

Cooper Gay
Sportunfall-Versicherungsbedingungen
2025
(CG Sport UB 2025)

Einleitung

Die CG Sport UB 2025 basieren auf dem zum 01.01.2011 reformierten Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und im Wesentlichen auf den vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. – GDV – empfohlenen Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 2007) sowie auf

- den Sportunfall-Zusatzbedingungen
- den Annahmerichtlinien von CG (Altersklausel, ausgeschlossene Berufe)
- den gemäß § 7 VVG (Information des Versicherungsnehmers) in Zusammenhang mit der VVG-Informationspflichtenverordnung (VVG InfoV) zu erteilenden Allgemeinen Vertragsinformationen
- dem Merkblatt zur Datenverarbeitung

und wurden für Kunden von CG zusammengefasst und erweitert.

Sollten dem Vertrag weitere, z.B. Zusatz- oder Besondere Bedingungen zugrunde liegen, ist dies Ihrem Versicherungsvertrag zu entnehmen.

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Die versicherten Personen und / oder Personengruppen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Unfall-Rente
 - 2.3 Übergangsleistung
 - 2.4 Tagegeld
 - 2.5 Krankenhaus-Tagegeld
 - 2.6 Todesfall-Leistung

Zusatzleistungen

- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 5 Wie reduzieren sich die Versicherungssummen bei Erreichen des 75. Lebensjahres?

Der Leistungsfall

- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 8 Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

- 9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Der Versicherungsbeitrag

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

Weitere Bestimmungen

Allgemeine Vertragsinformationen

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:
 - 1.2.1 Der Versicherungsschutz
 - umfasst Unfälle in der ganzen Welt
 - gilt rund um die Uhr
 - besteht für alle beruflichen und außerberuflichen Unfälle.
 - 1.2.2 Für Lebensretter besteht Versicherungsschutz während der Bemühung zur Rettung einer versicherten Person.
- 1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.4 Als Unfall gilt auch,
 - 1.4.1 wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden;
 - 1.4.2 Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, sowie tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Caissonkrankheit, Barotrauma), ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann.
- 1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3 und 5), sowie die Ausschlüsse (Ziffer 4) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2

Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt in Textform festgestellt und von Ihnen unter Vorlage eines Arztattestes bei uns geltend gemacht worden.

- 2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

- 2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	100%
Hand	80%
Daumen	30%
Zeigefinger	20%
anderer Finger	12%
mehrere Finger einer Hand jedoch maximal	80%
Bein	100%
Fuß	80%
große Zehe	10%
andere Zehe	5%
Auge	60%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen	
Auges vor dem Unfall bereits verloren war	100%
Gehör auf einem Ohr	40%
sofern jedoch das Gehör des anderen	
Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	100%
Gehörs auf beiden Ohren	100%
Geruchssinn	20%
Geschmackssinn	20%
Stimme	100%

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

Bei vollständigem Verlust des Gehörs oder des Augenlichts durch den Unfall wird eine vorher bestehende dauernde Beeinträchtigung mit dem Prozentsatz nicht mindernd angerechnet, mit dem die Beeinträchtigung durch akustische oder optische Hilfen (Hörgeräte, Brillen, Linsen) beseitigt wurde.

2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Unfall-Rente

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die Voraussetzungen für eine Invaliditätsleistung sind nach Ziffer 2.1.1.1 gegeben.

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1.2.2.1 bis Ziffer 2.1.2.2.4 und Ziffer 3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent geführt.

2.2.2 Höhe der Leistung:

Wir zahlen der versicherten Person die Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

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

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung:

- 2.2.3.1 Die Unfallrente zahlen wir
- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
 - monatlich im Voraus.
- 2.2.3.2 Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem
- die Hauptfälligkeit liegt, die der Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person folgt
 - die versicherte Person stirbt oder
 - wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.4 vorgenommene Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 Prozent gesunken ist.
 - die versicherte Person das bei Vertragsabschluss gültige Renteneintrittsalter erreicht hat bzw. laufende Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Rentenversicherung zur Sicherung des Alters erhält.

2.3 Übergangsleistung

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.3.1.1 Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen wie folgt beeinträchtigt:
- 2.3.1.1.1 nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag angerechnet noch um 100 Prozent oder
- 2.3.1.1.2 nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an noch um mindestens 50 Prozent.
- 2.3.1.2 Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der genannten Zeit ununterbrochen bestanden.
- Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.3.3 Art und Höhe der Leistung:

- Die Übergangsleistung wird wie folgt gezahlt:
- 2.3.3.1 in Höhe von 50 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme bei einer Beeinträchtigung gemäß Ziffer 2.3.1.1.1;
- 2.3.3.2 in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme abzüglich eventueller Leistungen aus Ziffer 2.3.2.1 bei einer Beeinträchtigung gemäß Ziffer 2.3.1.1.2.

