abschluss eines Versicherungsvertrags ist dann allerdings nicht möglich.

Die Bonitätsauskünfte werden unter strenger Einhaltung der Datenschutzvorschriften mit Rücksicht auf Ihre schutzwürdigen Belange durchgeführt.

Weiteres entnehmen Sie bitte der Anlage zu dieser Datenschutzinformation – Datenschutzinformation zur infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden gem. Art. 14 DSGVO. Für eine Auskunft über Ihre bei der infoscore Consumer Data GmbH gespeicherten personenbezogenen Daten wenden Sie sich bitte direkt an die Auskunftfei.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information zu unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie hier: <https://www.basler.de/de/ueber-uns/datenschutz.html>. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Im Falle der Ablehnung eines Vertragsabschlusses oder der Kündigung des Vertrags auf Basis einer automatisierten Einzelfallentscheidung haben Sie das Recht auf eine Überprüfung der Entscheidung durch eine Person, auf Erläuterung der nach einer entsprechenden Bewertung getroffenen Entscheidung, zur Darlegung Ihres eigenen Standpunkts und auf Anfechtung der Entscheidung.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen) entscheiden wir vereinzelt vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung zum Beispiel der folgenden Informationen: Fahrzeugwert, Einsatzzweck, Einsatzgebiet oder Alter des Fahrzeugs.

Sie haben das Recht, nicht einer ausschließlich auf einer automatisierten Verarbeitung – einschließlich Profiling – beruhenden Entscheidung unterworfen zu werden und können im Falle einer solchen automatisierten Einzelfallentscheidung von uns eine nicht-automatisierte Entscheidung im Einzelfall fordern.

Anhang

Unternehmen der Basler Versicherungen in Deutschland, die gemeinsame Datenverarbeitungsverfahren nutzen und Ihre Stammdaten (z. B. Name, Anschrift) in gemeinsamen Datenbanken verarbeiten

Basler Lebensversicherungs-AG

Basler Sachversicherungs-AG

Basler Financial Services GmbH

Information über den Datenaustausch mit der informa HIS GmbH auf Grundlage der Art. 13 und 14 DSGVO

Hiermit möchten wir Sie darüber informieren, dass wir bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung Daten zum Versicherungsobjekt (Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes) sowie Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) an die informa HIS GmbH übermitteln (HIS-Anfrage) können. Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im „Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft“ (HIS) Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (HIS-Einmeldung), über die Sie ggf. von dem meldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt.

Nähere Informationen zum HIS finden Sie auf folgenden Internetseiten: www.informa-his.de.

Zwecke der Datenverarbeitung der informa HIS GmbH

Die informa HIS GmbH betreibt als datenschutzrechtlich Verantwortliche das Hinweis- und Informationssystem HIS der Versicherungswirtschaft. Sie verarbeitet darin personenbeziehbare Daten, um die Versicherungswirtschaft bei der Bearbeitung von Versicherungsanträgen und -schäden zu unterstützen. Es handelt sich bei diesen Daten um Angaben zu erhöhten Risiken oder um Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten (z. B. Mehrfachabrechnung eines Versicherungsschadens bei verschiedenen Versicherungsunternehmen) hindeuten können.

Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung

Die informa HIS GmbH verarbeitet personebezogene Daten auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f. DSGVO. Dies ist zulässig, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist, sofern nicht die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen.

Die informa HIS GmbH selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Versicherungsvertrages oder über die Regulierung von Schäden. Sie stellt den Versicherungsunternehmen lediglich die Informationen für die diesbezügliche Entscheidungsfindung zur Verfügung.

Herkunft der Daten der informa HIS GmbH

Die Daten im HIS stammen ausschließlich von Versicherungsunternehmen, die diese in das HIS einmelden.

Kategorien der personenbezogenen Daten

Basierend auf der HIS-Anfrage werden von der informa HIS GmbH – abhängig von der Versicherungsart bzw. -sparte – die Daten der Anfrage mit den dazu genutzten personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) bzw. Informationen zum Versicherungsobjekt (z. B. Fahrzeug- bzw. Gebäudeinformationen) sowie das anfragende Versicherungsunternehmen gespeichert. Bei einer HIS-Einmeldung, über die Sie gegebenenfalls von dem Versicherungsunternehmen gesondert informiert werden, speichert die informa HIS GmbH erhöhte Risiken oder Auffälligkeiten, die auf Unregelmäßigkeiten hindeuten können, sofern solche Informationen an das HIS gemeldet wurden. In der Versicherungssparte Leben können dies z. B. Informationen zu möglichen Erschwernissen (ohne Hinweis auf Gesundheitsdaten) und Versicherungssumme/Rentenhöhe sein. Zu Fahrzeugen sind ggf. z. B.

Totalschäden, fiktive Abrechnungen oder Auffälligkeiten bei einer früheren Schadenmeldung gespeichert. Gebäudebezogene Daten sind Anzahl und Zeitraum geltend gemachter Gebäudeschäden.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind ausschließlich Versicherungsunternehmen mit Sitz in Deutschland sowie im Einzelfall im Rahmen von Ermittlungsverfahren staatliche Ermittlungsbehörden.

Dauer der Datenspeicherung

Die informa HIS GmbH speichert Informationen über Personen gem. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO nur für eine bestimmte Zeit.

Angaben über HIS-Anfragen werden taggenau nach zwei Jahren gelöscht.

Für die Speicherfristen bei HIS-Einmeldungen gilt:

- Personenbezogene Daten (Name, Adresse und Geburtsdatum) sowie Fahrzeug- und Gebäudedaten werden am Ende des vierten Kalenderjahres nach erstmaliger Speicherung gelöscht. Sofern in dem genannten Zeitraum eine erneute Anmeldung zu einer Person erfolgt, führt dies zur Verlängerung der Speicherung der personenbezogenen Daten um weitere vier Jahre. Die maximale Speicherdauer beträgt in diesen Fällen 10 Jahre.
- Daten aus der Versicherungssparte Leben werden bei nicht zustande gekommenen Verträgen am Ende des dritten Jahres nach der erstmaligen Speicherung gelöscht

Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat das Recht auf Auskunft, auf Berichtigung, auf Löschung sowie auf Einschränkung der Verarbeitung. Diese Rechte nach Art. 15 bis 18 DSGVO können gegenüber der informa HIS GmbH unter der unten genannten Adresse geltend gemacht werden. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die informa HIS GmbH zuständige Aufsichtsbehörde – Der Hessische Datenschutzbeauftragte, Gustav-Stresemann-Ring 1, 65189 Wiesbaden – zu wenden. Hinsichtlich der Meldung von Daten an das HIS ist die für das Versicherungsunternehmen zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zuständig.

Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, unter der unten genannten Adresse widersprochen werden.

Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die informa HIS GmbH zu Ihrer Person, zu Ihrem Fahrzeug oder zu Ihrem Gebäude gespeichert hat und an wen welche Daten übermittelt worden sind, teilt Ihnen die informa HIS GmbH dies gerne mit. Sie können dort unentgeltlich eine sog. Selbstauskunft anfordern. Wir bitten Sie, zu berücksichtigen, dass die informa HIS GmbH aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch durch Dritte zu vermeiden, benötigt die informa HIS GmbH folgende Angaben von Ihnen:

- Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum
- Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort) sowie ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre
- Ggf. FIN des Fahrzeugs. Bei Anfragen zum Fahrzeug ist die Beifügung einer Kopie der Zulassungsbescheinigung I. oder II. zum Nachweis der Haltereigenschaft erforderlich.
- Bei Anfragen zum Gebäude ist die Beifügung des letzten Versicherungsscheins oder eines sonstigen Dokuments erforderlich, das das Eigentum belegt (z. B. Kopie des Grundbuchauszugs oder Kaufvertrags).

Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises (Vorder- und Rückseite) beifügen, erleichtern Sie der informa HIS GmbH die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter: www.infoma-HIS.de/selbstauskunft/ bei der informa HIS GmbH beantragen.

Kontaktdaten des Unternehmens und des Datenschutzbeauftragten:

informa HIS GmbH
Kreuzberger Ring 68
65205 Wiesbaden

Telefon: 06 11 / 88 08 70 – 0

Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der informa HIS GmbH ist zudem unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter folgender Adresse erreichbar:

his-datenschutz@informa.de.

Information gem. Art 14 EU-DSGVO über die infoscore Consumer Data GmbH („ICD“)

Name und Kontaktdaten der ICD (verantwortliche Stelle) sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der ICD ist unter der o. a. Anschrift, zu Hd. Abteilung Datenschutz, oder per E-Mail unter: datenschutz@arvato-infoscore.de erreichbar.

Zwecke der Datenverarbeitung der ICD

Die ICD verarbeitet und speichert personenbezogene Daten, um ihren Vertragspartnern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen sowie zur Prüfung der Erreichbarkeit von Personen unter den von diesen angegebenen Adressen zu geben. Hierzu werden auch Wahrscheinlichkeits- bzw. Scoringwerte errechnet und übermittelt. Solche Auskünfte sind notwendig und erlaubt, um das Zahlungsausfallrisiko z. B. bei einer Kreditvergabe, beim Rechnungskauf oder bei Abschluss eines Versicherungsvertrages vorab einschätzen zu können. Die Datenverarbeitung und die darauf basierenden Auskunftserteilungen der ICD dienen gleichzeitig der Bewahrung der Auskunftsempfänger vor wirtschaftlichen Verlusten und schützen Verbraucher gleichzeitig vor der Gefahr der übermäßigen Verschuldung. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, zur Risikosteuerung, zur Festlegung von Zahlarten oder Konditionen sowie zur Tarifierung.

Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung der ICD

Die ICD ist ein Auskunftseunternehmen, das als solches bei der zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde gemeldet ist. Die Verarbeitung der Daten durch die ICD erfolgt auf Basis einer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1a i. V. m. Art. 7 Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) oder auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 f DSGVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und sofern die Interessen und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, nicht überwiegen. Die ICD stellt ihren Vertragspartnern die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn eine Einwilligung des Betroffenen vorliegt oder von den Vertragspartnern ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit wirtschaftlichem Risiko gegeben (z. B. Rechnungskauf, Kreditvergabe, Abschluss eines Mobilfunk-, Festnetz- oder Versicherungsvertrages).

Kategorien der personenbezogenen Daten der ICD

Von der ICD werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften), Informationen zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe auch Ziff. 5), zu Schuldnerverzeichniseintragungen, (Privat-) Insolvenzverfahren und zur (Nicht-)Erreichbarkeit unter der angegebenen Adresse sowie entsprechende Scorewerte verarbeitet bzw. gespeichert.

Herkunft der Daten der ICD

Die Daten der ICD stammen aus den amtlichen Insolvenzveröffentlichungen sowie den Schuldnerverzeichnissen, die bei den zentralen Vollstreckungsgerichten geführt werden. Dazu kommen Informationen von Vertragspartnern der ICD über vertragswidriges Zahlungsverhalten basierend auf gerichtlichen sowie außergerichtlichen Inkassomaßnahmen. Darüber hinaus werden personenbezogene Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften) aus den Anfragen von Vertragspartnern der ICD gespeichert.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten der ICD

Empfänger sind ausschließlich Vertragspartner der ICD. Dies sind insbesondere Unternehmen, die ein wirtschaftliches Risiko tragen und ihren Sitz im europäischen Wirtschaftsraum, in Großbritannien und in der Schweiz haben. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um Versandhandels- bzw. eCommerce-, Telekommunikations- und Versicherungsunternehmen, Finanzdienstleister (z. B. Banken, Kreditkartenanbieter), Energieversorgungs- und Dienstleistungsunternehmen. Darüber hinaus gehören zu den Vertragspartnern der ICD Unternehmen, die Forderungen einziehen, wie etwa Inkassounternehmen, Abrechnungsstellen oder Rechtsanwälte.

Dauer der Datenspeicherung der ICD

Die ICD speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit, nämlich solange, wie deren Speicherung i. S. d. Art. 17 Abs. 1 lit. a) DSGVO notwendig ist. Die bei ICD zur Anwendung kommenden Prüf- und Löschfristen entsprechen einer Selbstverpflichtung (Code of Conduct) der im Verband Die Wirtschaftsauskunfteien e. V. zusammengeschlossenen Auskunftseunternehmen.

