

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den

APRIL Existenzschutz (AES)

(AEB 03-2020)

Risikoträger: ELEMENT Insurance AG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Existenzschutz (AEB) und – wenn mit Ihnen vereinbart – weitere Bedingungen. Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Versicherung fest. Sie sind wichtige Dokumente.

Bitte lesen Sie die AEB daher vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. So können Sie auch später, besonders nach einem Unfall oder im Fall einer Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit, alles Wichtige noch einmal nachlesen.

Wer ist wer?

Versicherer dieses Produkts sind wir, die ELEMENT Insurance AG.

Sie sind unser Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner. Als Versicherungsnehmer sind Sie zugleich die versicherte Person.

Die APRIL Deutschland AG (nachfolgend „APRIL“) ist unser Kooperationspartner mit Sitz in Haar/München.

Die APRIL Deutschland AG erbringt als Dienstleisterin für uns versicherungstypische Tätigkeiten in den Bereichen der Bestandsführung, des Inkassomanagements sowie der Schaden- und Leistungsbearbeitung. Deshalb ist die

APRIL Deutschland AG

Richard-Reitzner-Allee 1

85540 Haar/München

Service-E-Mail: service@april.ihr-versicherungsschutz.de

Schaden-Hotline: 030 403686018

Schaden-E-Mail: schaden@april.ihr-versicherungsschutz.de

an manchen Stellen in diesen Bedingungen als Ihr Ansprechpartner genannt.

Inhalt

Teil A Unfallversicherung.....	5
Der Versicherungsumfang	5
A-1 Was ist versichert?	5
A-1.1 Grundsatz	5
A-1.2 Geltungsbereich	5
A-1.3 Unfallbegriff	5
A-1.4 Erweiterter Unfallbegriff	5
A-1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht	7
A-2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden? Welche Fristen und sonstigen Voraussetzungen gelten für die einzelnen Leistungsarten?	8
A-2.1 Invaliditätsleistung	8
A-2.2 Unfall-Krankenhaustagegeld	11
A-2.3 Todesfallleistung	12
A-2.4 Such-, Bergungs- und Rückholkosten.....	12
A-2.5 Kosten für kosmetische Operationen.....	13
A-2.6 Sofortleistung bei Schwerverletzungen.....	13
A-2.7 Tagegeld für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen	14
A-3 Was passiert, wenn Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammentreffen?...	15
A-3.1 Krankheiten und Gebrechen.....	15
A-3.2 Mitwirkung	15
A-4 Was ist nicht versichert?	15
A-4.1 Ausgeschlossene Unfälle.....	15
A-4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden	16
Der Leistungsfall.....	17
A-6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?	17
A-7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?.....	17
A-8 Wann sind die Leistungen fällig?	18
A-8.1 Erklärung über die Leistungspflicht.....	18
A-8.2 Fälligkeit der Leistung	18
A-8.3 Vorschüsse	18
A-8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades.....	18
A-8.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall.....	19
Teil B Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung	20
Der Versicherungsumfang	20
B-1 Allgemeines.....	20

B-2 Wer ist versichert?	20
B-2.1 Vollzeitbeschäftigung	20
B-2.2 Selbstständigkeit	20
B-3 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und welche Versicherungsleistung erbringen wir in diesem Fall?	21
B-3.1 Arbeitsunfähigkeit.....	21
B-3.2 Versicherungsfall.....	21
B-3.3 Karenzzeit	21
B-3.4 Leistungsumfang	21
B-3.5 Leistungszeitraum	21
B-4 In welchen Fällen von Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.	21
B-4.1 Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen.....	21
B-4.2 Arbeitsunfähigkeit während Arbeitslosigkeit	22
B-4.3 Weitere Ausschlüsse	22
B-5 Was ist Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen und welche Versicherungsleistung erbringen wir in diesem Fall?.....	22
B-5.1 Arbeitslosigkeit	22
B-5.2 Versicherungsfall.....	23
B-5.3 Karenzzeit	23
B-5.4 Leistungsumfang	23
B-5.5 Leistungszeitraum	23
B-6 In welchen Fällen von Arbeitslosigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	23
B-6.1 Arbeitslosigkeit aufgrund vorsätzlichem Fehlverhalten, eigener Kündigung oder Aufhebungsvertrag	23
B-6.2 Weitere Ausschlüsse	23
B-7 Mehrfache Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit.....	24
B-7.1 Mehrfache Arbeitsunfähigkeit.....	24
B-7.2 Mehrfache Arbeitslosigkeit	24
Der Leistungsfall.....	25
B-8 Wie wird der Schaden gemeldet? (Obliegenheiten im Schadenfall).....	25
B-8.1 Anzeige des Versicherungsfalls	25
B-8.2 Nachweise zur Prüfung unserer Leistungspflicht	25
B-9 Verhältnis von Arbeitsunfähigkeit zu Arbeitslosigkeit	25
B-9.1 Eintritt Arbeitslosigkeit während Arbeitsunfähigkeit	25
B-9.2 Eintritt Arbeitsunfähigkeit während Arbeitslosigkeit	26
B-10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	26
Teil C Allgemeine Bedingungen.....	27
C-1 – Beginn des Versicherungsschutzes, Beitragszahlung	27

C-1.1 Beginn des Versicherungsschutzes	27
C-1.2 Beitragszahlung, Versicherungsperiode	27
C-1.3 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung	27
C-1.4 Folgebeitrag	28
C-1.5 Prämienzahlung während eines Leistungsfalles.....	29
C-1.6 Bezahlverfahren	29
C-1.7 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung.....	29
C-1.7.2	29
C-1.8 Anpassung des Beitrags an die Schadens- und Kostenentwicklung (Beitragsanpassungsklausel).....	30
C-2 - Dauer und Ende des Vertrags/Kündigung.....	31
C-2.1 Dauer und Ende des Vertrags.....	31
C-2.2 Kündigung nach Versicherungsfall	32
C-3 - Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, andere Obliegenheiten	32
C-3.1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände	32
C-3.2 Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht.....	33
C-3.3 Frist und Form für die Ausübung unserer Rechte	33
C-3.4 Unsere Hinweispflicht.....	34
C-3.5 Ausschluss von Rechten von uns.....	34
C-3.6 Anfechtung.....	34
C-3.7 Erlöschen unserer Rechte.....	34
C-4 - Änderung des Leistungsversprechens bei Erreichen der Altersgrenze	34
C-5 - Weitere Regelungen.....	35
C-5.1 Erklärungen und Anzeigen, Anschriftenänderung.....	35
C-5.2 Verjährung	36
C-5.3 Örtlich zuständiges Gericht.....	36
C-5.4 Anzuwendendes Recht	36
C-5.5 Embargobestimmung.....	36
C-5.6 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller.....	37
C-5.7 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	37
Teil D Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel	38

Teil A Unfallversicherung

Der Versicherungsumfang

A-1 Was ist versichert?