2.4 Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.4.1.1 Die versicherte Person geht einer regelmäßigen Berufstätigkeit oder entgeltlichen Beschäftigung nach.
- 2.4.1.2 Die versicherte Person ist unfallbedingt
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
 - in ärztlicher Behandlung.

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag angerechnet, längstens jedoch für 365 Tage gezahlt.

Ist die Arbeitsfähigkeit nach Abschluss der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt, wird weiter Tagegeld gezahlt, wenn

- der behandelnde Arzt die Beeinträchtigung bescheinigt und
- eine Invalidität gemäß Ziffer 2.1 (noch) nicht ärztlich festgestellt wurde bzw. noch keine Unfallrente gezahlt wird.

2.5 Krankenhaus-Tagegeld

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.5.1.1 Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder wird wegen eines Unfalles in einem Krankenhaus unter Vollnarkose ambulant operiert.
- 2.5.1.2 Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

Anschlussheilbehandlung (AHB) und Berufsgenossenschaftlich-Stationäre Weiterbehandlung (BGSW), gelten als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.5.2 Höhe und Dauer der Leistung:

- 2.5.2.1 Das Krankenhaus-Tagegeld wird innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag angerechnet, für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für 1000 Tage.
- 2.5.2.2 Wir zahlen das Krankenhaus-Tagegeld für den
 - 1. bis 42. Tag in doppelter Höhe
 - 43. bis 90. Tag in 3facher Höhe
 - 91. bis 1000. Tag in Höhe
 der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.5.2.3 Rooming-In: Ist es bei schwerwiegenden Unfallfolgen medizinisch angeraten und ärztlich gebilligt, dass eine Begleitperson zusammen mit der versicherten Person im Krankenhaus untergebracht wird, so wird die doppelte Versicherungssumme je Tag für diese Zeit gezahlt.
- 2.5.2.4 Das Krankenhaus-Tagegeld kann somit bei Zusammentreffen aller vorgenannten Voraussetzungen vom 43. bis 90. Tag maximal in 4facher Höhe beansprucht werden.

2.6 Todesfall-Leistung

2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 12 Monaten gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 6.5 weisen wir hin.

2.6.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Zusatzleistungen

Für alle Zusatzleistungen gilt:

Bestehen für die versicherte Person bei CG mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt. Voraussetzung ist, dass diese innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist oder Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind (falls vereinbart):

Heilkosten

die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzten-transportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Beihilfe werden nicht ersetzt.

2.7 Rehabilitations-Beihilfe

2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.7.1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltage angerechnet
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen

eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden von Ihnen durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch die BfA, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.

2.7.1.2 Mitversichert sind teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.

2.7.1.3 Nicht versichert sind

- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA),
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
- Berufsgenossenschaftlich-Stationäre Weiterbehandlung (BGSW),

- sonstige vollstationäre Heilbehandlungen für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) bei unserer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.

2.7.2 Höhe der Leistung:

Die Rehabilitations-Beihilfe wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe einmal je Unfall gezahlt.

2.8 Bergungskosten

2.8.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.8.1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten oder ihr drohte ein Unfall oder ein Unfall war nach den konkreten Umständen zu vermuten.

Der versicherten Person sind notwendige Kosten für ihre Rettung, Bergung, oder die Suche nach ihr entstanden.

2.8.1.2 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherter) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.8.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir ersetzen Kosten bis zur im Versicherungsschein genannten Höhe für

2.8.2.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;

2.8.2.2 einen notwendigen Aufenthalt in einer Dekompressionskammer, sofern dies nach einem Tauchgang notwendig wurde.

2.9 Krankentransport-Kosten

2.9.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.9.1.1 Der versicherten Person sind infolge des Unfalles notwendige Kosten für ihren Transport entstanden.

2.9.1.2 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.9.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir ersetzen Kosten bis zur im Versicherungsschein genannten Höhe für

- 2.9.2.1 den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik;
- 2.9.2.2 medizinisch sinnvolle Verlegungs-transporte von Krankenhaus zu Krankenhaus, z.B. zum Krankenhaus in der Nähe des Heimatortes;
- 2.9.2.3 medizinisch sinnvolle Rücktransporte aus dem Ausland zu dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus mit einem medizinisch geeigneten Transportmittel (Ambulanzfahrzeug oder Luftfahrzeug); die Entscheidung, ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird, übernimmt der vom Assistenten beauftragte Arzt in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt;
- 2.9.2.4 den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- 2.9.2.5 den Mehraufwand bei der Heimfahrt oder für zusätzliche Unterbringung für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person bei einem Unfall im Ausland;

2.9.2.6 die Standard-Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz bei einem unfallbedingten Todesfall oder wahlweise die Bestattung im Ausland bis zur selben Höhe bei einem Unfall im Ausland.