- Informationen über fällige und unbestrittene Forderungen bleiben gespeichert, so lange deren Ausgleich nicht bekannt gegeben wurde; die Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung wird jeweils taggenau nach vier Jahren überprüft. Wird der Ausgleich der Forderung bekannt gegeben, erfolgt eine Löschung der personenbezogenen Daten taggenau drei Jahre danach.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte (Eintragungen nach § 882c Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 – 3 ZPO) werden taggenau nach drei Jahren gelöscht, jedoch vorzeitig, wenn der ICD eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird.
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren werden taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder nach Erteilung oder Versagung der Restschuldbefreiung gelöscht. Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung werden taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Angaben über Anfragen werden spätestens taggenau nach drei Jahren gelöscht.
- Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger währende Speicherung erforderlich ist.

Betroffenenrechte gegenüber der ICD

Jede betroffene Person hat gegenüber der ICD das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DSGVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DSGVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DSGVO, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DSGVO. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die ICD zuständige Aufsichtsbehörde –Der Landesdatenschutzbeauftragte für den Datenschutz Baden-Württemberg, Königstr. 10a, 70173 Stuttgart – zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DSGVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten. Nach Art. 21 Abs. 1 DSGVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben,

gegenüber der ICD widersprochen werden. Sofern Sie wissen wollen, welche Daten die ICD zu Ihrer Person gespeichert und an wen sie welche Daten übermittelt hat, teilt Ihnen die ICD das gerne im Rahmen einer – unentgeltlichen – schriftlichen Selbstauskunft mit. Die ICD bittet um Ihr Verständnis, dass sie aus datenschutzrechtlichen Gründen keinerlei telefonische Auskünfte erteilen darf, da eine eindeutige Identifizierung Ihrer Person am Telefon nicht möglich ist. Um einen Missbrauch des Auskunftsrechts durch Dritte zu vermeiden, benötigt die ICD folgende Angaben von Ihnen: Name (ggf. Geburtsname), Vorname(n), Geburtsdatum, Aktuelle Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl und Ort), ggf. Voranschriften der letzten fünf Jahre (dies dient der Vollständigkeit der zu erteilenden Auskunft) Wenn Sie – auf freiwilliger Basis – eine Kopie Ihres Ausweises beifügen, erleichtern Sie der ICD die Identifizierung Ihrer Person und vermeiden damit mögliche Rückfragen. Sie können die Selbstauskunft auch via Internet unter <https://www.arvato.com/finance/de/verbraucher/selbstauskunft/selbstauskunft-anfordern.html> beantragen.

Profilbildung/Profiling/Scoring

Die ICD-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring der ICD wird anhand von Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose insbesondere über Zahlungswahrscheinlichkeiten erstellt. Das Scoring basiert primär auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der ICD gespeicherten Informationen. Anhand dieser Daten, von adressbezogenen Daten sowie von Anschriftendaten erfolgt auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren (insbes. Verfahren der logistischen Regression) eine Zuordnung zu Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliches Zahlungsverhalten aufwiesen.

Folgende Datenarten werden bei der ICD für das Scoring verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Berechnung mit einfließt: Daten zum vertragswidrigen Zahlungsverhalten (siehe Ziff. 4. u. 5.), zu Schuldnerverzeichnis-Eintragungen und Insolvenzverfahren (siehe Ziff. 4. u. 5.), Geschlecht und Alter der Person, adressbezogene Daten (Bekanntsein des Namens bzw. des Haushalts an der Adresse, Anzahl bekannter Personen im Haushalt (Haushaltsstruktur), Bekanntsein der Adresse), Anschriftendaten (Informationen zu vertragswidrigem Zahlungsverhalten in Ihrem Wohnumfeld (Straße/Haus)), Daten aus Anfragen von Vertragspartnern der ICD. Besondere Kategorien von Daten i.S.d. Art. 9 DSGVO (z. B. Angaben zur Staatsangehörigkeit, ethnischen Herkunft oder zu politischen oder religiösen Einstellungen) werden von ICD weder gespeichert noch bei der Berechnung von Wahrscheinlichkeitswerten berücksichtigt. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DSGVO, also z. B. die Einsichtnahme in die bei der ICD gespeicherten Informationen nach Art. 15 DSGVO, hat keinen Einfluss auf das Scoring. Die ICD selbst trifft keine Entscheidungen über den Abschluss eines Rechtsgeschäfts oder dessen Rahmenbedingungen (wie z. B. angebotene Zahlarten), sie unterstützt die ihr angeschlossenen Vertragspartner lediglich mit ihren Informationen bei der diesbezüglichen Entscheidungsfindung. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit sowie die darauf basierende Entscheidung erfolgt allein durch Ihren Geschäftspartner.

Einwilligung in die Verarbeitung Ihrer Daten zur Beratung (Werbeeinwilligung)

Damit Sie von uns oder den anderen Unternehmen unserer Gruppe, die an einer gemeinsamen Datenverarbeitung teilnehmen sowie zuständigen Außendienstmitarbeitern in allen Fragen der Finanzdienstleistungen (z.B. Versicherungen, Bauspar- und Baufinanzierungsprodukte, Fonds- und andere Finanzanlagen) umfassend beraten werden können, erklären Sie sich mit Ihrer Unterschrift unter dem Versicherungsantrag damit einverstanden, dass wir den betreffenden Unternehmen bzw. deren zuständigen Außendienstmitarbeitern die für die Kontaktaufnahme und Durchführung der Beratung erforderlichen Angaben zur dortigen Datenverarbeitung und Nutzung übermitteln.

Übermittelt werden dürfen (einzelne Datenkategorien können gestrichen werden):

1. Personalien (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Familienstand, Beruf oder vergleichbare Daten)
2. Vertragsdaten (Versicherungsdauer, Versicherungssumme, versichertes Risiko, Leistungsumfang, Risikoorde oder vergleichbare Daten)

In diesem Rahmen entbinden Sie uns zugleich von unserer Verschwiegenheitspflicht.

Mit Ihrer Unterschrift unter dem Versicherungsantrag erklären Sie sich außerdem damit einverstanden, dass die betreffenden Unternehmen die erhaltenen Daten zur Markt- und Meinungsforschung nutzen dürfen.

Die vorstehenden Erklärungen sind freiwillig und können ohne Einfluss auf den Versicherungsvertrag jederzeit für die Zukunft widerrufen werden.

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

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 eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. 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.

2. 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.

3. 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. 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.

4. 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 Vertragsabschluss. 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.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters 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 Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

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,
- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Basler Sachversicherungs-Aktiengesellschaft
Basler Straße 4
61352 Bad Homburg v. d. H.
Telefaxnummer: 06172 125456
E-Mail-Adresse: info@basler.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, x 1/360 der Jahresprämie.

Die Höhe der Jahresprämie entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. Ihrer individuellen Vertragsinformation. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. 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. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
5. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
6. a) gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
b) alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;

8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Abschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Unternehmen:
Basler Sachversicherungs-AG, Deutschland

Produkt:
Basler ReAktivierer

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen 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 und – sofern vereinbart – bestimmte schwere Erkrankungen. Ein Unfall liegt z. B. vor, wenn die versicherte Person sich verletzt, weil sie stolpert, ausrutscht oder stürzt.
- ✓ Um die Folgen zu mildern, bieten wir folgende Leistungsarten:

Assistance

- ✓ Unterstützung bei allen Tätigkeiten und Pflichten des täglichen Lebens
- ✓ Bei Hilfebedürftigkeit nach Unfällen und/oder schweren Erkrankungen. Hierzu zählen z. B.:
 - ✓ Organisation und Kostenübernahme von Wohnungsreinigung und Wäscheservice
 - ✓ Begleitung bei Arzt- und Behördengängen
 - ✓ Fahrtkostenübernahme im Rahmen der Behandlung
 - ✓ Vermittlung und Kostenübernahme von Hausmeisterdiensten und Haustierbetreuung

Reha-Management und Therapien

- ✓ Professionelle und persönliche Begleitung rund um die Rehabilitation und Kostenübernahme für spezielle Behandlungen und Therapien nach bestimmten schweren Unfallverletzungen und Erkrankungen. Dies umfasst u.a.:
- ✓ Medizinische und berufliche Reha-Beratung und Unterstützung
- ✓ Pflegeberatung
- ✓ Wohnungsberatung (Umbau/Umzug) und Organisation
- ✓ Kostenübernahme für
 - ✓ die Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung
 - ✓ einen Personaltrainer
 - ✓ besondere Therapien, wie Logopädie, Osteopathie, TCM (traditionelle chinesische Medizin) und Schmerztherapie

Versicherungssumme

- ✓ Die Leistungsarten und die Versicherungssummen dazu vereinbaren wir mit Ihnen im Versicherungsvertrag



Was ist nicht versichert?

- ✗ Die Kostenübernahme für Haus- oder KFZ-Umbauten
- ✗ Kosten für die ärztliche Heilbehandlung, für die Ihre Krankenversicherung leistungspflichtig ist.
- ✗ Hilfebedürftigkeit, die bereits vor Vertragsbeginn bestand



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Nicht alle denkbaren Fälle sind versichert.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind zum Beispiel:

- ! Depressionen, die nach einem Unfall eintreten;
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat;
- ! Gesundheitsschäden, wenn die versicherte Person den Unfall vorsätzlich herbeigeführt. Gleiches gilt für einen Selbsttötungsversuch.

Im Rahmen von Reha-Management und Therapien werden die Leistungen nur für die Krankheiten und schweren Unfallverletzungen erbracht, die in den Bedingungen aufgelistet sind (z. B. Herzinfarkt, Krebs, Schlaganfall, Erblindung, Schienbeinfraktur, vordere oder hintere Kreuzbandruptur, Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur), Rückenmarksverletzung mit inkompletter Querschnittlähmung, Verbrennungen ab III. Grades von mindestens 10 % der Körperoberfläche).

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



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen im Antragsformular wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Nach einem Unfall müssen Sie einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zahlen müssen, ist im Versicherungsschein genannt. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Wann die Versicherung beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig und vollständig gezahlt haben. Die Versicherung gilt für die zu nächst vereinbarte Dauer. Wenn nicht anders vereinbart, verlängert sie sich danach automatisch um jeweils ein weiteres Jahr, wenn Sie oder wir sie nicht kündigen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie oder wir können den Vertrag zum Ende der vereinbarten Dauer kündigen (das muss spätestens drei Monate vorher geschehen). 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.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Basler ReAktivierer (2015)

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner. Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein. Als Versicherer erbringen wir die vertraglich vereinbarten Leistungen. Über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes informieren wir Sie mit den nachfolgenden Versicherungsbedingungen. Diese bilden die Grundlage unseres Vertrages. Bitte heben Sie Ihre Vertragsunterlagen sorgfältig auf.

A Welche Leistungen sind in diesem Vertrag versichert?

- 1 Assistance (Hilfeleistungen)
- 2 Reha-Management und Therapien

B Wann leisten wir? (Definition der Leistungsauslöser)

- 3 Unfall
- 4 Schwere Unfallverletzungen
- 5 Schwere Erkrankungen

C Welche Leistungen werden im Detail erbracht?

- 6 Assistance (Hilfeleistungen)
- 7 Reha-Management
- 8 Therapien

D Hinweise zur Leistungszahlung und Versicherbarkeit

- 9 Leistungsdauer
- 10 Leistungshöhe
- 11 Welche Auswirkung haben bestehende Krankheiten oder Gebrechen auf die Versicherungsleistungen?
- 12 Welche Personen sind nicht versicherbar?

E Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

- 13 Welche Obliegenheiten sind nach einem Versicherungsfall zu erfüllen?
- 14 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 15 Wann sind die Leistungen fällig?

F Vertragslaufzeit und Prämie

- 16 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

- 17 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?
Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?

G Weitere Bestimmungen

- 18 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 19 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- 20 Wann verjähren Ansprüche aus dem Vertrag?
- 21 Welches Gericht ist zuständig?
- 22 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?
- 23 Welches Recht findet Anwendung?

A Welche Leistungen sind in diesem Vertrag versichert?