A-1.1 Grundsatz

Wir bieten den vereinbarten Versicherungsschutz bei Unfällen der versicherten Person. Versicherte Person sind ausschließlich Sie als unser Versicherungsnehmer.

Versicherte Personen können nur natürliche Personen sein, die bei Abschluss des Versicherungsvertrags bereits das 18. Lebensjahr vollendet und das 67. Lebensjahr noch nicht erreicht haben.

A-1.2 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrages weltweit und rund um die Uhr, soweit im Folgenden für Einzelfälle keine abweichende Regelung getroffen wird.

A-1.3 Unfallbegriff

A-1.3.1 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

A-1.3.2 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder dem Bemühen zur Rettung von Menschen, Sachen oder von Tieren erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

A-1.4 Erweiterter Unfallbegriff

A-1.4.1 Kraftanstrengung

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

(1) ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt.

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

(2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

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

(3) einen Bauch- oder Unterleibsbruch (z. B. Leistenbruch) zuzieht.

Beispiel: Die versicherte Person zieht sich durch das Anheben eines Schrankes einen Leistenbruch zu.

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

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

A-1.4.2 Sonstige unfreiwillige Gesundheitsschäden

A-1.4.2.1 Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person aufgrund von folgenden Ereignissen unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet:

- (1) Strahleneinwirkungen, auch Laser-, Röntgen-, Maser- und ultravioletten Strahlen,
- (2) Explosions-, Schall- oder sonstigen Druckwellen,
- (3) mechanischer (z. B. Sturz), chemischer (z. B. Verätzung) oder elektrischer (z. B. Stromschlag) Einwirkung.

Ausgeschlossen bleiben

- (1) Schäden durch Kernenergie,
- (2) Gesundheitsschäden, die als Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten,
- (3) Berufskrankheiten,
- (4) allmählich erlittene Gesundheitsschäden. Das sind solche, bei denen die versicherte Person den Einwirkungen länger als zehn Stunden ausgesetzt war.

A-1.4.3 Unfälle bei Fahrtveranstaltungen

Bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es allein oder hauptsächlich auf die Erzielung von Durchschnittsgeschwindigkeiten ankommt (z. B. Oldtimer-, Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten), besteht Versicherungsschutz als Fahrer, Beifahrer oder Insasse.

Zudem sind Unfälle versichert, die der versicherten Person als Fahrer eines Leih- oder Mietkarts auf einer öffentlichen Kartbahn in Europa passieren.

Zu den versicherten Fahrtveranstaltungen gehören auch solche, bei denen die Verbesserung des Fahrkönnens und die Beherrschung des Fahrzeuges im Alltagsverkehr, insbesondere in extremen Gefahrensituationen, trainiert werden (z. B. Fahrsicherheitstrainings).

Für Fahrsicherheitstrainings mit Renncharakter besteht kein Versicherungsschutz.

Es besteht kein Versicherungsschutz bei der Teilnahme an Motorsportveranstaltungen, bei denen es (auch nur teilweise) auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit oder auch einer maximalen Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Ebenso gewähren wir keinen Versicherungsschutz für die Teilnahme an lizenzpflichtigen Motorsportveranstaltungen.

Auch bei jeglichen Übungs- und Trainingsfahrten zu Motorsportrennen oder Motorrennsportarten besteht kein Versicherungsschutz.

A-1.4.6 Luftfahrt- und Luftsportrisiko

Versicherungsschutz besteht als Passagier in einem Luftfahrzeug (Flugzeug).

Das gilt auch, wenn Sie oder die versicherte Person als Fluggast in einem Luftsportgerät von einem Unfall betroffen sind, wie z. B. bei einer Mitfahrt in einem Heißluftballon, als Passagier bei einem Segelrundflug oder als Passagier bei einem Fallschirm-Tandemsprung.

Versichert ist außerdem der Flugschüler in der Ausbildung zur Führung eines Luftfahrzeuges, da zu diesem Zeitpunkt noch keine Lizenz zum Fliegen erforderlich ist.

Sobald die versicherte Person eigenständig und eigenverantwortlich ein Luftfahrzeug führt, für das eine Lizenz erforderlich ist, besteht kein Versicherungsschutz (Beispiele: Pilot, Gleitschirm- oder Drachenflieger).

Dies gilt auch, wenn die versicherte Person ein sonstiges Besatzungsmitglied (wie z. B. Funker, Bordmechaniker oder Flugbegleiter) ist.

Allerdings besteht Versicherungsschutz für Personen, die nicht zur Besatzung zählen, mithilfe des Luftfahrzeuges jedoch ihre berufliche Tätigkeit ausüben (z. B. für Luftaufnahmen zur Verkehrsüberwachung oder als Arzt/medizinisches Personal bei Rettungs- und Sanitätsflügen).

Das Kitesurfen wird nicht als das Führen von Luftfahrzeugen angesehen, sodass hierbei uneingeschränkt Versicherungsschutz besteht.

A-1.4.7 Weitere Versicherungsfälle

A-1.4.7.1 Mitversichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch Eingriffe des täglichen Lebens – dies sind das Rasieren, Schneiden oder Feilen von Haaren, Nägeln, Hühneraugen und Hornhaut.

A-1.4.7.2 Versicherungsschutz besteht auch für Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder medizinische Eingriffe (auch strahlendiagnostische und -therapeutische), die durch einen in diesem Vertrag versicherten Unfall veranlasst waren.

Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzungen ärztlich behandeln. Führt ein Behandlungsfehler dabei zu weiteren Schädigungen, besteht auch insoweit Versicherungsschutz.

Für Gesundheitsschädigungen durch alle weiteren Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person besteht aber kein Versicherungsschutz.