2.10 Kosmetische Operationen

2.10.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.10.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

2.10.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.

2.10.1.3 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.10.2 Art und Höhe der Leistung:

Wir leisten insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus
- Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten, die durch einen unfallbedingten Verlust oder Teilverlust von Schneide- und Eckzähnen entstanden sind.

2.11 Wohnungs- & KFZ-Umbaukosten

2.11.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.11.1.1 Die versicherte Person ist durch einen Unfall voraussichtlich auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).

Ein Umbau von Wohnung oder Kraftwagen kann die Folgen der Invalidität mindern oder erträglicher machen.

2.11.1.2 Der Anspruch auf entstandene Umbaukosten wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall bei uns geltend gemacht.

2.11.1.3 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.11.2 Art der Leistung:

2.11.2.1 Wir ersetzen insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme nachgewiesene Kosten für

- den Umbau der Wohnung und/oder des Hauses in dem die versicherte Person wohnt (z.B. Türenverbreiterung, Rampenbau, Aufzug, sanitäre Einrichtungen und Küchen),
- den Umbau oder die Neuanschaffung an die Wohnung gebundener Maschinen und Geräte (z.B. Telefonanlage, Fax, PC, Notrufsystem),
- den Umbau eines von der versicherten Person genutzten Kraftwagens,
- einen Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.

2.12 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

2.12.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat aufgrund des Unfalles eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten und diese innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall bei uns unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend gemacht:

2.12.1.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,

2.12.1.2 Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand,

2.12.1.3 Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,

2.12.1.4 schwere Mehrfachverletzungen / Polytrauma:

2.12.1.5 Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Ober-/ Unterarm, Ober-/ Unterschenkel),

2.12.1.6 gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen,

2.12.1.7 Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen

- Fraktur eines langen Röhrenknochens
- Fraktur des Beckens
- Fraktur eines oder mehrerer Wirbelknochen
- gewebezerstörende Schäden eines inneren Organs

2.12.1.8 Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche,

2.12.1.9 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als 5 Prozent.

2.12.2 Kein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten, vom Unfalltag angerechnet, verstirbt.

2.12.3 Art und Höhe der Leistung:

2.12.3.1 Die Sofortleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.12.3.2 Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalls nur einmal erbracht, unabhängig davon, wie viele der genannten Verletzungen die versicherte Person erleidet.

2.13 Koma-Leistung

2.13.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist wegen der durch einen Unfall entstandenen Gesundheitsschädigungen innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag angerechnet in ein Koma gefallen oder wurde für mindestens 5 Tage in ein künstliches Koma versetzt.

2.13.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Die Koma-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

Dauert das Koma mehr als

- 14 Tage wird das 3fache
- 42 Tage wird das 6fache
- 6 Monate wird das 12fache

der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.14 Kururlaubs-Tagegeld

2.14.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.14.1.1 Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
- wegen der durch das Unfallsereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag angerechnet einen Kururlaub im In- oder Ausland durchgeführt.

2.14.1.2 Als Kururlaub gilt ein Urlaub

- in einem offiziell anerkannten Kurort
- bei dem die versicherte Person werktätig mindestens zwei Anwendungen durchführen lässt, die der Minderung der Unfallfolgen dienen
- bei dem die versicherte Person in einem Hotel am Kurort übernachtet
- für den die Krankenversicherung der versicherten Person keine oder nur teilweise Leistungen übernimmt.

Keine Leistung wird gezahlt für die Tage, für die bereits ein anderes Tagegeld irgendwelcher Art (z.B. Krankenhaustagegeld, Tagegeld, Genesungsgeld) aus diesem oder einem anderen Vertrag von uns gezahlt wird.

2.14.2 Höhe der Leistung:

Das Kururlaubs-Tagegeld wird in Höhe der im Versicherungsschein genannten Summe für maximal 30 Tage je Unfall gezahlt.

2.15 Krankenhaus-Selbstbehalt

2.15.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.15.1.1 Der versicherten Person werden von ihrem gesetzlichen Krankenversicherer Kosten (Selbstbehalt) für eine wegen des Unfalles medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung in Rechnung gestellt.

2.15.1.2 Ein weiterer Dritter (z.B. ein anderer Versicherer) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.15.2 Höhe der Leistung:

Der Krankenhaus-Selbstbehalt wird in Höhe des Betrages erstattet, den die versicherte Person von ihrer gesetzlichen Krankenversicherung nachweislich in Rechnung gestellt bekommt.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 40 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- 4.1.1** Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch,
- wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren;
 - für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die auf Trunkenheit beruhen; beim Lenken eines Motorfahrzeuges jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles unter 1,1 Promille lag.