1 Assistance (Hilfeleistungen)

Ist die versicherte Person aufgrund einer körperlichen Beeinträchtigung durch einen Unfall nach Ziffer 3 hilfebedürftig und nicht in der Lage den Alltag wie bisher zu meistern, sorgen wir dafür, dass sie – ihren Bedürfnissen entsprechend – Hilfe bei allen Tätigkeiten und Pflichten des täglichen Lebens erhält. Sei es durch Hilfe im Haushalt, bei der Kinderbetreuung oder erforderliche Fahrdienste zu Ärzten oder Behandlungen. Für diese Leistungen beauftragen wir einen Dienstleister. Eine Aufstellung aller versicherten Leistungen finden Sie unter Ziffer 6 dieser Versicherungsbedingungen.

Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen Unfall und/oder einer der schweren Erkrankungen in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

Diese Leistungen sind immer Bestandteil des Basler ReAktivierers.

Sofern zusätzlich beantragt gelten diese Leistungen auch bei schweren Erkrankungen. Welche das genau sind, können Sie unter Ziffer 5 lesen.

2 Reha-Management und Therapien

Diese Leistungen sind versichert, sofern sie zusätzlich in den Vertrag eingeschlossen wurden. Einen Hinweis auf diese Leistungen finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

2.1 Reha-Management

Nach einer schweren Unfallverletzung (gemäß Ziffer 4) ist es oft schwer sich wieder in den Alltag zu integrieren. Sei es zur Genesung die richtigen Ärzte oder Therapien zu finden, wieder ins Berufsleben einzusteigen oder sich auf ein neues Leben mit einer dauerhaften Behinderung einzustellen. Die richtigen Ansprechpartner im Gesundheitsbereich oder bei Behörden und Ämtern zu finden ist eine zusätzliche Belastung. Hierbei wird der versicherten Person ein fachlich kompetenter Reha-Manager helfen, welcher mit Rat und Tat zu allen gesundheitlichen und therapeutischen Möglichkeiten zur Seite steht. Auch bei Fragen zum Sozialrecht unterstützt er. Detaillierte Leistungen hierzu finden Sie unter Ziffer 7 dieser Versicherungsbedingungen.

Sofern zusätzlich beantragt gelten diese Leistungen auch bei schweren Erkrankungen. Welche das genau sind, können Sie unter Ziffer 5 lesen.

2.2 Therapien

Nach einer schweren Unfallverletzung (gemäß Ziffer 4) den richtigen Arzt oder die richtige Therapie zu finden um schnell wieder gesund zu werden ist oftmals schwer. Die Krankenkassen übernehmen nicht jede Therapie, welche zum Erfolg führen kann oder leisten nur anteilig dafür. Wir wollen hierbei unterstützen und übernehmen vom Arzt empfohlene Therapien gemäß Ziffer 8 über die Leistungen der Krankenkassen hinaus.

Sofern zusätzlich beantragt gelten diese Leistungen auch bei schweren Erkrankungen. Welche das genau sind, können Sie unter Ziffer 5 lesen.

B Wann leisten wir? (Definition der Leistungsauslöser)

3 Unfall

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt rund um die Uhr. Beachten Sie aber, dass die versicherten Leistungen aus diesem Vertrag nur innerhalb der Bundesrepublik Deutschland erbracht werden.

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) liegt ein Unfall nur dann vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Wir bieten Ihnen einen wesentlich umfangreicheren Versicherungsschutz.

3.1 Für uns gilt auch als Unfall bzw. versichert sind auch:

3.1.1 Durch erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen verursachte

- Bauch- und Unterleibsbrüche (z.B. Leistenbrüche)
- Verrenkungen von Gelenken
- Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln
- Knochenbrüche.

Es besteht auch Versicherungsschutz, wenn die genannten Verletzungen durch eine sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund (DOSB) anerkannten Sportarten entstanden sind.

3.1.2 Eine Gesundheitsschädigung, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

3.1.3 Ein Oberschenkelhalsbruch, unabhängig von der Ursache.

3.1.4 Wenn die versicherte Person von einer Zecke gestochen wird. Hat die versicherte Person wegen der Folgen eines Zeckenstichs einen Arzt

konsultiert, muss uns das unverzüglich mitgeteilt werden. Als Unfalltag gilt die erstmalige Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

3.1.5 Eine durch eine Unfallverletzung entstandene Infektion durch eindringende Krankheitserreger.

Hierzu gehören auch Tollwut, Wundstarrkrampf und Blutvergiftungen. Ausgeschlossen sind Infektionen, wenn die Krankheitserreger durch Insektenstiche oder -bisse (mit Ausnahme von Zeckenstichen) oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen in den Körper gelangen.

Auch besteht Versicherungsschutz für Infektionen bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, in den Körper gelangt sind.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person verursacht sind, besteht Versicherungsschutz nur, wenn diese durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

3.1.6 Eine Gesundheitsschädigung, die durch eine Schutzimpfung verursacht wurde (Impfschaden).

Weiter ist versichert die erstmalige Infektion mit einer Krankheit trotz vorheriger Schutzimpfung. Ist die mögliche Schutzimpfung für die Infektion nicht erfolgt, nicht mehr aktiv oder die erforderlichen Auffrischungen wurden nicht vorgenommen, gelten im Versicherungsfall die reduzierten Versicherungssummen gemäß Ziffer 11.

Ausgeschlossen bleibt die Erkrankung an Influenza und AIDS.

3.1.7 Wenn die versicherte Person in einer Notsituation, aus der sie sich nicht selbst befreien konnte, durch

- drohendes Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren
 - Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- und Sauerstoffentzug
 - Entzug von ärztlich verordneten Medikamenten
 - Sonnenbrand und Sonnenstich
- Gesundheitsschäden erleidet.

3.1.8 Ein tauchtypischer Gesundheitsschaden, wie z.B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung, Lungenüberdruckunfall, Tiefenrausch, Blaukommen, Barotrauma oder Hyperventilation, solange die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren beachtet wurden.

3.1.9 Eine Gesundheitsschädigung durch

- die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z.B. Nahrungsmittelvergiftungen)

- eine Alkoholvergiftung bei Kindern bis zur Vollendung des 10. Lebensjahres
 - mechanische, chemische oder elektrische Einwirkung
 - Explosions- und sonstige Druckwellen
 - Strahleneinwirkung (außer Kernenergie)
 - die Einatmung schädlicher Stoffe
- Ausgeschlossen bleiben allmählich erlittene Gesundheitsschäden und Berufskrankheiten. Die Gesundheitsschäden gelten als allmählich eingetreten, wenn die versicherte Person den genannten Einwirkungen länger als 10 Stunden ausgesetzt war.
- 3.1.10 Ein Gesundheitsschaden durch ein Höhenlungenödem (HAPE) oder Höhenhirnödem (HACE) aufgrund akuter Höhenkrankheit (AMS).
- 3.1.11 Wenn die versicherte Person einen Unfall gemäß Ziffer 3 Absatz 2, durch eine Bewusstseinsstörung:
- aufgrund eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls (die direkt durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall verursachten Gesundheitsschäden bleiben aber ausgeschlossen)
 - nach der ordnungsgemäßen Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten
 - aufgrund eines epileptischen Anfalls oder sonstigen Krampfanfalls
 - in Folge von Trunkenheit; bei der Teilnahme am Straßenverkehr bis maximal 1,5‰ Blutalkoholgehalt
 - aufgrund Übermüdung (Schlaftrunkenheit) oder Einschlafen infolge einer Übermüdung
 - oder durch eine sonstige Bewusstseinsstörung erleidet.
- 3.1.12 Unfälle der versicherten Person als Fahrer oder Mitfahrer bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit (Oldtimer, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten) ankommt.
- Ausgeschlossen sind Unfälle bei Fahrtveranstaltungen mit Motorfahrzeugen, einschließlich zugehöriger Übungsfahrten, bei denen es auch nur teilweise auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt Abweichend hiervon besteht Versicherungsschutz für das Fahren mit Leihkarts auf öffentlichen Kartbahnen in Deutschland.
- 3.1.13 Sportunfälle sind versichert für Vertragsamateure und Vertragssportler, solange sie Sport unterhalb der ersten, bei Handball und Eishockey unterhalb der zweiten und Fußball unterhalb der dritten Spiel- bzw. Leistungsklasse ausüben.
- Nicht mitversichert sind Sportunfälle als Berufssportler, einschließlich Sportförderung und entsprechende Tätigkeiten innerhalb von Polizei, Bundeswehr und ähnlichem, unabhängig von den in Abs. 1 genannten Spiel- bzw. Leistungsklassen.
- 3.1.14 Gesundheitsschäden, die die minderjährige oder entmündigte versicherte Person durch einen Unfall
- bei der Herstellung oder dem Gebrauch selbstgebauter Feuerwerkskörper erleidet. Voraussetzung ist, dass mit dem Feuerwerkskörper keine Sachbeschädigung oder Körperverletzung beabsichtigt wurde.
 - beim Führen eines Land- oder Wasserfahrzeugs ohne gültige Fahrerlaubnis oder beim unbefugten Gebrauch eines Fahrzeugs (§ 248 b StGB, s. Anhang) erleidet. Voraussetzung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.
- Unberührt hiervon bleibt der Ausschluss von Straftaten gemäß Ziffer 3.2.2 .
- 3.1.15 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, sofern die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
- Sofern und solange es der versicherten Person trotz aller Bemühungen und aus von ihr nicht zu vertretenden Gründen unmöglich ist, das Gebiet des Staates früher zu verlassen, verlängert sich die Frist um weitere 7 Tage.

Dies gilt jedoch nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht sowie für Personen, die sich in Erwartung eines eventuellen Kriegs oder Bürgerkriegs in das Krisengebiet begeben.

Kein Versicherungsschutz besteht bei der aktiven Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Versichert sind aber Unfallfolgen durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien verübt werden, sowie durch gewalttätige Auseinandersetzungen und innere Unruhen, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

- 3.2 Kein Leistungsanspruch besteht für:
- 3.2.1 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie, ein gesetzlicher Vertreter oder ein Sorgeberechtigter diese vorsätzlich herbeigeführt haben. Ebenso besteht kein Versicherungsschutz, wenn sich die versicherte Person eine Gesundheitsschädigung selbst beigebracht oder einen Unfall vorsätzlich herbeigeführt hat. Gleiches gilt für einen Selbsttötungsversuch.
- 3.2.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht auszuführen.
- 3.2.3 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 3 Absatz 2 die überwiegende Ursache ist.
- 3.2.4 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für psychische und nervöse Störungen der versicherten Person, die durch eine unfallbedingte, organische Störung des Hirnnervensystems oder eine unfallbedingt neu entstandene Epilepsie herbeigeführt wurden. Ausgeschlossen bleiben Depressionen, posttraumatische Belastungsstörungen und mittelbare Unfallfolgen.

4 Schwere Unfallverletzungen

- Als schwere Unfallverletzungen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten die nachfolgend aufgeführten Verletzungen, die als Folge eines versicherten Unfalls nach Ziffer 3 entstanden sind:
- 4.1 Schädelhirntrauma mindestens II. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- 4.2 vollständiger Verlust der Stimme
- 4.3 vollständiger Hörverlust auf beiden Ohren (Taubheit)
- 4.4 vollständige Erblindung oder Verlust eines Auges
- 4.5 komplette Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- 4.6 Rückenmarksverletzung mit incompletter Querschnittlähmung
- 4.7 Fraktur von mindestens zwei Wirbelkörpern
- 4.8 Beckenringfrakturen Typ 2 und 3 mit Instabilität, z.B. dislozierte (disloziert = verschoben oder verlagert) doppelseitige vordere oder hintere Beckenringfraktur mit und ohne Symphysensprengung oder einseitige vordere Beckenringfraktur mit Symphysensprengung oder ISF Sprengung etc.
- 4.9 Oberschenkelhals- und Oberschenkelchaftfraktur
- 4.10 Wadenbein- oder Schienbeinfraktur
- 4.11 Amputationen ab Fußgelenk
- 4.12 vordere oder hintere Kreuzbandruptur
- 4.13 Achillessehnenruptur
- 4.14 Sprunggelenksfrakturen Weber B (Fraktur auf Höhe der Syndesmose, Syndesmose intakt oder rupturiert) und C (Fraktur oberhalb der Syndesmose, Syndesmose auf jeden Fall verletzt)
- 4.15 Handgelenksfraktur (distale Radiusfraktur)
- 4.16 Amputation ab Handgelenk
- 4.17 Oberarmkopffraktur, Oberarmschaftfraktur

- 4.18 Schulterreckgelenksprengung Tossy III (Komplexruptur der gesamten schulterstabilisierenden Bandstrukturen)
- 4.19 Verbrennungen ab II. Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche
- 4.20 Verbrennungen ab III. Grades von mindestens 10% der Körperoberfläche
- 4.21 Verlust einer Niere

5 Schwere Erkrankungen

Die in den folgenden Definitionen genannten Ärzte bzw. Fachärzte sind qualifizierte Ärzte im Sinne der Versicherungsbedingungen. Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (ggf. auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.

Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigelegt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

Sofern vertraglich vereinbart, bieten wir Versicherungsschutz für die während der Wirksamkeit des Vertrages eintretenden schweren Erkrankungen bzw. vorgenommenen medizinischen Eingriffe:

- 5.1 Krebs
- Ein bösartiger Tumor, für den unkontrolliertes Wachstum, die Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und die Zerstörung von gesundem Gewebe charakteristisch sind. Hierunter fallen auch Leukämie und Lymphknotenkrebs (Lymphom).
- Ausgeschlossen sind:
- nicht invasive (eindringende) Carcinoma-in-situ aller Hautkreberkrankungen; malignen (bösartige) Melanome mit einer Tumordicke von weniger als 1,5 mm nach Breslow oder Clark. Level 3 sind jedoch versichert;
 - Gebärmutterhalskrebs CIN-1, CIN-2, CIN-3;
 - frühes Stadium des Prostatakarzinoms (TNM Klassifikation: T1).

Die Diagnose muss aufgrund einer Gewebshistologie durch einen Arzt für Onkologie nachgewiesen werden.

Es besteht kein Versicherungsschutz für Krebs, der innerhalb der ersten drei Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Erhöhung des Versicherungsschutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wird.

Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

- 5.2 Herzinfarkt
- Das erste Auftreten eines Herzinfarktes, d.h. das Absterben eines Teiles des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und durch typische Brustschmerzen, erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden.

Ausgeschlossen ist Angina Pectoris.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein Herzinfarkt (auch Myokardinfarkt) tritt auf, wenn infolge mangelnder Sauerstoffversorgung ein Bereich des Herzmuskels abstirbt. Ursache hierfür ist ein plötzlicher Verschluss einer Herzkranzarterie.

5.3	<p>Schlaganfall</p> <p>Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt, der aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen wird. Ein dauerhafter Verlust neurologischer Fähigkeiten ist ebenfalls ärztlich nachzuweisen.</p> <p>Ausgeschlossen sind Transitorische Ischämische Attacken (TIA).</p> <p>Vereinfachte Erläuterung:</p> <p>Das Gehirn kontrolliert alle Funktionen des Körpers. Verletzungen in diesem Bereich können daher ernsthafte Auswirkungen haben. Ein Schlaganfall (auch Hirninfarkt) tritt auf, wenn das Gehirn stark durch interne Blutungen geschädigt wurde bzw. wenn die Blut- und Sauerstoffversorgung durch eine verstopfte Arterie unterbunden ist und es somit zu einer akuten Blutleere kommt. Eine transitorische ischämische Attacke (TIA) ist eine Durchblutungsstörung von kurzer Dauer. Die Symptome bilden sich folgenlos innerhalb von 24 Stunden zurück.</p>	<p>Bluttests und die Umstände des Vorfalles müssen uns innerhalb von 10 Tagen nach dem Vorfall gemeldet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Der Nachweis der Infektion durch HI-Viren oder der Gegenwart von HIV-Antikörpern im Blut muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen. – Der Vorfall sowie die HIV-Infektion müssen nach den üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und anerkannt worden sein. 	<p>keit der Operation muss von einem Kardiologen nach den Regeln der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.</p> <p>Vereinfachte Erläuterung:</p> <p>Eine Bypass-Operation ist erforderlich, wenn eine oder mehrere Arterien, welche das Herz mit Blut versorgen, verengt oder verstopft sind. Bei dem Eingriff wird nach medizinischer Praxis (Stand 2004) eine Vene aus dem Oberschenkel oder aus der Brustwand des Patienten entnommen und dazu genutzt, das Blut an der blockierten Stelle des Herzens vorbeizuleiten.</p>
5.4	<p>Nierenversagen</p> <p>Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.</p> <p>Vereinfachte Erläuterung:</p> <p>Aufgabe der Nieren ist es, Abfallstoffe aus dem Blut zu filtern. Wenn die Nieren nicht richtig funktionieren, sammeln sich die Abfallstoffe im Körper an, was zu lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen führen kann. Sofern eine Niere ausfällt, kann die zweite Niere die Aufgabe mit übernehmen. Sobald aber beide Nieren nicht mehr in der Lage sind, das Blut zu filtern, muss diese Aufgabe durch eine Dialysemaschine übernommen werden bzw. ist eine Organtransplantation erforderlich.</p>	<p>5.7 HIV-Infektion infolge einer Bluttransfusion</p> <p>Infektion mit dem HI-Virus oder Diagnose von Aids durch die Verabreichung einer infizierten Bluttransfusion nach Abschluss des Versicherungsvertrags. Die Serokonversion (erstmaliges Auftreten erregerspezifischer Antikörper im Serum nach einer Infektion) muss innerhalb von 6 Monaten nach der Transfusion erfolgt sein. Die Institution, welche die Bluttransfusion veranlasst hat, muss eine offiziell registrierte und von den Gesundheitsbehörden anerkannte und für Bluttransfusionen autorisierte Institution sein. Der Sachverhalt muss von einem Facharzt für Labormedizin bestätigt werden.</p>	<p>5.12 Kinderlähmung (Poliomyelitis)</p> <p>Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.</p> <p>Vereinfachte Erläuterung:</p> <p>Kinderlähmung ist eine akute infektiöse Erkrankung, die sich durch Muskellähmung aufgrund einer Zerstörung von Zellen im Rückenmark oder Hirnstamm auszeichnet. Bedingt durch die auftretenden Lähmungen, die eine oder mehrere Extremitäten oder Muskelgruppen betreffen, kann es zu Muskelschwund mit anschließender Deformation kommen, wenn keine Heilung zu erzielen ist. In früheren Zeiten war diese Krankheit die häufigste Ursache einer Lähmung bei Kindern und wurde aus diesem Grund als „Kinderlähmung“ bezeichnet.</p>
5.4	<p>Nierenversagen</p> <p>Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.</p> <p>Vereinfachte Erläuterung:</p> <p>Aufgabe der Nieren ist es, Abfallstoffe aus dem Blut zu filtern. Wenn die Nieren nicht richtig funktionieren, sammeln sich die Abfallstoffe im Körper an, was zu lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen führen kann. Sofern eine Niere ausfällt, kann die zweite Niere die Aufgabe mit übernehmen. Sobald aber beide Nieren nicht mehr in der Lage sind, das Blut zu filtern, muss diese Aufgabe durch eine Dialysemaschine übernommen werden bzw. ist eine Organtransplantation erforderlich.</p>	<p>5.8 Transplantation eines Hauptorgans</p> <p>Erfolgte vollständige Transplantation bzw. offizielle Registrierung auf der Warteliste für Transplantationen für Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse oder Knochenmark. Die medizinische Notwendigkeit der Transplantation muss von einem Facharzt nach den einschlägigen medizinischen Regeln bestätigt werden und die versicherte Person Empfänger/in sein. Ausgeschlossen sind Stammzelltransplantationen.</p> <p>Vereinfachte Erläuterung:</p> <p>Schwere Erkrankungen oder Verletzungen können Organe so stark schädigen, dass eine Behandlung nur durch die Entfernung des kranken und die Transplantation eines gesunden Organs möglich ist. Für viele Organe bestehen lange Wartelisten, da nicht ausreichend Transplantate zur Verfügung stehen.</p>	<p>5.13 Prothetische Versorgung großer Gelenke</p> <p>Eine prothetische Versorgung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn es nach Vertragsbeginn zu einer akuten Verschlechterung einer bestehenden oder zu einer neuen Erkrankung an den großen Gelenken (Hand-, Ellenbogen-, Schultergelenk; Fuß-, Knie-, Hüftgelenk) kommt, die operativ prothetisch versorgt werden muss.</p>
5.5	<p>Erbblindung</p> <p>Der endgültige und vollständige Verlust des Sehvermögens beider Augen, der nicht durch medizinische oder optische Maßnahmen verbessert werden kann. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden.</p>	<p>5.9 Operationen der Herzklappen</p> <p>Die erste offene oder endoskopische Herzklappenchirurgie, ausgeführt um eine oder mehrere Herzklappen zu ersetzen oder zu reparieren, als Folge von Schäden, die allein durch intraarterielle Katheterverfahren nicht behoben werden können. Die Chirurgie muss auf Empfehlung eines behandelnden Kardiologen hin erfolgen.</p> <p>Vereinfachte Erläuterung:</p> <p>Wenn eine Herzklappe nicht richtig funktioniert, weil sie verengt ist oder nicht vollständig schließt, kann eine Operation erforderlich sein. Hierbei wird die betroffene Herzklappe wiederhergestellt bzw. durch eine künstliche Herzklappe ersetzt.</p>	<p>Allgemeiner Hinweis:</p> <p>Es besteht kein Versicherungsschutz für Ansprüche, die darauf beruhen, dass dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung eine der vorgenannten versicherten Erkrankungen bekannt bzw. ein medizinischer Eingriff angetreten oder geplant war.</p>
5.6	<p>Berufsbedingte HIV-Infektionen</p> <p>Die HIV-Infektion muss nach Versicherungsbeginn</p> <ul style="list-style-type: none"> – durch eine Verletzung oder – durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit <p>während der Ausübung der Berufstätigkeit (Vorfall) in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ärzte und Zahnärzte – Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten – Krankenschwestern und -pfleger – Arzthelferinnen und -helfer – Zahnarzthelferinnen und -helfer – Sanitäter/-innen – Personal in medizinischen Laboren – Angehörige der Polizei und des Bundesgrenzschutzes – Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr – Gefängnispersonal – Hebammen und Entbindungspfleger – Wäschereipersonal im Krankenhaus – Krankenhauspersonal – Reinigungspersonal im Krankenhaus – Personal bei Beerdigungsinstituten <p>Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die versicherte Person muss innerhalb von 36 Stunden nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HI-Viren oder von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt. Die Bestätigung dieses 	<p>5.10 Operation der Aorta</p> <p>Operativer Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta aufgrund einer lebensgefährlichen Gefäßerkrankung. Die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs aus diesem Grund muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt werden. Beispiele versicherter Eingriffe sind Eingriffe an der Aortenbifurkation, chirurgisches Einbringen von Gefäßprothesen bei Aortenaneurysma oder Aortendissektion.</p> <p>Ausgeschlossen sind das Einbringen von minimal invasiven Stents und Eingriffe an den Seitenästen der Aorta.</p> <p>Vereinfachte Erläuterung:</p> <p>Die Aorta ist die Hauptschlagader des Körpers und liegt im Brustkorb bzw. Bauchraum. Sie versorgt über von ihr abgehende Arterien den gesamten Körper mit sauerstoffreichem Blut. Die Aorta kann durch Gefäßverkalkungen (Arteriosklerose), die sich an den Gefäßwänden ablagern, verengt sein. Ausbuchtungen der Gefäßwände (sog. Aneurysmen) können eine Erweiterung der Aorta verursachen, was ebenfalls eine operative Behandlung erforderlich macht.</p> <p>5.11 Bypass-Operation</p> <p>Operation am offenen Herzen zur Beseitigung von Verengungen und Verschlüssen einer oder mehrerer Herzkranzgefäße mittels Anlage von Bypassgefäßen. Die medizinische Notwendig-</p>	<p>C Welche Leistungen werden im Detail erbracht?</p> <p>Nachfolgend haben wir beschrieben welche konkreten Leistungen aus dem Vertrag erbracht werden können.</p> <p>6 Assistance (Hilfeleistungen)</p> <p>Voraussetzung für die Leistungen ist eine Hilfebedürftigkeit nach einem Unfall oder einer schweren Erkrankung sofern dies zusätzlich vereinbart wurde. Die Hilfebedürftigkeit müssen Sie unverzüglich bei uns geltend machen.</p> <p>Die Kosten übernehmen wir bis zu einer Summe von 10.000 EUR für eine Dauer von bis zu 1 Jahr ab dem Tag des Unfalls, bei schweren Erkrankungen ab dem Tag der ersten Diagnose und bei medizinischen Eingriffen ab dem Operationstag.</p> <p>6.1 Welche Hilfeleistungen sind versichert?</p> <p>Der von uns beauftragte Dienstleister stellt in einem telefonischen Erstgespräch, soweit erforderlich in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt, den individuellen Unterstützungsbedarf unter Berücksichtigung des häuslichen und sozialen Umfeldes fest. Der erstellte Leistungsplan muss von uns genehmigt werden.</p> <p>Der Dienstleister beauftragt und koordiniert alle Hilfe- und Pflegeleistungen entsprechend der versicherten Leistungen und überprüft deren Ausführung und Anpassungsbedarf im Verlauf des Versicherungsfalls. Dabei wird die versicherte Person auch zu eventuellen Leistungsansprüchen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung oder Pflegekasse informiert und bedarfsgerecht beraten.</p> <p>6.1.1 Grundpflege</p> <p>Die versicherte Person erhält eine Grundpflege. Diese umfasst:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Körperpflege inklusive Teil- oder Ganzwaschungen – An- und Auskleiden

- Hilfe beim Verrichten der Notdurft
 - Lagerung im Bett
 - Zubereitung und Hilfe bei den Mahlzeiten.
- Gleichzeitig mit der Erbringung unserer Leistungen zur Grundpflege kann ein Pflegenotruf eingerichtet werden, sofern örtlich möglich. Über diesen 24-Stunden-Notruf kann im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur persönlichen Hilfeleistung alarmiert werden.