A-1.4.7.3 Mitversichert gilt eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) infolge einer psychischen Reaktion auf ein Unfallereignis, wenn und soweit die Reaktion im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis und am Unfallort erfolgt.

Ergänzend gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

A-1.5 Einschränkungen unserer Leistungspflicht

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

Bitte beachten Sie daher die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (A-3) und zu den Ausschlüssen (A-4).

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

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

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

A-2.1 Invaliditätsleistung

A-2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

A-2.1.1.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität erlitten, wenn unfallbedingt die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist.

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist.

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

A-2.1.1.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität ist

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden.

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

A-2.1.1.3 Geltendmachung der Invaliditätsleistung

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

Versäumen Sie diese Frist, ist der Anspruch auf Invaliditätsleistung ausgeschlossen. Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

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

A-2.1.1.4 Keine Invaliditätsleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

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

In diesem Fall zahlen wir eine Todesfalleistung (A-2.5), sofern diese vereinbart ist.

Gegebenenfalls gezahlte Vorschüsse nach A-8.3 müssen nicht zurückerstattet werden.

A-2.1.2 Art und Höhe der Leistung

A-2.1.2.1 Berechnung der Invaliditätsleistung

Die Invaliditätsleistung erhalten Sie als einmalige Kapitalzahlung.

Grundlagen für die Berechnung der Leistung sind

- die vereinbarte Versicherungssumme und
- der unfallbedingte Invaliditätsgrad.

Beispiel: Bei einer Versicherungssumme von 20.000 EUR und einem unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % zahlen wir 10.000 EUR.

A-2.1.2.2 Bemessung des Invaliditätsgrades, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich nach der Gliedertaxe (A-2.1.2.2.1), sofern die betroffenen Körperteile, Sinnesorgane oder inneren Organe dort genannt sind, ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist (A-2.1.2.2.2).

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für die spätere Bemessung der Invalidität (A-8.4).

A-2.1.2.2.1 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder (Sinnes-) Organe gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade:

Arm	75 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm bis unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand im Handgelenk	75 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
andere Finger	10 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	75 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	75 %
Fuß einschl. Fußgelenk	70 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	100 %
Niere	20 %
beide Nieren	100 %

Milz	10 %
Gallenblase	10 %
Magen	20 %
Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm	25 %
Lungenflügel	50 %
gänzlicher Verlust der Zeugungs-, Empfängnis- oder Gebärfähigkeit	25 %

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

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 75 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7,5 % (ein Zehntel von 75 %).

A-2.1.2.2.2 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Zu den in der Gliedertaxe genannten Organen Niere, Gallenblase, Milz, Magen, Zwölffinger-, Dünn-, Dick- oder Enddarm und Lungenflügel haben Sie das Wahlrecht, ob eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach der Gliedertaxe oder individuell erfolgen soll.

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

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

A-2.1.2.2.3 Minderung bei Vorinvalidität

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

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

Beispiel: Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 75 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7,5 % (ein Zehntel von 75 %). Diese 7,5 %ige Vorinvalidität wird abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 67,5 %.

A-2.1.2.2.4 Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile, innere Organe oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Ist die Funktionsfähigkeit auf beiden Augen oder das Gehör auf beiden Ohren in gleichem Umfang beeinträchtigt, so erhöht sich der festgestellte Invaliditätsgrad um die Hälfte. Ist die Funktionsfähigkeit in unterschiedlichem Umfang eingeschränkt, so wird stattdessen der Invaliditätsgrad für das geringer geschädigte Auge bzw. Gehör verdoppelt.

Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (75 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 110 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.

A-2.1.2.2.5 Invaliditätsleistung bei Tod der versicherten Person

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

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

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

A-2.2 Unfall-Krankenhaustagegeld

A-2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person

- ist unfallbedingt in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer ambulanten chirurgischen Operation und ist deswegen für mindestens drei Tage ununterbrochen und vollständig in der Ausübung ihres Berufs beeinträchtigt - war die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls nicht berufstätig, kommt es auf die allgemeine Fähigkeit an, Arbeit zu leisten - oder
- unterzieht sich unfallbedingt einer vollstationären Rehabilitationsmaßnahme oder Kur bzw. befindet sich infolge des Unfalls in einem Sanatorium oder Erholungsheim.

Ein Leistungsanspruch besteht somit auch, wenn die Heilbehandlung in einem gemischten Institut erfolgt, welches der Heilbehandlung und der Rehabilitation dient.

A-2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

Wir zahlen das vereinbarte Krankenhaustagegeld

- für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung, längstens für drei Jahre ab dem Tag des Unfalls,
- pauschal für drei Tage bei ambulanten chirurgischen Operationen.

Bei einem Unfall im Ausland zahlen wir für jeden Kalendertag, den die versicherte Person vollstationär im ausländischen Krankenhaus behandelt wird, das Krankenhaustagegeld in doppelter Höhe - längstens für 30 Tage.

Ist nach Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfalltag eine stationäre Nachbehandlung erforderlich (z. B. zur Entfernung des Osteosynthesematerials), zahlen wir das Krankenhaustagegeld, wenn die Nachbehandlung nicht früher möglich war.

A-2.2.3 Genesungsgeld

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Heilbehandlung entlassen und hatte Anspruch auf Krankenhaustagegeld. Dann zahlen wir das Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die wir Krankenhaustagegeld geleistet haben, längstens jedoch für 100 Tage.

Haben wir für eine ambulante Operation nach A-2.4.1 und A-2.4.2 das Krankenhaustagegeld geleistet, zahlen wir ebenfalls das Genesungsgeld pauschal für drei Tage.

A-2.3 Todesfalleistung

A-2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person stirbt unfallbedingt innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall.

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

A-2.3.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen die Todesfalleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall verstirbt.

Stirbt die versicherte Person im zweiten Jahr nach dem Unfall, wird die Todesfallsumme nur fällig, sofern kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht.

Nachfolgende Leistungen liegen Ihrem Vertrag immer zugrunde. Bestehen für eine versicherte Person mehrere Verträge mit diesen Leistungsarten bei uns, können diese immer nur aus einem der Verträge geltend gemacht werden.