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

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn 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 Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive 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.

- 4.1.4** Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
- als Artist, Stuntman, Tierbändiger;
- als im Bergbau unter Tage Tätiger;
- als Spreng- und Räumungspersonal sowie in Munitionssuchtrupps;

- als Berufstaucher;
als bei anderen als bei Vertragsschluss ausgeübten Profisportarten (auch Rennfahrer und Rennreiter).
- 4.1.5** Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- 4.1.6** Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 4.2 **Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:****
- 4.2.1** Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 4.2.2** Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- Versicherungsschutz besteht jedoch für Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Einwirkung von Röntgen-, Laser-, Maser- und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen.
- 4.2.3** Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.
- Versicherungsschutz besteht jedoch,
- wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren,
 - für gewaltsame Eingriffe durch Dritte.

4.2.4 Infektionen.

4.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

4.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf,
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten,
- durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Borreliose.

4.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 4.2.3 Satz 2 entsprechend.

4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für Vergiftungen durch Nahrungsmittel gilt das folgende.

Eingeschlossen sind jedoch Vergiftungen durch eine einmalige Einnahme eines giftigen Nahrungsmittels, vorausgesetzt, eine daraus resultierende Gesundheitsschädigung tritt innerhalb von 48 Stunden ein und wird innerhalb dieser Zeit ärztlich festgestellt. Ziffer 2.1.1.1 Absatz 2 wird hier insoweit eingeschränkt.

4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, die sich nicht unmittelbar und ursächlich auf eine organische Verletzung/einen organischen Schaden zurückführen lassen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

4.3 Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

4.4 Ausschluss von vorsätzlichen Cyber-Attacken

Jegliche Leistungen für Schäden, die durch eine vorsätzliche, unbefugte, böswillige oder kriminelle Handlung verursacht wurden, die durch eine Anwendung, Software, oder eines Programms in Verbindung mit einem elektronischen Gerät (z. B. Computer, Laptop, Smartphone, Tablet oder internetfähigen elektronischen Gerät) verursacht wurden, sind gemäß dieser Police nicht erstattungsfähig.

5 Wie reduzieren sich die Versicherungssummen bei Erreichen des 75. Lebensjahres?

5.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz mit den vereinbarten Versicherungssummen. Danach haben Sie folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die vereinbarten Versicherungssummen auf 50 Prozent oder
- Sie legen uns ein ärztliches Attest über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor und wir berechnen die neuen Versicherungssummen und einen entsprechend höheren Beitrag.

5.2 Kommt eine Vereinbarung über neue Versicherungssummen und Beiträge nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres zustande, setzt sich der Vertrag automatisch mit um 50 Prozent reduzierten Versicherungssummen fort.

Eine Dokumentierung dieser Änderung erfolgt nicht. Im Leistungsfall wird das Alter der versicherten Person festgestellt und die Zahlung der Leistung erfolgt entsprechend.

Der Leistungsfall

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

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

- 6.1** Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich
- einen Arzt hinzuziehen,
 - seine Anordnungen befolgen und
 - uns unterrichten.

6.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

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

Ist bei Selbständigen der Verdienstausfall nicht nachzuweisen, wird ein fester Betrag erstattet, der 1 Promille der versicherten Invaliditätssumme, maximal € 500,-, beträgt.

6.4 Ärzte, welche die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind zu ermächtigen, alle für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Wir werden Sie über die Erhebung personengebundener Gesundheitsdaten unterrichten, falls uns schon vor dem Leistungsfall Ihre Einwilligung vorliegt. Sie können einer Erhebung widersprechen; dies kann jedoch zu einem Verlust Ihrer Leistungsansprüche führen. Sie können jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

6.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden nach Kenntnis zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

6.6 Bei den einzelnen Leistungsarten sind zum Teil noch weitere Fristen zu beachten, bei denen es sich allerdings nicht um Obliegenheiten, sondern um Anspruchsvoraussetzungen handelt.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

7.1 Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie 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 die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

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

- 7.2** Eine Obliegenheitsverletzung liegt insbesondere nicht vor, wenn
- die versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird;
 - die versicherte Person nach einem Unfall aus Pflichtgefühl ihrem Beruf nachgeht;
 - zunächst anzunehmen war, dass die Unfallfolgen nicht eintreten und eine unverzügliche Schadenmeldung deshalb unterblieb;
 - die Erfüllung einer Obliegenheit versehentlich unterblieb aber nach ihrem Erkennen unverzüglich erfüllt wurde.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