Wenn Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden, enden unsere Leistungen.

- 6.1.2 **Menüservice**
Diese Leistung umfasst die tägliche Anlieferung einer warmen Hauptmahlzeit aus dem angebotenen Menüsortiment an die versicherte Person. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs als Tiefkühlkost jeweils wochenweise (sieben Menüs) angeliefert. Die Kosten übernehmen wir für bis zu sechs Monate.
- 6.1.3 **Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung**
Die Wäsche und Kleidung der versicherten Person wird einmal wöchentlich gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen auch Trocknen, Bügeln und Einsortieren der Wäsche und Kleidung sowie die Pflege ihrer Schuhe. Die Kosten übernehmen wir für bis zu sechs Monate.
- 6.1.4 **Wohnungsreinigung**
Der versicherten Person wird einmal pro Woche ihre Wohnung oder ihr Haus (Wohn-, Schlaf-, Küche, Bad und Toilette) im üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass sich die Wohnung vor dem Versicherungsfall in einem ordnungsgemäßen Zustand befand. Die Kosten übernehmen wir für bis zu sechs Monate.
- 6.1.5 **Besorgungen und Einkäufe**
Für die versicherte Person werden bis zu zweimal pro Woche für bis zu sechs Monate Einkäufe oder andere notwendige Besorgungen erledigt. Dazu zählen:
– Verfassen eines Einkaufszettels für Waren des täglichen Lebens (inklusive Arzneimittel)
– Einkaufen, Einstellen in den Kühlschrank unter Beachtung von Haltbarkeitszeiten sowie notwendige Besorgungen, z.B. Bank- oder Behördengänge.
Die Kosten für die Einkäufe trägt die versicherte Person selbst.
- 6.1.6 **Mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur**
Der versicherten Person wird ein mobiler Service für Nagel-, Fußpflege oder Friseur vermittelt, sofern örtlich verfügbar. Die Kosten für die Haar-, Nagel- oder Fußpflege trägt die versicherte Person selbst.
- 6.1.7 **Tag und Nachtwache**
Für die versicherte Person wird eine Tag- und Nachtwache für einen Zeitraum von bis zu 48 Stunden nach Entlassung aus einer stationären Behandlung organisiert, wenn aus medizinischen Gründen eine intensive Beaufsichtigung der versicherten Person erforderlich ist. Die hierfür entstehenden Kosten übernehmen wir.
- 6.1.8 **Hausnotrufdienst**
Bei Bedarf wird für bis zu sechs Monate eine Hausnotrufanlage in der Wohnung der versicherten Person installiert. Die erforderlichen technischen Voraussetzungen (Strom- und Telefonanschluss) müssen vorhanden sein. Die hierfür entstehenden Kosten übernehmen wir.
- 6.1.9 **Begleitung bei Arzt- oder Behördenängen**
Die versicherte Person wird bei Arztbesuchen, zur Krankengymnastik und Therapie von unserem Dienstleister begleitet. Ebenso erfolgt die Begleitung zu Behördenängen falls dort persönliches Erscheinen erforderlich ist.
Diese Leistung kann die versicherte Person bis zu zehnmal in Anspruch nehmen.
- 6.1.10 **Familienassistance**
Wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls nicht in der Lage ist, für die Aufrechterhaltung und Weiterführung des Haushalts zu sorgen, erhält die versicherte Person bzw. die mit ihr im Haushalt lebende Familie bei Bedarf eine Familienbetreuung, sofern dies örtlich möglich ist. Diese Leistung umfasst

- die Kinderbetreuung inkl. Freizeitgestaltung, Hausaufgabenbetreuung (nur in der Grundschule). Wir vermitteln und übernehmen die notwendigen Kosten der beauftragten Dienstleister für die Betreuung der Kinder (z.B. Tagesmutter).
- Zubereitung von Mahlzeiten
- Reinigung und Pflege von Wäsche/Kleidung (Waschen, Trocknen, Bügeln, Einsortieren)
- Einkaufen und die übliche Wohnungsreinigung (Wohn- und Schlafräume, Küche, Bad, Toilette).

Die Leistungen werden insgesamt bis zu acht Stunden täglich bis zu vier Wochen lang erbracht, in Notfällen bis zu 24 Stunden am Tag (Als Notfall gelten Situationen innerhalb von 48 Stunden nach Eintritt des Versicherungsfalls).
Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt beginnen die Leistungen bereits mit der Einlieferung ins Krankenhaus.

- 6.1.11 **Fahrtkosten**
Wir übernehmen die notwendigen Kosten für
– Hin- und Rückfahrt zum Kur-, Reha- oder Sanatoriumsaufenthalt. Der Transport zu diesen Aufhalten bzw. von dort zurück nach Hause wird einmalig durchgeführt.
– Taxifahrten, die zur ambulanten Weiterbehandlung oder aufgrund notwendiger Behördengänge erfolgen, falls dort persönliches Erscheinen erforderlich ist. Die Leistung wird gegen Vorlage eines entsprechenden Nachweises erbracht. Sie steht bis zu zweimal in der Woche in einem Umkreis von bis zu 100 Kilometer von ihrem Aufenthaltsort zur Verfügung. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger, z.B. der Krankenversicherer, eintrittspflichtig ist, werden nur die restlichen Kosten übernommen.
- 6.1.12 **Hausmeisterdienste**
Es wird ein Hausmeisterdienst zur Einhaltung der Hausordnung vermittelt. Ist die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls ganz oder teilweise außerstande, die gemäß Mietvertrag übernommenen oder – bei Wohneigentum – notwendigen Streu- und Reinigungspflichten auszuüben, übernehmen wir die Kosten für einen entsprechenden Hausmeisterdienst für bis zu sechs Monate.
- 6.1.13 **Tierbetreuung**
Wenn die versicherte Person aufgrund eines Versicherungsfalls außerstande ist, ihr vorhandenes Haustier zu versorgen, vermitteln wir für gewöhnliche Haustiere (z.B. Hunde, Katzen, Fische, Vögel) die Unterbringung und Versorgung. Die dadurch entstehenden Kosten übernehmen wir bis zu einer Höhe von 1.000 EUR. Ausgenommen sind Kosten für Haustiere, für die eine behördliche Genehmigung nötig ist wie z.B. Reptilien.
- 6.1.14 **Beratung zu Wohnungs- und Kfz-Umbauten**
Wir vermitteln der versicherten Person
– eine Beratung zu behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeuges
– eine Beratung zum behindertengerechten Umbau der Wohnung („barrierefreies Wohnen“).
– ein Umzugsunternehmen zur Durchführung ihres aufgrund eines Versicherungsfalls notwendigen Umzuges (ggf. Möbeleinlagerung oder Wohnungsauflösung)
- 6.1.15 **Pfleges Schulung für Angehörige**
Wir organisieren und übernehmen die Kosten für eine einmalige Pflegeschulung von Angehörigen, falls diese die versicherte Person nach einem Versicherungsfall selbst pflegen wollen.
- 6.1.16 **Pflegeplatzgarantie**
Im Notfall garantieren wir die Vermittlung eines Pflegeplatzes für nicht suizidgefährdete Erwachsene in einer qualitätsgeprüften Pflegeeinrichtung. Es wird ein möglichst ortsnaher Pflegeplatz vermittelt; hierauf besteht aber kein Rechtsanspruch. Die Kosten für die Unterbringung sind von der versicherten Person selbst zu tragen.
- 6.1.17 **Hospizplätze**
Der versicherten Person bzw. deren Angehörigen werden Einrichtungen mit Hospizplätzen benannt.

- 6.1.18 **Juristische Beratung**
Der versicherten Person wird bei Bedarf eine telefonische Erstberatung von zugelassenen Rechtsanwältinnen zu folgenden Rechtsgebieten vermittelt:
– Vertragsrecht (Arzthaftungs- und Medizinrecht)
– Informationsrecht (Recht auf Auskunft, Einsicht und Herausgabe ärztlicher Patientenakten sowie diesbezügliche Datenschutzprobleme).
- 6.1.19 **Ambulante Hilfeleistungen für pflegebedürftige Partner und Verwandte**
Die versicherte Person betreut einen in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder Verwandten 1. Grades in häuslicher Pflege. Wenn sie dazu nach einem Versicherungsfall nicht mehr in der Lage ist, werden die Leistungen der Ziffer 6.1.1 (Grundpflege) auch für die betreute Person erbracht.
Voraussetzung ist, dass für die betreute Person vor dem Versicherungsfall eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und keine andere Person aus dem sozialen Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.
Die aus der Pflegeversicherung erbrachten Sach- oder Geldleistungen werden auf unsere Leistungen angerechnet.

- 7 Reha-Management**
Nach einer schweren Unfallverletzung gemäß Ziffer 4, bzw. Hilfsbedürftigkeit aufgrund einer schweren Erkrankung gemäß Ziffer 5 dieser Versicherungsbedingungen, vereinbart ein Reha-Manager mit der versicherten Person einen zeitnahen Termin für ein persönliches Erstgespräch.
Im Rahmen dieses Erstbesuchs wird ein individuelles Konzept zur Verbesserung der Situation der versicherten Person bzw. deren Wiedereingliederung erstellt. Dabei werden medizinische, berufliche, technische und soziale Belange der versicherten Person berücksichtigt.
Im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall berät der Reha-Manager die versicherte Person auch bei Fragen zum Sozialversicherungsrecht, unterstützt bei der Antragstellung (z.B. beim Ausfüllen von Formularen) gegenüber Behörden und anderen Kostenträgern und informiert über Regressmöglichkeiten.
Der persönliche Reha-Manager begleitet die versicherte Person, soweit erforderlich, während des gesamten Genesungsprozesses bzw. bis alle erforderlichen und möglichen Hilfs- und Behandlungsmaßnahmen abgeschlossen sind, längstens aber für drei Jahre.
Die Kosten für das Reha-Management übernehmen wir. Die Höchstleistung dafür entnehmen Sie bitte der Ziffer 10.
- 7.1 **Medizinische Reha-Beratung**
Nach dem Versicherungsfall nimmt der Reha-Manager Kontakt zu den behandelnden Ärzten und weiteren in die Heilbehandlung eingebundenen Personen auf, um die medizinische Situation der versicherten Person zu klären. Zur Beurteilung der medizinischen Lage wird eine Stellungnahme erarbeitet, die mit Empfehlungen für das weitere Vorgehen verbunden ist. Hier wird besonders geprüft, ob die Notwendigkeit einer besonderen Heilbehandlung besteht. Dabei kommt der Maßstab von § 34, VII. Buch Sozialgesetzbuch (s. Anhang) zur Anwendung.
Unter Einbeziehung der Angehörigen und der behandelnden Ärzte bzw. Therapeuten wird die medizinische Rehabilitation abgestimmt. Es werden Möglichkeiten zur Optimierung angeboten. Die Verlegung in eine geeignete Fachklinik, die anschließende Aufnahme in eine geeignete Reha-Einrichtung oder ambulante Alternativen werden vorgeschlagen. Hierzu werden alle organisatorischen Maßnahmen wie Terminvereinbarung und Transport übernommen.
- 7.2. **Berufliche Reha-Beratung**
Der Reha-Manager unterstützt die versicherte Person bei der Wiedereingliederung in das Berufsleben. Unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten hilft er bei der Erhaltung, Umgestaltung oder Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes.