A-2.4 Such-, Bergungs- und Rückholkosten

A-2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

A-2.4.1.1 Der versicherten Person sind nach einem Unfall Kosten für

- Such-, Bergungs- oder Rettungseinsätze von öffentlich- oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten oder
- ihren ärztlich angeordneten oder medizinisch sinnvollen und vertretbaren Transport zum Krankenhaus, zur Spezialklinik oder zur nächstliegenden Druckkammer

entstanden.

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

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

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A-2.4.1.2 Wir ersetzen den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder medizinisch sinnvoll und vertretbar waren.

A-2.4.1.3 Bei einem unfallbedingten Todesfall ersetzen wir die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

A-2.4.2 Art und Höhe der Leistung

A-2.4.2.1 Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Kosten insgesamt bis maximal 10.000 EUR.

A-2.5 Kosten für kosmetische Operationen

A-2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat sich einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes eines nach diesem Vertrag ersatzpflichtigen Unfallereignisses zu beheben.

Die kosmetische Operation erfolgt

- durch einen Arzt,
- nach Abschluss der Heilbehandlung und
- spätestens innerhalb von fünf Jahren nach dem Unfall.

Wir ersetzen auch die Kosten für Zahnbehandlungen und Zahnersatz bei unfallbedingtem Verlust oder Teilverlust von natürlichen oder bereits mit festem Zahnersatz oder -teilersatz (z. B. Brücken, Implantate, Kronen, Inlays) versehenen Zähnen.

Ausgeschlossen von dem Kostenersatz bleibt herausnehmbarer Zahnersatz, wie z. B. Vollprothesen, Klammerprothesen, Geschiebeprothesen oder Teleskopprothesen.

Voraussetzung für die Übernahme von Kosten für kosmetische Operationen ist außerdem, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

A-2.5.2 Art und Höhe der Leistung

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus,
- Kosten für medizinisch notwendige Hilfs- und Heilmittel,
- Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- und Zahnlaborkosten

bis insgesamt 10.000 EUR.

A-2.6 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

A-2.6.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat eine der nachfolgenden schweren Unfallverletzungen erlitten:

- (1) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- (2) Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand

(3) Schädel-Hirn-Verletzung/Schädel-Hirn-Trauma mindestens 2. Grades mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung

(4) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche,

(5) Augenverletzungen

- dauerhafte Erblindung oder Verlust eines Auges
- Linsenverlust auf mindestens einem Auge
- dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %

(6) schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma

- Bruch (Fraktur) an zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßen-Abschnitten (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
 - gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ

Die Sofortleistung ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.

A-2.6.2 Art und Höhe der Leistung

Die Sofortleistung in Höhe von 10.000 EUR wird fällig, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 72 Stunden nach dem Unfall verstirbt.

A-2.7 Tagegeld für Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen

A-2.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat nach einem versicherten Unfall

- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet und
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens zwei Wochen

eine medizinisch notwendige Kur- oder Reha-Maßnahme durchgeführt.

Sie haben uns die Voraussetzungen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

A-2.7.2 Art und Höhe der Leistung

Wir zahlen ein Kur- oder Reha-Tagegeld von 10 EUR täglich, längstens für 100 Tage.

Bei ambulanten Kur- oder Reha-Maßnahmen zahlen wir das Tagegeld nur für die tatsächlichen Behandlungstage.

Die Leistung kann nur einmal je Unfallereignis in Anspruch genommen werden.

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

A-3.1 Krankheiten und Gebrechen

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

Wir leisten nicht für die Folgen von Krankheiten (z. B. Diabetes oder Gelenkserkrankungen) oder Gebrechen (z. B. Fehlstellungen der Wirbelsäule, angeborene Sehnenverkürzung).

A-3.2 Mitwirkung

A-3.2.1 Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten zusammen, mindern wir die Leistung um den Anteil, den die Krankheiten an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen haben (Mitwirkungsanteil).

A-3.2.2 Beträgt der Mitwirkungsanteil der Krankheit mehr als 25 %, nehmen wir eine Minderung vor.

A-4 Was ist nicht versichert?

A-4.1 Ausgeschlossene Unfälle

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

A-4.1.1 Unfälle, die der versicherten Personen dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht auszuführen

A-4.1.2 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Ausnahmen:

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

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.

Kein Versicherungsschutz besteht

- 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,
- bei der aktiven Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg
- für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.

(2) Versichert sind Unfallfolgen durch

- Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Partei verübt werden, sowie durch
- gewalttätige Auseinandersetzungen und inneren Unruhen,

wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

A-4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind

A-4.1.4 Sportunfälle (beim Wettkampf oder beim Training), wenn sie

- als Berufssportler oder
- bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person damit überwiegend den Lebensunterhalt verdient (einschließlich Sportförderung und entsprechender Tätigkeiten innerhalb von Polizei, Bundeswehr und Ähnlichem) verursacht werden.

Ausnahme:

Dieser Ausschluss gilt nicht für Vertragsamateure und Vertragssportler, die

- neben ihrer sportlichen Betätigung noch eine berufliche Tätigkeit ausüben und damit mindestens 50 % ihres Lebensunterhaltes bestreiten oder
- noch keine berufliche Tätigkeit ausüben, weil sie noch in der schulischen Ausbildung sind oder studieren und ihre Einkünfte für die ausgeübte Sportart einen Bruttobetrag von 6.000 EUR im Jahr nicht übersteigt (hierzu zählen feste Gehälter, Prämien, Preisgelder, Werbeverträge, Mäzenatentum, Sponsoring oder anderweitige Zuwendungen)

solange sie Sport unterhalb der ersten – bei Handball und Eishockey unterhalb der zweiten und Fußball unterhalb der dritten – deutschen Spiel- bzw. Leistungsklasse ausüben.

A-4.1.5 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie oder ein gesetzlicher Vertreter diese vorsätzlich herbeigeführt haben.

A-4.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

A-4.2.1 Infektionen

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Gesundheitsschäden infolge von Infektionen.

Ausnahmen:

Für nachfolgende Infektionen besteht Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung (erstmalige ärztliche Feststellung) frühestens drei Monate (bei FSME 15 Tage) nach Vertragsbeginn ausbricht bzw. diagnostiziert wird (Wartezeit). Diese Wartezeit entfällt, wenn die Infektion sich nachweislich innerhalb der Vertragslaufzeit, also nach Vertragsbeginn, ereignete.