- 8.1** Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats beim Invaliditätsanspruch und der Unfallrente innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
 - beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist;
 - bei der Unfallrente zusätzlich die ärztliche Bescheinigung über eine voraussichtliche dauerhafte Invalidität von mindestens 50 Prozent.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir, sofern wir das Gutachten in Auftrag gegeben haben. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

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

8.3 Vorschüsse auf eine Invaliditätsleistung

Für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 gilt:

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

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

8.4 Neubemessung der Invalidität

- 8.4.1** Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.
- 8.4.2** Das in Ziffer 8.4.1 genannte Recht gilt bis zu drei Jahre, für Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres jedoch bis zu fünf Jahre nach dem Unfall.
- 8.4.3** Das in Ziffer 8.4.1 genannte Recht muss
- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1,
 - von Ihnen vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

8.4.4 Um Ihr Recht auf Neubemessung der Invalidität gemäß Ziffer 8.4.1 fristgemäß gemäß Ziffer 8.4.2 und 8.4.3 durchführen zu können, müssen Sie uns die Möglichkeit geben, einen Arzt rechtzeitig vor Ablauf der Frist mit der Untersuchung der versicherten Person zu beauftragen. Ihre Erklärung, das Recht ausüben zu wollen, sollte uns daher möglichst drei Monate nach unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1, muss uns aber spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 8.4.2 vorliegen.

8.5 Ergibt die endgültige Bemessung des Invaliditätsgrades für die Invaliditätsleistung nach Ziffer 2.1 eine höhere Leistung als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag jährlich mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB zu verzinsen.

8.6 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Bezug einer Unfallrente gemäß Ziffer 2.2 sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2 zahlen.

9.2 Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

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

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

9.3 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Sind mehrere Personen versichert, können wir den Versicherungsschutz einer einzelnen versicherten Person unter denselben Voraussetzungen und mit denselben Fristen kündigen.

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 der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird drei Monate nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

9.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsbeitrag

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

10.1 Beitrag und Versicherungssteuer

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

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Erster oder einmaliger Beitrag

10.2.1 Fälligkeit der Zahlung

Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag 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.

10.2.3 Rücktritt

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/ Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

10.3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag 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 Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 10.3.3 und 10.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

10.3.3 Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

10.3.4 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 10.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

10.4 Rechtzeitigkeit der Zahlung durch SEPA-Lastschriftmandat

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

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns bzw. Ihrem Versicherungsvermittler nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftmandats zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

10.5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags 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 Beitragszahlung verlangen.

10.6 Beitragszahlung an Ihren Versicherungsvermittler

Der im Versicherungsschein genannte Versicherungsvermittler ist berechtigt, für uns das Einziehen Ihrer Beiträge zu übernehmen und verpflichtet, sie an uns weiterzuleiten.

Die Zahlung der Beiträge an den im Versicherungsschein genannten Versicherungsvermittler kommt der Zahlung an uns gleich.

Weitere Bestimmungen

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

11.1 Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), gilt folgendes:

11.1.1 Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Ihre Zustimmung unmittelbar bei uns geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person.

11.1.2 Sie als Versicherungsnehmer informieren jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über das Recht der versicherten Person gemäß Ziffer 11.1.1.

11.1.3 Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Vertrag steht nicht der versicherten Person, sondern nur Ihnen zu.

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

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

11.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

12.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände 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 Satzes 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.

12.2 Rücktritt

12.2.1 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.

12.2.2 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.

12.2.3 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 oder die Feststellung 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 des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

12.3.1 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 Textform 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.

- 12.3.2** 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 der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

12.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

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

- 13.1** Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an

- unsere Hauptverwaltung / Direktion oder
- an Ihren Versicherungsvermittler gerichtet werden.

- 13.2** Haben Sie uns oder Ihrem Versicherungsvermittler 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.

**14 Was gilt für einen Wechsel Ihres
Versicherungsvermittlers?**

Wechseln Sie Ihren
Versicherungsvermittler oder wird
der Vertrag ohne Vermittler in die
direkte Verwaltung von CG
übernommen, so sind ab der auf
den Wechsel folgenden
Hauptfälligkeit diese
Unfallversicherungs-Bedingungen
nicht mehr Grundlage dieses
Vertrages.

Sofern nichts anderes vereinbart
wird, gelten ab diesem Zeitpunkt
an Stelle dieser Unfallversicherungs-
Bedingungen die CG
Sportunfallversicherungs-
Bedingungen (CG Sport UB). Diese
erhalten Sie mit der Bestätigung
des Vermittlerwechsels von uns.