<p>Er unterstützt die versicherte Person aktiv bei der Suche nach einem neuen Arbeitsplatz. Bei Eignung wird eine selbstständige Tätigkeit der versicherten Person, insbesondere durch eine kontinuierliche Begleitung während der Einarbeitungs- und Umschulungsphase, gefördert.</p> <p>Hierzu gehören</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des Arbeitsmarktes - Entwicklung neuer Berufsziele - Vermittlung notwendiger Maßnahmen zur Berufsfindung - Organisation geeigneter Qualifizierungsmaßnahmen - Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Arbeitsplätzen - Entwicklung individueller Bewerbungsstrategien/-unterlagen - Training von Bewerbungsgesprächen und ggf. Begleitung - Hilfestellung zum Aufbau einer selbstständigen Existenz - Zusammenarbeit mit beteiligten öffentlichen Reha-Trägern - Organisation schulischer Rehabilitation - Nachhilfe (bei Schülern) <p>Im Rahmen der Höchstentschädigung übernehmen wir die Kosten für Maßnahmen der beruflichen Qualifizierung, soweit kein Anspruch gegen einen anderen öffentlichen oder privaten Leistungsträger besteht.</p>	<p>Anschlusskurse unterstützend zur Seite. Die schulischen und sozialen Belange des Kindes und der Familie werden in die Planung miteinbezogen.</p> <p>Im ambulanten Bereich wird der Reha-Manager bei der Auswahl geeigneter Therapien und Therapeuten (z.B. Logopädie, Hippotherapie, Delphintherapie) unterstützen und beraten.</p>	<p>8.3 Kurse wie z.B. Erlernen von Gebärdensprache oder Blindenschrift oder Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes. Die zusätzlichen Kosten hierfür übernehmen wir bis zu 1.000 EUR.</p> <p>8.4 Psychologische Unterstützung (auch für im Haushalt lebende Angehörige 1. Grades) Die zusätzlichen Kosten hierfür übernehmen wir bis zu 1.000 EUR.</p> <p>8.5 Spezialprothesen, Zahnersatz, orthopädische Hilfsmittel, Mobilitätshilfen, Hörgeräte, Sehhilfen, Sprechgeräte (sofern die gesetzliche oder private Krankenversicherung einen Anteil zahlt) Die zusätzlichen Kosten hierfür übernehmen wir bis zu 1.000 EUR.</p> <p>8.6 Ärztlich verordnete Medikamente (sofern die gesetzliche oder private Krankenversicherung einen Anteil zahlt). Die zusätzlichen Kosten hierfür übernehmen wir bis zu 1.000 EUR und einer Selbstbeteiligung von 10% je Versicherungsfall.</p> <p>8.7 Personaltrainer Zur Wiedererreichung der körperlichen Fitness kann bei Bedarf ein Personaltrainer eingesetzt werden. Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu 1.000 EUR.</p> <p>8.8 Für die unter den Ziffern 8.8.1 bis 8.8.12 genannten Therapien und Behandlungsmethoden übernehmen wir die Kosten bis insgesamt 5.000 EUR je Versicherungsfall. Voraussetzung ist eine Selbstbeteiligung der versicherten Person von 10% je Therapie oder Behandlungsmethode. Hierzu zählen:</p>
<p>7.3 Pflegeberatung</p> <p>Bereits im Rahmen der Reha-Maßnahmen werden mit der versicherten Person, deren Ärzten, Therapeuten und Angehörigen die optimalen Pflege- und Betreuungskonzepte zu Hause oder in geeigneten Einrichtungen abgestimmt.</p> <p>Auch in der häuslichen Umgebung unterstützen wir die versicherte Person bei entsprechenden Fragestellungen, des erforderlichen Pflegeumfangs und notwendiger und zweckmäßiger Pflegehilfsmittel.</p>	<p>7.6.1 Pflegeberatung</p> <p>Ziel ist die optimale Pflege und Betreuung des Kindes. Durch erfahrene Pflegekräfte und medizinische Beratung des Reha-Managers erhält das Kind bzw. die Eltern oder Erziehungsberechtigten Empfehlungen zum Pflegeumfang, für die Bereiche Grundpflege, Behandlungspflege, aktivierende Pflege und Betreuungspflege.</p> <p>Bei Bedarf wird eine Neuorganisation der Pflegesituation empfohlen. Hierzu gehört:</p> <ul style="list-style-type: none"> - die Beschaffung angestellter Pflege- bzw. Pflegefachkräfte - die Vermittlung von Pflegeeinrichtungen mit entsprechenden Kostenvergleichen - die Vermittlung von Pflegehilfsmittelversorgung - Hinweise zu Sonderpflegeeinrichtungen für Schwerstverletzte - die Unterstützung gegenüber der Pflegekasse und dem MdK (medizinischer Dienst der Krankenversicherer) <p>Insbesondere bei beatmungspflichtigen Kindern und Jugendlichen bietet der Reha-Manager individuelle Unterstützung bis hin zur Unterbringung in speziellen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche an.</p>	<p>8.8.1 erweiterte Physiotherapie/Krankengymnastik (inkl. Massage und Fango) Der Physiotherapeut versucht gemeinsam mit dem Patienten Fähigkeiten wiederherzustellen oder ihm neue zu lehren, die es ermöglichen, am täglichen Leben teilzunehmen, obwohl er körperlich beeinträchtigt ist. Dies kann zum Beispiel nach einem Unfall, langfristigen Erkrankungen, aber auch nach einem Schlaganfall hilfreich sein.</p> <p>8.8.2 Logopädie Die Logopädie beschäftigt sich mit der Diagnose und Behandlung von Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluck- und Hörstörungen. Diese Störungen sind bei Erwachsenen oft durch Schädigungen des Gehirns bedingt, wie z.B.: einen Schlaganfall, ein Schädel-Hirn-Trauma oder einen Tumor.</p> <p>8.8.3 Akupunktur Die Akupunktur wird eingesetzt um ggf. Schmerzfreiheit und Verbesserung behinderter Stoffwechselfunktionen zu erreichen. Akupunktur wird als Regulationstherapie angesehen, mit der sich viele funktionelle, vegetative, nervöse und schmerzhaftige Regulationsstörungen behandeln lassen.</p> <p>8.8.4 Chirotherapie Die Chirotherapie beschäftigt sich mit Störungen der Funktion (auch Blockaden genannt) des Bewegungsapparates, speziell der Wirbelsäule. Durch chirotherapeutische Handgriffe lassen sich vorübergehende Verschiebungen und Fehlstellungen der Wirbelsäule und der Gelenke lösen, die Schmerzen, Bewegungseinschränkungen und Verspannungen der Muskulatur verursachen.</p> <p>8.8.5 Osteopathie Bei der Behandlung folgt der Osteopath mit den Händen den Richtungen und Bewegungen der Faszien (Bindegewebe) und löst Verspannungen und Blockaden. Das kann am Knie, am Rücken aber auch am Bauch sein. So versucht der Osteopath, mit verschiedensten manuellen Techniken den Selbstheilungsprozess des Körpers anzustoßen.</p> <p>8.8.6 Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) Die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) ist ein nicht-operatives Verfahren. Außerhalb des Körpers (= extrakorporal) erzeugte Druckwellen dringen in den Körper ein, wo sie verschiedene Wirkungen entfalten. Die ESWT wird zum Beispiel bei Sehnerkrankungen eingesetzt. Auch bei Schmerzen und Funktionsstörungen der Muskulatur soll die ESWT lindernde Wirkungen zeigen. Dazu zählen Verspannungen, Verhärtungen, Verkürzungen, Krämpfe und Zerrungen.</p>
<p>7.4 Wohnungsberatung</p> <p>Ist infolge des Versicherungsfalls eine dauernde Nutzung der bisherigen Wohnung bzw. des Eigentums nicht möglich oder sind Nutzungseinschränkungen zu erwarten, so berät der Reha-Manager bei der Umgestaltung der Wohnung bzw. des Eigentums oder unterstützt bei der Suche eines behindertengerechten Objektes.</p> <p>Für einen behindertengerechten Umbau des Wohnumfeldes werden folgende Leistungen erbracht:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Planung - Beurteilung erforderlicher technischer Maßnahmen - Kostenschätzung/-kontrolle - Vermittlung, Verhandlungen und Auswahl von Architekten, Handwerkern - Koordination, Überwachung und Begleitung des Umbaus - Organisation eines erforderlichen Umzugs 	<p>7.6.2 Soziales Reha-Management</p> <p>Im Vordergrund stehen Maßnahmen zur Verbesserung der Situation in der Schule und im Haushalt. Hierzu bietet der Reha-Manager Beratung und Unterstützung bei der Ausstattung mit entsprechenden Hilfsmitteln an. Auch die Unterstützung bei der Auswahl einer Schullasistenz gehört zum Leistungsumfang, ebenso wie die Vermittlung spezieller Förderangebote in dem Kindergarten oder der Schule.</p> <p>Zur Erhöhung der Mobilität des Kindes erfolgt eine ausführliche Beratung durch qualifizierte Fachkräfte. Die Beratung des Reha-Managers über die vielfältigen technischen Hilfsmittel erfolgen bedarfsgerecht unter Berücksichtigung der Situation in dem Kindergarten, der Schule und ggf. dem Ausbildungsplatz.</p> <p>Beratung zu Maßnahmen der häuslichen Organisation, notwendiger Haushaltshilfen und der technischen Einrichtungen soll ein weitgehend selbstständiges Leben ermöglichen. Hier berät der Reha-Manager über die individuellen Möglichkeiten, zu der auch die Beratung über die behindertengerechte Gestaltung eines sinnvollen Eltern-/Kindurlaubes und die Vermittlung geeigneter Reiseveranstalter gehört.</p>	<p>8 Therapien</p> <p>Nach einer schweren Unfallverletzung gemäß Ziffer 4, bzw. einer schweren Erkrankung gemäß Ziffer 5 dieser Versicherungsbedingungen übernehmen wir die Kosten für Behandlungen oder Anschaffungen, die aufgrund des Versicherungsfalls erforderlich sind und nicht oder nur teilweise von anderen Leistungsträgern übernommen werden. Um eine schnelle Hilfe zu gewährleisten, bemühen wir uns für die versicherte Person um eine beschleunigte Terminvergabe bei Ärzten.</p> <p>Die Kosten werden für folgende Behandlungen oder Anschaffungen übernommen:</p>
<p>7.5 Mobilitätssicherung</p> <p>Der Reha-Manager berät über Maßnahmen zur Wiederherstellung oder zum Erhalt der Mobilität über geeignete Hilfsmittel, wie z.B.: Rollstuhl oder Rollator.</p> <p>Zu erforderlichen Umbaumaßnahmen des Autos unterstützt und berät der Reha-Manager. Hierzu gehören:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung und Planung - Beurteilung erforderlicher technischer Maßnahmen - Kostenschätzung/-kontrolle - Vermittlung, Verhandlungen und Auswahl von geeigneten Werkstätten - Koordination, Überwachung und Begleitung des Umbaus 	<p>8.1 Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung</p> <p>Unter einem ärztlichen Zweitbefund (auch ärztliche Zweitmeinung oder second opinion genannt) versteht man die zweite Begutachtung eines ärztlichen Erstbefundes, z.B. durch einen Spezialisten.</p> <p>Die Kosten hierfür übernehmen wir bis zu 1.000 EUR.</p>	<p>8.8.6 Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) Die Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) ist ein nicht-operatives Verfahren. Außerhalb des Körpers (= extrakorporal) erzeugte Druckwellen dringen in den Körper ein, wo sie verschiedene Wirkungen entfalten. Die ESWT wird zum Beispiel bei Sehnerkrankungen eingesetzt. Auch bei Schmerzen und Funktionsstörungen der Muskulatur soll die ESWT lindernde Wirkungen zeigen. Dazu zählen Verspannungen, Verhärtungen, Verkürzungen, Krämpfe und Zerrungen.</p>
<p>7.6 Reha-Management speziell für Kinder</p> <p>Insbesondere sind hier die Vermittlung und Organisation von kindgerechten Therapieangeboten selbstverständlich. Im Einzelfall werden die Kontakte zu den pädiatrischen Zentren genutzt. Der Reha-Manager kümmert sich auch um die Vermittlung von Spezialkliniken und ambulanten Therapien bis hin zur Terminvereinbarung für stationäre Aufenthalte und steht bei</p>	<p>8.2 Fachärzte/Spezialisten</p> <p>Kosten für zusätzliche Beratungen oder Behandlungen durch Fachärzte oder Spezialisten, soweit diese nicht von der Krankenkasse übernommen werden, da sie z.B. nur Privatpatienten behandeln, übernehmen wir bis zu 1.000 EUR.</p>	

Ärzte nutzen das Verfahren zudem bei Patienten mit verzögerter Heilung eines Knochenbruchs: Die Stoßwellen sollen die Knochenneubildung fördern.