- Es besteht Versicherungsschutz für Infektionen, die durch Hautverletzungen von Tieren übertragen wurden (z. B. Meningitis).
- Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz für
 - Wundinfektionen, Blutvergiftungen, Wundstarrkrampf und Tollwut,
 - Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe der versicherten Person entstanden sind, wenn diese Heilmaßnahmen oder Eingriffe aufgrund eines versicherten Unfalls erforderlich waren.

A-4.2.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen

Ausnahme:

Bandscheibenschäden sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen sind mitversichert, wenn ein Unfallereignis nach A-1.3 diese Gesundheitsschäden überwiegend (also zu mehr als 50 %) verursacht hat.

Der Leistungsfall

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

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in A-2 geregelt.

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

A-6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, müssen Sie unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Sie sind jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

A-6.2 Sämtliche Angaben, um die wir Sie bitten, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.

A-6.3 Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten müssen Sie sich untersuchen lassen. Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht.

A-6.4 Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

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

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

Dazu können Sie die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Sonst müssen Sie die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

A-7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn Sie eine der in A-6 genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, verlieren Sie den Versicherungsschutz.

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

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

Weisen Sie nach, dass 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 für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

A-8 Wann sind die Leistungen fällig?

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

A-8.1 Erklärung über die Leistungspflicht

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

Die Fristen beginnen, sobald uns folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen;
- bei Invaliditätsleistung zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrades notwendig ist.

Beachten Sie dabei auch die Verhaltensregeln A-6.

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

A-8.2 Fälligkeit der Leistung

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

A-8.3 Vorschüsse

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

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

A-8.3.1 Die vereinbarte Invaliditätsleistung zahlen wir vor Abschluss des Heilverfahrens, wenn keine Lebensgefahr mehr besteht, für folgende Verletzungen:

- Verlust von Gliedmaßen;
- Verlust von einem der nachfolgend genannten inneren Organe: Nieren, Milz, Gallenblase, Magen, Zwölffinger-, Dick-, Dünn- und Enddarm, sofern die versicherte Person auf eine Bemessung des Invaliditätsgrades nach A-2.1.2.2.2 verzichtet.

A-8.4 Neubemessung des Invaliditätsgrades

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

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

Dieses Recht steht Ihnen längstens bis zu fünf Jahre nach dem Unfall und uns längstens bis zu zwei Jahre nach dem Unfall zu.

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

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

A-8.5 Allgemeine Hinweise im Leistungsfall

Für alle Leistungsarten mit Kostenersatz gelten folgende Grundsätze:

- (1) Voraussetzung ist, dass kein Dritter (z. B. Krankenkasse, Haftpflichtversicherer) zu einer Kostenerstattung verpflichtet ist oder er seine Leistungspflicht bestreitet.

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger nicht eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns geltend gemacht werden, wenn Ihre Forderungen gegen andere Ersatzpflichtige an uns abgetreten werden.

- (2) 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 die Verordnung nachgewiesen werden.

Teil B Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung

Der Versicherungsumfang

B-1 Allgemeines

Folgende Risiken sind nach Maßgabe dieses Abschnitts versichert:

- Arbeitsunfähigkeit
- Arbeitslosigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit ist in Ziffer B-3 definiert. Die Arbeitslosigkeit ist in Ziffer B-5 definiert.

B-2 Wer ist versichert?

Versicherungsschutz wird nur gewährt, wenn Sie:

- bei Antragsstellung mindestens 18 Jahre sind und das 56. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- bei Eintritt des Versicherungsfalles seit mindestens 24 Monaten innerhalb Deutschlands Vollzeit beschäftigt sind und hiervon seit mindestens 12 Monaten bei ein und demselben Arbeitgeber tätig sind (vgl. Ziffer B-2.1) oder
- bei Eintritt des Versicherungsfalles seit mindestens 24 Monaten innerhalb Deutschlands selbstständig tätig sind (vgl. Ziffer B-2.2).

B-2.1 Vollzeitbeschäftigung

Vollzeitbeschäftigt im Sinne der Versicherungsbedingungen ist, wer in einem unbefristeten, bezahlten und sozialversicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis von mehr als 18 Stunden pro Woche steht.

Auch wenn Sie mehr als 18 Stunden pro Woche sozialversicherungspflichtig arbeiten liegt keine Vollzeitbeschäftigung im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn

- ihr Arbeitsverhältnis zeitlich befristet ist (dies gilt auch bei Saisonarbeiten),
- Sie projektgebundene Arbeiten ausführen, für die Sie speziell angestellt wurden,
- Sie bei Ehegatten oder bei in direkter Linie Verwandten arbeiten,
- Sie im Rahmen von Ausbildungszeiten (auch Referendarzeit, Fortbildungsmaßnahmen und Ähnliches), Wehrdienst oder Bundesfreiwilligendienst tätig sind.

B-2.2 Selbstständigkeit

Selbstständig tätig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist, wer einen freien Beruf ausübt, ein Gewerbe betreibt oder unmittelbar oder mittelbar einen beherrschenden Einfluss auf die Leitung einer Personen- oder Kapitalgesellschaft, in welcher er selbst als Organ oder als Mitglied eines Organs tätig ist, ausübt oder ausüben kann.

Nicht versicherbar sind selbstständig Tätige in folgenden Branchen und Funktionen:

- Gastgewerbe,
- Schausteller,
- Taxiunternehmer,
- Schauspieler und Artisten,
- Kleingewerbetreibende,
- Inhaber von Reisegewerbescheinen,
- Handelsvertreter und Künstler,

- Geschäftsführer einer Ein-Personen-GmbH.

B-3 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen und welche Versicherungsleistung erbringen wir in diesem Fall?

B-3.1 Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie in Folge von Gesundheitsstörungen oder aufgrund eines Unfalls außerstande sind, Ihre bisherige oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund Ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse ausgeübt werden kann und Ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Liegt Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Gesundheitsstörung vor, müssen Sie sich wegen dieser Gesundheitsstörungen in regelmäßiger Behandlung eines innerhalb Deutschlands zugelassenen und praktizierenden Arztes befinden.

B-3.2 Versicherungsfall

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn Sie nach Ziffer B-3.1 arbeitsunfähig werden.