Allgemeine Vertragsinformationen

15 Informationen zum Versicherer

15.1 Anschrift

Lloyd's Insurance Company S.A.
Bastion Tower
Marsveldplein 5
1050 Brüssel
Belgien

Eingetragen bei der belgischen zentralen Datenbank der Unternehmen unter der Registernummer 682.594.839 RLE

15.2 Hauptsitz der Gesellschaft

Hauptsitz der Gesellschaft ist Brüssel, Belgien.

15.3 Rechtsform

Aktiengesellschaft (S.A.) nach belgischem Recht

15.4 Gesetzlicher Vertreter

Lloyd's Insurance Company S.A. hat eine Niederlassung in Deutschland.

Gesetzlicher Vertreter der Niederlassung für Deutschland ist der Hauptbevollmächtigte Jan Blumenthal.

Die Anschrift lautet:

Lloyd's Insurance Company S.A.
Niederlassung für Deutschland
Taunusanlage 11
60329 Frankfurt am Main
Deutschland

HRA Frankfurt am Main 26467

15.5 Hauptgeschäftstätigkeit

Lloyd's Insurance Company S.A. betreibt das Erst- und das Rückversicherungsgeschäft im Bereich der Nicht-Lebensversicherung.

15.6 Zuständige Aufsichtsbehörde

Lloyd's Insurance Company S.A. wird beaufsichtigt und reguliert durch die „Nationalbank von Belgien, Boulevard de Berlaimont 3, 1000 Brüssel, Belgien“.

16 Informationen zur Zeichnungsstelle

16.1 Anschrift

Cooper Gay SAS
Niederlassung für Deutschland
AYR
Solmsstraße 83
60486 Frankfurt am Main

HRB Frankfurt am Main 125598

16.2 Hauptsitz der Gesellschaft

Hauptsitz der Gesellschaft ist Lüttich, Belgien.

16.3 Rechtsform

Aktiengesellschaft (SAS) nach belgischem Recht.

16.4 Gesetzlicher Vertreter

Ständiger Vertreter der Cooper Gay SAS, Niederlassung für Deutschland, ist der Managing Director Frédéric Chappaz.

16.5 Zuständige Aufsichtsbehörde

Cooper Gay SAS unterliegt der Kontrolle der französischen Finanzaufsichtsbehörde l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4 place de Budapest (ACPR) , CS 92459 - 75436 Paris cedex 09 und ist eingetragen gemäß Artikel L.520-1 Versicherungsgesetz (du code des Assurances). Vermittlerregister-Nummer ORIAS: 07 002 766 (www.orias.fr).

17 Informationen zu den versicherten Leistungen

17.1 Wesentliche Merkmale / Rechtsgrundlage

17.1.1 Grundlage des Versicherungsvertrages sind Ihr Antrag (sofern vorhanden), diese Versicherungsbedingungen, in die unsere Tarifbestimmungen eingeflossen sind, Ihr Versicherungsschein sowie das Versicherungsvertragsgesetz in der zum 01.01.2008 reformierten Form.

17.1.2 Diese Versicherung versichert Sie gegen Unfälle (siehe Ziffer 1) mit den in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten und in Ziffer 2 definierten Leistungen, die gemäß Ziffer 8 fällig werden. Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen.

17.2 Kosten und Zahlungsweise

Mit Ausnahme des im Versicherungsschein genannten Beitrags (inkl. gesetzlicher Versicherungssteuer) sind von Ihnen keine weiteren Kosten für den Vertragsabschluss und den Versicherungsschutz zu tragen.

Der Beitrag ist gemäß der im Versicherungsschein aufgeführten Zahlungsweise von Ihnen zu leisten; siehe auch Ziffer 10.

17.3 Gültigkeitsdauer

Diese Versicherungsbedingungen können von uns für neue, nicht jedoch für bestehende, Verträge jederzeit geändert werden. An unser Angebot (Quotierung) halten wir uns 30 Tage gebunden.

18 Informationen zum Vertrag

18.1 Zustandekommen Ihres Vertrages

Der Vertrag ist durch unsere Deckungsbestätigung zustande gekommen. Beginn des Vertrages und Ihres Versicherungsschutzes ist der im Versicherungsschein genannte Tag, 00.00 Uhr.

18.2 Widerrufsbelehrung nach § 8 Abs. 2 Nr. 2 VVG

18.2.1 Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Frist beginnt am Tag nachdem Ihnen der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrung in Textform zugegangen sind.

Im elektronischen Geschäftsverkehr (Online-Antrag bzw. Online-Vertragsabschluss) beginnt die Widerrufsfrist nicht, bevor wir auch die speziell für diesen Vertriebsweg geltenden zusätzlichen Pflichten gemäß § 312e Abs. 1 Satz 1 BGB (Mittel zur Korrektur von Eingabefehlern, Bestätigung des Antrags) erfüllt haben.