8.8.7 Ergotherapie

Je nach Krankheitsbild werden unterschiedliche Einzelmaßnahmen der Ergotherapie individuell zusammengestellt. Einzelmaßnahmen sind zum Beispiel:

- das Trainieren und Vorbereiten von körperlichen Bewegungsabläufen;
- das Trainieren von Kraft, Beweglichkeit, Ausdauer und Koordination mit dem Schwerpunkt Rumpf (= der Leib ohne Kopf und Gliedmaßen). Auf diese Weise können Bewegungseinschränkungen ausgeglichen oder gänzlich behoben werden.
- Training zur Selbsthilfe: Waschen, Anziehen, Trainieren von Essen, Schlucken, Trinken;
- Trainieren des Alltags: Einkaufen, Umgang mit Geld, Telefonieren, Umgang mit anderen Kommunikationsmitteln, Orientieren im Straßenverkehr, Zeiteinteilung, Tagesstrukturierung, Umgang mit Medikamenten, und vieles mehr;
- das Trainieren der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung, der Konzentration, des Gedächtnisses und der Ausdauer;
- das Trainieren des Gehirns zum Beispiel bei Erkrankungen und Verletzungen des Gehirns;
- das Beraten und Anleiten der Angehörigen im Umgang mit dem Patienten.

8.8.8 traditionelle chinesische Medizin (TCM)

Heilmethoden in der TCM sind unter anderem Akupunktur, Kräutermedizin, Moxibustion (Erwärmung von speziellen Punkten des Körpers), Schröpfen und Massagen. Aber auch die Ernährung und die Lebensführung spielen eine wichtige Rolle in der TCM-Therapie.

8.8.9 Schmerztherapie

Unter dem Begriff Schmerztherapie werden alle therapeutischen Maßnahmen zusammengefasst, die zu einer Reduktion von Schmerz führen. Hierzu gehören medikamentöse, physio- und psychotherapeutische Schmerzbehandlungen.

8.8.10 Lymphdrainage

Bei der Lymphdrainage handelt es sich um eine besondere Art der Massage, bei der durch eine rhythmische Folge von verschiedenen Spezialgriffen der Abtransport der Lympheflüssigkeit aus dem Körpergewebe gefördert werden soll. Eine Lymphdrainage kann Beschwerden bei Ödemen reduzieren, wird aber auch oft nach Operationen empfohlen.

8.8.11 Enzymtherapie

Enzyme (Eiweißstoffe) steuern z.B. Atmung, Verdauung, Energiegewinnung, Blutgerinnung, Heilungsprozesse nach Verletzungen und Entzündungen. Bei der Enzymtherapie wird durch Enzyme, die Stoffwechselfvorgänge beeinflussen, eine therapeutische und vorbeugende Wirkung auf verschiedene Krankheiten ausgeübt.

8.8.12 Wir beteiligen uns auch an weiteren/anderen Therapiebehandlungen oder -formen, die hier nicht aufgeführt sind, aber von Krankenkassen (gesetzliche oder private) zumindest anteilig übernommen werden.

D Hinweise zur Leistungszahlung und Versicherbarkeit

9 Leistungsdauer

Für die Assistancelleistungen gemäß Ziffer 6 beträgt die maximale Leistungsdauer 1 Jahr, für das Reha-Management (Ziffer 7) und die Therapien (Ziffer 8) gilt eine maximale Leistungsdauer von 3 Jahren, jeweils ab Eintritt des Versicherungsfalls.

10 Leistungshöhe

10.1 Die Höchstversicherungssummen für die Leistungsarten Assistance (Ziffer 6) und Therapien (Ziffer 8) beträgt je Versicherungsfall jeweils 10.000 EUR.

Für alle Leistungsarten zusammen (Assistance, Reha-Management und Therapien) übernehmen wir die Kosten bis zu 100.000 EUR je Versicherungsfall.

10.2 Bestehen bei den Basler Versicherungen mehrere Verträge zum Basler ReAktivierer oder gleichartiger Versicherungsschutz, können aus all diesen Verträgen zusammen für die Leistungsarten Assistance (Ziffer 6) und Therapien (Ziffer 8) jeweils maximal 15.000 EUR für den Versicherungsfall verlangt werden.

Für alle Leistungsarten zusammen (Assistance, Reha-Management und Therapien) übernehmen wir die Kosten bis zu 150.000 EUR je Versicherungsfall.

10.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger einzutreten hat (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen), kann der Leistungsanspruch gegen uns nur in Höhe der von dort nicht übernommenen restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, kann der gesamte Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

11 Welche Auswirkung haben bestehende Krankheiten und Gebrechen auf die Versicherungsleistungen?

11.1 Als Versicherer leisten wir für die Folgen durch den Eintritt des Versicherungsfalls. Haben bereits vorher Krankheiten und Gebrechen bestanden und zu mindestens 50% an den gesundheitlichen Folgen des Unfalls (Ziffern 3 und 4) oder an den schweren Erkrankungen (Ziffer 5) mitgewirkt, so mindern sich die in diesen Versicherungsbedingungen genannten Versicherungssummen um den Prozentsatz der Mitwirkung.

11.2 Haben Sie mit uns auch schwere Erkrankungen als Leistungsauslöser vereinbart, so besteht für die versicherte Person kein Leistungsanspruch für eine schwere Erkrankung nach Ziffer 5 dieser Versicherungsbedingungen, wenn die Erkrankung bereits vor Vertragsbeginn festgestellt wurde oder ein medizinischer Eingriff angeraten, geplant etc. war.

12 Welche Personen sind nicht versicherbar?

12.1 Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind Personen, – bei denen bereits vor Eintritt des Versicherungsfalls eine Hilfebedürftigkeit besteht.

Hilfebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen Unfall und/oder einer Krankheit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit derart beeinträchtigt ist, dass sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf.

– die dauernd pflegebedürftig (ab Pflegestufe I) sind.

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

– bei denen eine Geisteskrankheit diagnostiziert wurde.

Geisteskrank ist, wer aufgrund einer dauerhaften und hochgradigen geistigen oder psychischen Erkrankung nicht mehr am allgemeinen Leben teilnehmen kann und einer Aufenthaltsunterbringung oder ständigen Aufsicht bedarf.

12.2 Ändert sich der Gesundheitszustand der versicherten Person erheblich, ist uns dies unverzüglich anzuzeigen.

Eine erhebliche Änderung des Gesundheitszustandes liegt vor, wenn ein Antrag auf Pflege- oder Hilfsleistungen (aus gesundheitlichen Gründen) gestellt wird.

12.3 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald festgestellt wird, dass die versicherte Person nach Ziffer 12.1 nicht mehr versicherbar ist. Als Nachweis reichen Kopien der entsprechenden Bescheide der Pflegeversicherung oder des zuständigen Amtes für Soziales (z.B.: Versorgungsamt) aus.

12.4 Die für die nicht versicherbare Person seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichteten Prämien zahlen wir zurück.

E Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

13 Welche Obliegenheiten sind nach einem Versicherungsfall zu erfüllen?

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

13.1 Nach einem Versicherungsfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, informieren Sie uns unverzüglich über die Verletzung bzw. die Krankheit. Sie bzw. die versicherte Person müssen ihren Leistungsanspruch aus der Leistungsart Assistance innerhalb von 3 Monaten ab Eintritt des Versicherungsfalls geltend machen. Im Übrigen erlöschen die Leistungsansprüche jeweils mit Ablauf der maximalen Leistungsdauer gemäß Ziffer 9 dieser Versicherungsbedingungen

13.2 Die von uns übersandte Schadenanzeige müssen Sie und die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden. Sie und die versicherte Person sind verpflichtet, die erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen (z.B.: Schweigepflichtentbindungserklärung), die für die Erbringung der Leistungen notwendig werden, abzugeben.

Auch sind Sie bzw. die versicherte Person verpflichtet und sofern erforderlich, diese dem von uns beauftragten Dienstleister gegenüber abzugeben.

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

13.4 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten, einschließlich eines daraus entstandenen Verdienstausfalles, tragen wir.

13.5 Die in diesen Versicherungsbedingungen genannten Leistungen und Kosten müssen uns durch Originalrechnungen mit dem Erstattungs- oder Ablehnungsvermerk eines anderen Ersatzpflichtigen (Krankenversicherer, Unfallverursacher und dergleichen) sowie ggf. ärztliche Atteste über die Notwendigkeit und der Verordnung nachgewiesen werden.

13.6 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

14 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 13 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Weisen Sie nach, dass Sie oder die versicherte Person die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

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

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

15 Wann sind die Leistungen fällig?

Sie bzw. die versicherte Person haben uns den Leistungsanspruch der versicherten Person schlüssig darzulegen. Daraufhin werden

– die notwendigen Leistungen durch den Pflegenden oder den Reha-Manager festgestellt,

- ein darauf gerichteter Pflege-/Unterstützungsplan von uns genehmigt
- die Leistungen erbracht.

F Vertragslaufzeit und Prämie

Die Versicherungsdauer

- 16 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?**
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?
- 16.1 Beginn des Versicherungsschutzes
 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig im Sinne von Ziffer 17.2 zahlen.
- 16.2 Dauer und Ende des Vertrages
- 16.2.1 Der Vertrag wird für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 16.2.2 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 16.2.3 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
- 16.2.4 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Uns steht das Kündigungsrecht frühestens zum Ende der vereinbarten Vertragsdauer zu.
 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.
- 16.3 Kündigung nach Versicherungsfall
- 16.3.1 Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.
- 16.3.2 Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.
- 16.3.3 Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.
- 16.3.4 Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.
- 16.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen
- 16.4.1 Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist.
- 16.4.2 Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.
- Die Versicherungsprämie**
- 17 Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten?**
Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig bezahlen?
- 17.1 Prämie und Versicherungssteuer
 Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.
- 17.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erste oder einmalige Prämie
- 17.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
 Die erste oder einmalige Prämie ist – unabhängig vom Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.
 Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

- 17.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes
 Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 17.2.3 Rücktritt
 Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- 17.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgeprämie
- 17.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
 Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Prämienrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- 17.3.2 Verzug
 Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.
 Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Prämien sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 17.3.3 und 17.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 17.3.3 Kein Versicherungsschutz
 Sind Sie nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 17.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.
- 17.3.4 Kündigung
 Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 17.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.
 Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 17.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftverfahren
 Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.
 Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie dem SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.
- 17.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung
 Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind. Ferner können wir für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.
- 17.6 Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
 Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes

bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil der Prämie, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