B-3.3 Karenzzeit

Ein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht erst nach Ablauf der Karenzzeit und nur für den der Karenzzeit nachfolgenden Zeitraum. Berechnungsbasis für den Leistungsanspruch ist der auf die Karenzzeit folgende Zeitraum.

Die Karenzzeit beträgt 90 Tage und beginnt mit Eintritt des Versicherungsfalles.

B-3.4 Leistungsumfang

Werden Sie während der Laufzeit dieser Versicherung für einen über die Karenzzeit hinausgehenden Zeitraum arbeitsunfähig, so werden wir je Monat Ihrer Arbeitsunfähigkeit, der auf die Karenzzeit folgt, die vereinbarte monatliche Versicherungsleistung zahlen. Sofern Ihre Arbeitsunfähigkeit im Laufe eines Monats endet, wird die Versicherungsleistung anteilig (1/30 der vereinbarten monatlichen Versicherungsleistung pro Kalendertag der Arbeitsunfähigkeit) bezahlt.

B-3.5 Leistungszeitraum

Leistungen aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung können je Versicherungsfall für maximal 12 Monate, bei mehr als einem Versicherungsfall, für insgesamt maximal 24 Monate während der Vertragslaufzeit bezogen werden.

B-4 In welchen Fällen von Arbeitsunfähigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

B-4.1 Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Erkrankungen

Der Versicherungsschutz ist ausgeschlossen, wenn die Arbeitsunfähigkeit auf einer der folgenden Erkrankungen beruht:

- Krebserkrankungen, unabhängig von der Art und des Stadiums der Krebserkrankung,
- Schlaganfällen (Zerebrovaskulärer Insult) gem. den ICD^{1*}-10 Klassifikationen 60, 61, 62, 63, 64 und 69 einschließlich jeweils aller Unterziffern,

¹ ICD ist die Abkürzung für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“. Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat diese Klassifikation erstellt. Der behandelnde Arzt verschlüsselt die Diagnose z. Bsp. auf der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

- Herzinfarkten (Myokardinfarkten) gem. den ICD-10 Klassifikationen 21, 22, 23 und 25.2 einschließlich jeweils aller Unterziffern,
- Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes – es sei denn, sie sind von einem Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt,

wegen derer Sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich beraten oder behandelt wurden.

Diese Einschränkung gilt nur, wenn der Versicherungsfall innerhalb der ersten 24 Monate seit Beginn des Versicherungsschutzes eintritt und in ursächlichem Zusammenhang mit den aufgeführten Erkrankungen steht.

B-4.2 Arbeitsunfähigkeit während Arbeitslosigkeit

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn Sie zu einer Zeit arbeitsunfähig werden, zu der Sie nicht vollzeitbeschäftigt gemäß B-2.1 oder selbstständig gemäß B-2.2 tätig waren.

B-4.3 Weitere Ausschlüsse

Ferner wird keine Versicherungsleistung gezahlt bei Arbeitsunfähigkeit verursacht durch:

- vorsätzliches Herbeiführen von Krankheiten oder Kräfteverfall, vorsätzliche Selbstverletzungen oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir leisten;
- Schwangerschaft;
- Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch/Missbrauch sonstiger Substanzen oder eine hierdurch bedingte Bewusstseinsstörung;
- unmittelbare oder mittelbare Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern Sie auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen haben;
- Strahlung, Kontamination oder radioaktive Einwirkungen, egal aus welcher Quelle;
- psychische Krankheiten (inkl. Suchterkrankungen, z.B. Spielsucht) oder geistige oder nervliche Störungen;
- chirurgische Eingriffe und medizinische Behandlungen, die nicht aus medizinischen Gründen durchgeführt wurden;
- die vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch Sie.

Keine Versicherungsleistung wird ferner gezahlt wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit für Zeiträume, in denen schon eine Leistung von uns bezogen wird (wechselseitige Ausschlüsse).

B-5 Was ist Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen und welche Versicherungsleistung erbringen wir in diesem Fall?

B-5.1 Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit ist gegeben, wenn Sie keiner Vollzeitbeschäftigung im Sinne von Ziffer B-2.1 nachgehen oder nicht mehr selbstständig tätig im Sinne von Ziffer B-2.2 sind und bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen. Selbstständige, die keinen Anspruch

auf Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen haben, müssen dies durch einen entsprechenden Negativbescheid der Agentur für Arbeit nachweisen.

B-5.2 Versicherungsfall

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn Sie nach Ziffer B-5.1 arbeitslos werden.

B-5.3 Karenzzeit

Ein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit entsteht erst nach Ablauf der Karenzzeit und nur für den der Karenzzeit nachfolgenden Zeitraum. Berechnungsbasis für den Leistungsanspruch ist der auf die Karenzzeit folgende Zeitraum.

Die Karenzzeit beträgt 90 Tage und beginnt mit Eintritt des Versicherungsfalles.

Beginn der Karenzzeit im Falle von Pandemien:

Für den Fall, dass die Weltgesundheitsorganisation (WHO) während eines durch den Versicherungsvertrag versicherten Zeitraums einen sog. Notfallstatus (Public Health Emergency of International Concern PHEIC) oder eine gleichbedeutende Einstufung einer Seuche erklärt hat, beginnt die Karenzzeit erst nach Rücknahme bzw. Reduzierung des Notfallstatus durch die WHO.

B-5.4 Leistungsumfang

Werden Sie während der Laufzeit dieser Versicherung für einen über die Karenzzeit hinausgehenden Zeitraum arbeitslos, so werden wir je Monat, der auf die Karenzzeit folgt, die vereinbarte monatliche Versicherungsleistung zahlen. Sofern Ihre Arbeitslosigkeit im Laufe eines Monats endet, wird die Versicherungsleistung anteilig (1/30 der vereinbarten monatlichen Versicherungsleistung pro Kalendertag der Arbeitslosigkeit) bezahlt.

B-5.5 Leistungszeitraum

Leistungen aus der Arbeitslosigkeitsversicherung können je Versicherungsfall für maximal 12 Monate, bei mehr als einem Versicherungsfall, für insgesamt maximal 24 Monate während der Vertragslaufzeit bezogen werden.