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

Cooper Gay SAS
AYR
Solmsstraße 83
60486 Frankfurt am Main

18.2.2 Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfällt.

Den Teil Ihres Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir einbehalten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Haben Sie eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstatten wir Ihnen den gesamten Beitrag.

Beiträge erstatten wir Ihnen unverzüglich; spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

18.2.3 Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt wurde, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

18.3 Laufzeit und Kündigungsbedingungen

Der Vertrag läuft für die im Versicherungsschein genannte Zeit. Die Kündigungsbedingungen finden Sie in Ziffer 9.

19 Informationen zum Rechtsweg

19.1 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

19.2 Welches Gericht ist zuständig?

19.2.1 Der Gerichtsstand für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist Frankfurt am Main. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

19.2.2 Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

19.2.3 Liegt Ihr Wohnsitz, Sitz oder Ihre Niederlassung in einem Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand wiederum Frankfurt am Main.

19.3 Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch. Jegliche Kommunikation erfolgt ausschließlich in deutscher Sprache.

20 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?

20.1 Cooper Gay Beschwerdestelle

Wir möchten unseren Kunden jederzeit einen hohen Servicestandard bieten. Aber selbst bei bester Absicht müssen wir akzeptieren, dass es Anlass dafür geben kann, dass Sie, unser Kunde, das Gefühl haben, wir könnten dieses Ziel nicht erreichen. Sofern Sie denken Grund für eine Beschwerde zu haben, wenden Sie sich bitte zunächst an die Beschwerdestelle Ihres Vertragspartner Cooper Gay SAS unter Angabe Ihrer Versicherungsscheinnummer.

Cooper Gay SAS
Beschwerdestelle
AYR

Solmsstraße 83
60486 Frankfurt am Main
Deutschland
Tel: +49 69 9 77 88 99-0
Fax: +49 69 9 77 88 99-111
complaints@coopergay.eu

20.2 Versicherer Beschwerdestelle

Sollten Sie für die Situation keine Lösung finden, verweisen Sie die Angelegenheit an den Versicherer des Tarifs. Seine Kontaktdaten lauten:

Head of Complaints Management
Lloyd's Insurance Company S.A.
Bastion Tower
Marsveldplein 5
1050 Brüssel
Belgien
Tel: +32 2 227 39 40
Lloydrope.Complaints@lloyds.com

Ihre Beschwerde wird unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von fünf (5) Werktagen nach Eingang der Beschwerde schriftlich bestätigt.

Eine Entscheidung über Ihre Beschwerde wird Ihnen unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von sechs (6) Wochen nach Eingang der Beschwerde schriftlich mitgeteilt.

Wenn eine Antwort nicht innerhalb der erwarteten Fristen gegeben werden kann, wird der Versicherer Sie in geeigneter Weise über die Gründe für die Verzögerung informieren und angeben, wann die Untersuchungen voraussichtlich abgeschlossen sein werden. Sollten Sie mit der endgültigen Antwort nicht zufrieden sein oder innerhalb von 6 (sechs) Wochen nach Einreichung der Beschwerde keine endgültige Antwort erhalten haben, können Sie Ihre Beschwerde an den Versicherungsombudsmann weiterleiten

20.3 Versicherungsombudsmann

Beschwerden, die weder Cooper Gay SAS noch Lloyd's Insurance Company S.A. lösen kann, können dem Ombudsmann Service zur Entscheidung vorgelegt werden. Weitere Angaben dazu erhalten Sie im jeweiligen Stadium des Beschwerdeverfahrens. Dieses Beschwerdeverfahren gilt unbeschadet Ihres Rechtes auf Klageeinreichung bei Gericht.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Deutschland

Beschwerden können Online gemeldet werden:

<https://www.versicherungsombudsmann.de/dasschlichtungsverfahren/schluchtungsantrag/>

Tel: 0800 3696000

Tel: +49 (0) 30 206058 99 (from outside Germany)

Fax: 0800 3699000

Fax: +49 (0) 30 206058 98 (from outside Germany)

Bitte beachten Sie, dass es in Ihrem Heimatland ggf. weitere außergerichtliche Beschwerdestellen geben kann, an die Sie sich wenden können.

Sie können Ihre Beschwerde an den Versicherungsombudsmann weiterleiten, wenn Sie Verbraucher sind oder in einer verbraucherähnlichen Position in Bezug auf einen Versicherungsvertrag stehen, die Beschwerde sich nicht auf private Kranken- und Pflegeversicherungen bezieht und der Streitwert 100.000 EUR oder weniger beträgt.

Die oben genannten Regelungen zur Bearbeitung von Beschwerden gelten unbeschadet Ihres Rechts, gemäß Ihren vertraglichen Rechten rechtliche Schritte einzuleiten oder ein alternatives Streitbeilegungsverfahren einzuleiten.