- 17.7 Prämienanpassung
 Jeweils zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person eine der nachfolgend genannten Alterstufen erreicht hat, erfolgt eine Prämienanpassung auf die nächste Alterstufe.
 Wir informieren Sie rechtzeitig über eine bevorstehende Prämienanpassung, so dass Sie den Vertrag zum Zeitpunkt der Prämienanpassung kündigen können.
 Es gelten folgende Altersstufen:
 3 – 14 Jahre
 15 – 24 Jahre
 25 – 64 Jahre
 65 Jahre und älter
- 17.8 Tarifierung
 Der Prämienatz wird unter Berücksichtigung der Schadenaufwendungen, der Kosten (Provisionen, Sach- und Personalkosten und Aufwand für Rückversicherung) und des Gewinnsatzes kalkuliert. Wir sind berechtigt, den Prämienatz für bestehende Versicherungsverträge jährlich zu überprüfen. Hierbei ist zusätzlich auf der Basis der bisherigen Schadenentwicklung auch die voraussichtliche künftige Entwicklung des unternehmensindividuellen Schadenbedarfs zu berücksichtigen.
- 17.8.1 Tarifliche Anpassungen von Prämienätzen können von uns mit Wirkung ab der nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages vorgenommen werden. Die Anpassung erfolgt frühestens zum Ablauf der mit dem Antrag vereinbarten Laufzeit. Der Prämienatz wird für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiv risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind, mittels anerkannter mathematisch statistischer Verfahren getrennt ermittelt. Wir sind berechtigt, einen sich ergebenden Anpassungsbedarf an die betroffenen Versicherungsverträge weiterzugeben.
 Prämienenkungen gelten automatisch, auch ohne dass wir Sie informiert haben, als vereinbart.
 Prämien erhöhungen werden Ihnen unter Gegenüberstellung der alten und neuen Prämienhöhe mindestens einen Monat vor Hauptfälligkeit mitgeteilt. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Prämienhöhung, kündigen.
 Individuell vereinbarte Zuschläge oder tarifliche Nachlässe bleiben von der Tarifanpassung unberührt.
- 17.8.2 Erhöht ein von uns eingeschalteter Dienstleister uns gegenüber seine Preise und erhöht sich in der Folge die Prämie für neu abgeschlossene Verträge Ihres Tarifs gegenüber der von Ihnen zu zahlenden Prämie um mehr als 5%, so sind wir berechtigt, Ihre Prämie mit Wirkung von der nächsten Versicherungsperiode an zu erhöhen.
 Wir sind berechtigt, Ihre Prämie um den Prozentsatz zu erhöhen, um den sich die Prämie für neu abgeschlossene Verträge Ihres Tarifs aufgrund der Preiserhöhung des Dienstleisters erhöht hat.
 Sie haben das Recht, Ihren Versicherungsvertrag aufgrund einer solchen Prämienhöhung mit sofortiger Wirkung, jedoch frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, zu kündigen. Die Kündigungsfrist beginnt mit Zugang unserer Mitteilung über die Prämienhöhung.
- G Weitere Bestimmungen**
- 18 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**
- 8.1 Ist die Versicherung gegen Versicherungsfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

- 18.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 18.3 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder übertragen noch verpfändet werden.
- 19 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?**
- 19.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände
- Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen.
- Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme, Fragen im Sinne des Satz 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
- Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
- Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- 19.2 Rücktritt
- 19.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts
- Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.
- 19.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts
- Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- 19.2.3 Folgen des Rücktritts
- Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.
- Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Uns steht der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 19.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung
- 19.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat

- in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
- Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.
- Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- 19.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.
- Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.
- Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.
- 19.4 Anfechtung
- Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 20 Wann verjähren Ansprüche aus dem Vertrag?**
- 20.1 Die Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 20.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.
- 21 Welches Gericht ist zuständig?**
- 21.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 21.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
- 22 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?**
- 22.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in

- dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
- 22.2 Einen Wohnungswechsel haben Sie uns unter Angabe der neuen Anschrift unverzüglich anzuzeigen. Befindet sich Ihr neuer Wohnsitz außerhalb der Bundesrepublik Deutschland kann der vereinbarte Versicherungsschutz in der Regel nicht fortgeführt werden.
- 22.3 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.
- 23 Welches Recht findet Anwendung?**
- Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
- Erläuterungen:**
- § 248b StGB (Strafgesetzbuch) Unbefugter Gebrauch eines Fahrzeugs**
- (1) Wer ein Kraftfahrzeug oder ein Fahrrad gegen den Willen des Berechtigten in Gebrauch nimmt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft, wenn die Tat nicht in anderen Vorschriften mit schwererer Strafe bedroht ist.
- (2) Der Versuch ist strafbar.
- (3) Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt.
- (4) Kraftfahrzeuge im Sinne dieser Vorschrift sind die Fahrzeuge, die durch Maschinenkraft bewegt werden, Landkraftfahrzeuge nur insoweit, als sie nicht an Bahngleise gebunden sind.
- § 34 SGB VII (Sozialgesetzbuch; Siebtes Buch) Durchführung der Heilbehandlung**
- (1) Die Unfallversicherungsträger haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, besondere unfallmedizinische oder Berufskrankheiten-Behandlung gewährleistet wird. Sie können zu diesem Zweck die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festlegen. Sie können daneben nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen.
- (2) Die Unfallversicherungsträger haben an der Durchführung der besonderen unfallmedizinischen Behandlung die Ärzte und Krankenhäuser zu beteiligen, die den nach Absatz 1 Satz 2 festgelegten Anforderungen entsprechen.
- (3) Die Verbände der Unfallversicherungsträger sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztliche Bundesvereinigungen (Kassenärztliche Bundesvereinigungen) schließen unter Berücksichtigung der von den Unfallversicherungsträgern gemäß Absatz 1 Satz 2 und 3 getroffenen Festlegungen mit Wirkung für ihre Mitglieder Verträge über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte und Zahnärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung. Dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz ist rechtzeitig vor Abschluss Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben, sofern in den Verträgen die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von personenbezogenen Daten geregelt werden sollen.
- (4) Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben gegenüber den Unfallversicherungsträgern und deren Verbänden die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die Durchführung der Heilbehandlung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht.
- (5) Kommt ein Vertrag nach Absatz 3 ganz oder teilweise nicht zu Stande, setzt ein Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten den Vertragsinhalt fest. Wird ein Vertrag gekündigt, ist dies dem zuständigen Schiedsamt schriftlich mitzuteilen. Kommt bis zum Ablauf eines Vertrags ein neuer Vertrag nicht zu Stande, setzt ein Schiedsamt mit der Mehrheit seiner Mitglieder innerhalb von drei Monaten nach Vertragsablauf den neuen Inhalt fest. In diesem Fall gelten die Bestimmungen des bisherigen Vertrags bis zur Entscheidung des Schiedsamts vorläufig weiter.
- (6) Die Verbände der Unfallversicherungsträger und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen bilden je ein Schiedsamt für die medizinische und zahnmedizinische Versorgung. Das Schiedsamt besteht aus drei Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und drei Vertretern der Verbände der

Unfallversicherungsträger sowie einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. § 89 Abs. 3 des Fünften Buches sowie die auf Grund des § 89 Abs. 6 des Fünften Buches erlassenen Rechtsverordnungen gelten entsprechend.

- (7) Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämter nach Absatz 6 führt das Bundesministerium für Arbeit und Soziales.
- (8) Die Beziehungen zwischen den Unfallversicherungsträgern und anderen als den in Absatz 3 genannten Stellen, die Heilbehandlung durchführen oder an ihrer Durchführung beteiligt sind, werden durch Verträge geregelt. Soweit die Stellen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausführen oder an ihrer Ausführung beteiligt sind, werden die Beziehungen durch Verträge nach § 21 des Neunten Buches geregelt.

Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV)

Wir haben Ihnen gemäß § 7 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Verbindung mit § 1 VVG-InfoV folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

Informationen zum Versicherer

Name:	Basler Sachversicherungs-Aktiengesellschaft
ladungsfähige Anschrift:	Basler Straße 4, 61352 Bad Homburg v. d. Höhe
Rechtsform:	Aktiengesellschaft
Sitz:	Bad Homburg v. d. Höhe
Handelsregister:	Handelsregister des Amtsgerichts Bad Homburg v. d. Höhe
Registernummer:	HRB 9357
Vorstand:	Dr. Jürg Schiltknecht (Vorsitzender des Vorstands), Ralf Stankat, Julia Wiens, Christoph Willi
Vorsitzender des Aufsichtsrats:	Andreas Burki
Hauptgeschäftstätigkeit:	Versicherungsgeschäft

Informationen zur angebotenen Leistung

Allgemeine Versicherungsbedingungen einschließlich Tarifbestimmungen, die für das Versicherungsverhältnis gelten

Dem Vertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die Tarifbestimmungen und Sondervereinbarungen zugrunde, die im Angebot bzw. Antrag genannt werden.

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die wesentlichen Merkmale, wie z. B. Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers, bestimmen sich aus den im Antrag bzw. Versicherungsschein genannten Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Tarifbestimmungen, Sondervereinbarungen sowie dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Gesamtpreis der Versicherung

Die Höhe der einzelnen Prämien, die zu entrichtende Gesamtprämie einschließlich der gesetzlichen Versicherungsteuer und der Zeitraum, für den die Prämie zu zahlen ist, sind im Antrag und im Versicherungsschein ausgewiesen.

Zusätzliche Kosten

Nebengebühren und Kosten (außer den gesetzlichen Abgaben, Mahngebühren in Höhe von 12 EUR sowie den Kosten bei Nicht-einlösung des SEPA-Lastschriftverfahrens in Höhe von 6 EUR) werden nicht erhoben. Falls besondere Kosten für Telekommunikationsgebühren anfallen, die über die normalen Telefonkosten hinausgehen, werden diese bei der jeweiligen Telefonnummer angegeben.

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämie

Die erste oder einmalige Prämie ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie. Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Es gilt die im Antrag genannte Zahlungsweise.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die zur Verfügung gestellten Informationen, insbesondere die im Angebot bzw. Antrag gemachten Angaben zu Versicherungsumfang und Prämienhöhe, behalten Gültigkeit für 4 Wochen ab Angebotsabgabe.

Informationen zum Vertrag

Zustandekommen des Vertrages

Der Vertrag mit uns kommt zustande, wenn wir den von Ihnen gestellten Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages annehmen. Dies geschieht, indem wir Ihnen den Versicherungsschein oder eine ausdrückliche Annahmeerklärung übersenden und dieser/diese Ihnen zugeht. Der Versicherungsschutz beginnt mit Einlösung des Versicherungsscheines durch Zahlung der Prämie, jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung des Versicherungsscheines beginnen (vorläufige Deckung), bedarf es einer besonderen Zusage des Versicherers oder der hierzu bevollmächtigten Personen.

Widerruf

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 diese Informationen nach der VVG-Informationspflichtenverordnung jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Basler Sachversicherungs-Aktiengesellschaft
Basler Straße 4
61352 Bad Homburg v. d. Höhe
Telefaxnummer: 06172 125456
E-Mail-Adresse: info@basler.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich wie folgt berechnet:

Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, x 1/360 der Jahresprämie.

Die Höhe der Jahresprämie entnehmen Sie bitte dem Antrag bzw. Ihrer individuellen Vertragsinformation. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. 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. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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.

Vertragslaufzeit

Der Vertrag zur Mietkautions-Police ist unbefristet.

Wie kann der Vertrag beendet werden?

Sie können jederzeit ohne die Einhaltung von Fristen und ohne Angabe von Gründen kündigen. Wir können den Vertrag zum Ablauf der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Die Kündigung muss Ihnen einen Monat vor Ablauf der laufenden Versicherungsperiode vorliegen. Außerdem dürfen wir im Versicherungsfall bis einen Monat nach Abschluss der Inanspruchnahme aus der Bürgschaft mit einer Kündigungsfrist von einem Monat den Vertrag einseitig durch Kündigung beenden. Schließlich kann uns in Ausnahmefällen zudem ein fristloses Kündigungsrecht aus wichtigem Grund zustehen, das den Allgemeinen Vertragsbedingungen zu entnehmen ist. Solange der Vermieter uns nicht aus der Haftung der Bürgschaft entlässt, sind Sie jedoch verpflichtet, einen Betrag in Höhe der Prämie auch nach Vertragsbeendigung weiterzuzahlen. Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Anwendbares Recht

Es gilt deutsches Recht.

Sprache

Die Vertragssprache ist deutsch.

Außergerichtliche Rechtsbehelfe und Beschwerdemöglichkeiten; zuständige Aufsichtsbehörde

Wenn Sie mit einer unserer Entscheidungen nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich als Verbraucher auch an die Verbraucherschlichtungsstelle Versicherungsombudsmann e. V. wenden, wobei die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns zu beachten ist. Den Versicherungsombudsmann können Sie über folgende Wege erreichen:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Telefon: 0800 3696000 (kostenfrei)
Telefax: 0800 3699000 (kostenfrei)
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
weitere Kontaktinformationen: www.versicherungsombudsmann.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt. Mit Beschwerden über die Basler Sachversicherungs-AG können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Wir unterliegen der Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn oder Postfach 1253, 53002 Bonn.