B-6 In welchen Fällen von Arbeitslosigkeit ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

B-6.1 Arbeitslosigkeit aufgrund vorsätzlichem Fehlverhalten, eigener Kündigung oder Aufhebungsvertrag

Wir leisten keine Versicherungsleistung bei Arbeitslosigkeit, die durch vorsätzliches Fehlverhalten (z. B. Betrug, Diebstahl, Unterschlagung, etc.) durch Sie eintritt.

Wenn Sie Ihren Arbeitsvertrag selbst kündigen oder eine einvernehmliche Aufhebung akzeptieren, wird keine Versicherungsleistung gezahlt. Wird der Arbeitsvertrag aufgehoben, nachdem Ihnen gekündigt worden ist, so gelten Sie frühestens ab dem Zeitpunkt als arbeitslos, zu dem diese Kündigung Ihr Arbeitsverhältnis beendet hätte.

B-6.2 Weitere Ausschlüsse

Ferner wird keine Versicherungsleistung gezahlt bei Arbeitslosigkeit, wenn:

- Sie nicht entweder bei Versicherungsbeginn oder bei Eintritt der Arbeitslosigkeit seit mindestens 24 Monaten innerhalb der Bundesrepublik Deutschland Vollzeit beschäftigt sind und hiervon seit mindestens 12 Monaten bei ein- und demselben

Arbeitgeber tätig waren oder innerhalb der Bundesrepublik Deutschland seit mindestens 24 Monaten selbstständig tätig sind;

- Sie bei Versicherungsbeginn von der bevorstehenden Beendigung des Arbeitsverhältnisses Kenntnis hatten oder aufgrund grober Fahrlässigkeit keine Kenntnis hatten;
- Sie während der Probezeit arbeitslos werden;
- Sie arbeitslos werden aufgrund von Ausschlüssen, die unter Arbeitsunfähigkeit genannt wurden (B-4);
- Sie es versäumt haben, als ehemals Vollzeitbeschäftigter im Sinne dieser Bedingungen das Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen zu beantragen oder Sie es als ehemals Selbstständiger im Sinne dieser Bedingungen versäumt haben, sich bei der Agentur für Arbeit als arbeitsuchend zu melden;
- Sie Übergangsgeld, z. B. im Rahmen einer Umschulung, Arbeitsbeschaffungsmaßnahme (ABM) oder anderer Programme erhalten;
- Sie Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen im Anschluss an die vollständige Ausschöpfung von Leistungen aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung erhalten (Aussteuerung).

Keine Versicherungsleistung wird gezahlt wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit für Zeiträume, in denen schon eine Leistung von uns bezogen wird (wechselseitige Ausschlüsse).

B-7 Mehrfache Arbeitsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit

B-7.1 Mehrfache Arbeitsunfähigkeit

Sollten wir eine Versicherungsleistung wegen Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer Gesundheitsstörung oder eines Unfalls gezahlt haben, so müssen Sie nach Einstellung der Versicherungsleistung und vor Eintritt einer erneuten Arbeitsunfähigkeit folgende Zeiträume Vollzeit beschäftigt gearbeitet haben oder selbstständig tätig gewesen sein, um einen Anspruch wegen der erneuten Arbeitsunfähigkeit geltend machen zu können:

- mindestens 30 aufeinanderfolgende Tage, wenn die erneute Arbeitsunfähigkeit auf einer im Vergleich zur vorangegangenen Arbeitsunfähigkeit andersartigen Gesundheitsstörung beruht;
- mindestens 180 aufeinanderfolgende Tage, wenn die erneute Arbeitsunfähigkeit auf einer gleichartigen Gesundheitsstörung beruht.

B-7.2 Mehrfache Arbeitslosigkeit

Liegen zwei Zeiträume, in denen Sie arbeitslos sind, drei Monate oder weniger auseinander, wird der gesamte Zeitraum insgesamt als ein Versicherungsfall der Arbeitslosigkeit behandelt. Für diesen Fall gilt die Regelung aus B-5.5. Für die Zeiten, in denen Sie zwischen zwei Zeiträumen der Arbeitslosigkeit berufstätig sind, erbringen wir keine Leistungen.

Zur Geltendmachung eines Anspruchs auf Versicherungsleistung wegen erneuter Arbeitslosigkeit müssen Sie nach Beendigung der Arbeitslosigkeit und vor Eintritt einer erneuten Arbeitslosigkeit 180 aufeinanderfolgende Tage Vollzeit beschäftigt oder selbstständig gewesen sein.

Der Leistungsfall

B-8 Wie wird der Schaden gemeldet? (Obliegenheiten im Schadenfall)

B-8.1 Anzeige des Versicherungsfalls

Den Eintritt des Versicherungsfalls (Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit) haben Sie APRIL oder uns unverzüglich in Textform oder telefonisch anzuzeigen. Bereits Ihre Kenntnis über den bevorstehenden Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie APRIL oder uns unverzüglich in Textform oder telefonisch anzeigen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung muss innerhalb von 120 Tagen nach Eintritt des Versicherungsfalls und/oder Kenntnis des bevorstehenden Eintritts des Versicherungsfalles geltend gemacht werden. Maßgeblich ist der frühestmögliche Zeitpunkt.

Ansprüche aufgrund von Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit, sind für jeden Monat, für den Sie Versicherungsleistung beantragen, erneut geltend zu machen.

B-8.2 Nachweise zur Prüfung unserer Leistungspflicht

Eine Leistungspflicht von uns besteht ausschließlich, wenn Sie nachweisen, dass die Voraussetzungen dieser Bedingungen gegeben sind.

Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können APRIL oder wir alle notwendigen Nachweise verlangen, die für den jeweiligen Anspruch auf Versicherungsleistung von Bedeutung sind. Das sind insbesondere:

- einen durch einen innerhalb Deutschlands zugelassenen und praktizierenden Arzt erstellten Nachweis über Ihre Arbeitsunfähigkeit und die Ursache der Arbeitsunfähigkeit sofern Sie Ansprüche aufgrund von Arbeitsunfähigkeit geltend machen;
- eine Bescheinigung der zuständigen Agentur für Arbeit, dass Sie arbeitslos gemeldet sind und Arbeitslosengeld oder gleichzusetzende Leistungen beziehen. Für Selbstständige ist eine Bescheinigung der zuständigen Agentur für Arbeit, dass Sie arbeitslos gemeldet sind, ausreichend;
- Nachweise darüber, dass Sie sich aktiv um Arbeit bemühen. Dies gilt auch für Selbstständige.