20.4 Online-Streitbeteiligungsplattform

Für Beschwerden aus den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen, hält das Netzwerk der Schlichtungsstellen für Finanzdienstleistungen, „FIN-NET“, Kontakte außergerichtlicher Beschwerdestellen, sowie ein einheitliches Beschwerdeformular für Sie bereit.

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

20.5 Verantwortliche Aufsichtsbehörde

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Referat VBS 4
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de
<http://www.bafin.de>

Eine Beschwerde kann ebenfalls kostenfrei an die BaFin gerichtet werden. Diese prüft dann, ob der Versicherer die vereinbarten Vertragsbedingungen und rechtlichen Vorgaben eingehalten hat. Einzelne Streitfälle kann die BaFin nicht verbindlich entscheiden.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

21 Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Wenn Sie sich bei uns versichern möchten, benötigen wir Ihre Daten für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten, um Ihnen die Police auszustellen oder eine Rechnung zu schicken. Angaben in Schaden- und Leistungsfällen benötigen wir, um zu prüfen, wie Sie sich im Detail abgesichert haben und welche Leistungen Sie von uns erhalten. Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer 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. Wir nutzen zudem ausgewählte Daten aller innerhalb der Gruppe bestehender Verträge für die Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise,

um Sie gezielt bei einer Vertragsanpassung oder -ergänzung zu beraten. Sie sind auch die Grundlage für einen umfassenden Kundenservice.

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, erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann z.B. erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für eigene Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Widerspruchsrecht

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

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

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

22

Einwilligungserklärung nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)

Der Versicherungsnehmer willigt ein, dass wir im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (insbesondere Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, erheben und zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Versicherung und der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und/oder an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V./Verband der privaten Krankenversicherung e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermitteln dürfen. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten (Versicherungs-)Verträgen und bei künftigen Anträgen.

Der Versicherungsnehmer willigt ferner ein, dass wir und die Rückversicherer seine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für ihn zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung seiner Versicherungsangelegenheiten dient.

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

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

23

Schweigepflichtentbindungserklärung

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

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

23.1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Antragsdaten, z.B. Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum; Beruf. Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z.B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

23.2 Datenübermittlung an Rückversicherer

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

ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

23.3 Datenübermittlung an andere Versicherer

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

23.4 Datenübermittlung an externe Dienstleister sowie weitere Empfänger

Wir arbeiten mit ausgewählten externen Dienstleistern zusammen, um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zu erfüllen. In der Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, zu denen wir dauerhafte Geschäftsbeziehungen haben. Die jeweils aktuelle Version können Sie bei unserem Datenschutzbeauftragten abrufen.

Darüber hinaus können wir verpflichtet sein, Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger zu übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z.B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden und Zentrale Zulagenstelle für Altersvermögen).

23.5 Datenaustausch mit Ihrem Arbeitgeber

Sofern Ihr Arbeitgeber für Sie als Mitarbeiter eine Gruppenversicherung bei uns abschließt, meldet er Sie zur Versicherung an. Hierbei teilt er uns Ihren Namen, Ihre Adresse, Ihr Geburtsdatum und Ihr Geschlecht mit.

23.6 Bonitätsauskünfte

Wie viele andere Unternehmen auch prüfen wir das allgemeine Zahlungsverhalten z.B. von neuen Kunden, die wir noch nicht so gut kennen. Das ist ein übliches Prozedere in der Geschäftswelt, bei der wir Informationen über die Auskunftfei CREDITREFORM einholen.

23.7 Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wir speichern Ihre Daten während der Laufzeit Ihres Vertrags. Darüber hinaus speichern wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung von gesetzlichen Nachweis- und Aufbewahrungspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Aufbewahrungsfristen betragen bis zu zehn Jahre.

Falls der Versicherungsvertrag nicht zu Stande kommt, löschen wir Ihre Antragsdaten drei Jahre nach Antragstellung.

23.8 Welche Rechte haben Sie?

Sie haben neben dem Widerspruchsrecht, ein Recht auf Auskunft, Berichtigung und Löschung Ihrer Daten und auf Einschränkung der Verarbeitung. Wir stellen Ihnen die von Ihnen bereitgestellten Daten auf Wunsch in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zur Verfügung. Falls Sie Daten einsehen oder etwas ändern wollen, wenden Sie sich bitte an die oben genannte Adresse.

23.9 Beschwerdestelle

Sie haben die Möglichkeit, sich an unseren Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Hessische Beauftragte für
Datenschutz und Informationsfreiheit

Postfach 3163

65021 Wiesbaden

Telefon: +49 611 1408 - 0

Telefax: +49 611 1408 – 611

<https://datenschutz.hessen.de/>