Die hiermit verbundenen Kosten haben Sie zu tragen.

APRIL oder wir können, auch während der Erbringung von Versicherungsleistungen, weitere Nachweise darüber verlangen, dass die Voraussetzungen des Anspruchs auf Versicherungsleistung noch immer erfüllt werden.

Im Falle der Geltendmachung von Ansprüchen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit sind APRIL oder wir berechtigt, auf unsere Kosten, einen zugelassenen und praktizierenden Arzt zur Untersuchung zu bestimmen.

B-9 Verhältnis von Arbeitsunfähigkeit zu Arbeitslosigkeit

B-9.1 Eintritt Arbeitslosigkeit während Arbeitsunfähigkeit

Sofern Sie Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit erhalten und während dieser Zeit arbeitslos werden, gilt Folgendes:

Sie haben APRIL oder uns die veränderten Umstände unverzüglich in Textform oder telefonisch mitzuteilen.

Versicherungsleistungen wegen Arbeitsunfähigkeit werden weiterhin nach Maßgabe der Ziffern B-3 und B-4 gezahlt. Nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit können Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit geltend machen.

Bei der Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit werden wir die Zeit der Arbeitsunfähigkeit als Vollzeitbeschäftigung, bzw. als selbstständige Tätigkeit, anrechnen. Die Gesamtversicherungsleistung für Arbeitsunfähigkeit und daran anschließende Arbeitslosigkeit ist auf insgesamt 12 monatliche Zahlungen begrenzt.

B-9.2 Eintritt Arbeitsunfähigkeit während Arbeitslosigkeit

Sofern Sie Versicherungsleistungen wegen Arbeitslosigkeit erhalten und während dieser Zeit arbeitsunfähig werden, gilt Folgendes:

Sie haben APRIL oder uns die veränderten Umstände unverzüglich in Textform oder telefonisch mitzuteilen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung wegen Arbeitslosigkeit endet an dem Tag, an dem Sie Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit erhalten. Bei der Prüfung des Anspruchs auf Versicherungsleistung wegen Arbeitsunfähigkeit werden wir das Erfordernis Ihrer Vollzeitbeschäftigung oder selbstständigen Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit außer Betracht lassen. Die Gesamtversicherungsleistung für Arbeitslosigkeit und daran anschließende Arbeitsunfähigkeit ist auf insgesamt 12 monatliche Zahlungen begrenzt.

B-10 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer B-8 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.

Teil C Allgemeine Bedingungen

C-1 – Beginn des Versicherungsschutzes, Beitragszahlung

C-1.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit. Dies gilt vorbehaltlich der Regelungen über die Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung des Erst- oder Einmalbeitrags.

Die Wartezeit für Leistungen wegen

- Arbeitsunfähigkeit (Abschnitt B) und
- Arbeitslosigkeit (Abschnitt B)

beträgt 180 Tage.

Die Wartezeit beginnt mit dem Beginn des Versicherungsvertrages, allerdings nicht vor der Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrags. Tritt eine Arbeitsunfähigkeit oder eine Arbeitslosigkeit innerhalb dieser Wartezeit ein, so besteht für dieses Ereignis kein Leistungsanspruch. Für diese Fälle besteht auch nach Ablauf der Wartezeit kein Leistungsanspruch, auch wenn die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit über den Ablauf der Wartezeit hinaus fort dauert.

C-1.2 Beitragszahlung, Versicherungsperiode

C-1.2.1 Beitragszahlung

Die Beiträge werden im Voraus durch laufende Zahlungen monatlich gezahlt.

C-1.2.2 Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beträgt ein Jahr. Das gilt auch, wenn die vereinbarte Vertragsdauer länger als ein Jahr ist. Ist die vereinbarte Vertragsdauer kürzer als ein Jahr, so entspricht die Versicherungsperiode der Vertragsdauer.

C-1.2.3 Versicherungsteuer

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

C-1.3 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung

C-1.3.1 Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags

Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Dies gilt unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.

Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

C-1.3.2 Unser Rücktrittsrecht bei Zahlungsverzug

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig nach C-1.3.1 gezahlt, so können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht veranlasst haben.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

C-1.3.3 Unsere Leistungsfreiheit

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig nach C-1.3.1 zahlen, sind wir für einen vor Zahlung des Beitrags eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet. Voraussetzung ist, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht haben.

Die Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn Sie die Nichtzahlung zu vertreten haben.

C-1.4 Folgebeitrag

C-1.4.1 Fälligkeit

Ein Folgebeitrag wird entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise jeweils zu Monatsbeginn oder zu einem anderen vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zur Fälligkeit veranlasst wird.

C-1.4.2 Verzug und Schadensersatz

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug. Dies gilt nur, wenn Sie die verspätete Zahlung zu vertreten haben.

Sind Sie mit der Zahlung eines Folgebeitrags in Verzug, sind wir berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

C-1.4.3 Mahnung

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Sie auf Ihre Kosten in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist bestimmen (Mahnung). Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung betragen.

Die Mahnung ist nur wirksam, wenn wir je Vertrag die rückständigen Beträge des Beitrags sowie der Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und auf die Rechtsfolgen (Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht) hinweisen.

C-1.4.4 Leistungsfreiheit nach Mahnung

Tritt nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Versicherungsfall ein und sind Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

C.1.4.5 Kündigung nach Mahnung

Sind Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beiträge in Verzug, können wir nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung kündigen.

Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden werden. Mit Fristablauf wird die Kündigung wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Hierauf sind Sie bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.

C-1.4.6 Zahlung des Beitrags nach Kündigung

Die Kündigung wird unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung veranlasst wird. Wenn die Kündigung mit der Zahlungsfrist verbunden worden ist, wird sie unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach Fristablauf veranlasst wird.

Unsere Leistungsfreiheit nach C1-4.4 bleibt bis zur Zahlung bestehen.

C-1.5 Prämienzahlung während eines Leistungsfalles

Prämien sind auch für die Zeiträume zu zahlen, in denen Sie Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit (Abschnitt B) erhalten.

C-1.6 Bezahlverfahren

C-1.6.1 Ihre Pflichten

Um den Beitrag rechtzeitig zu zahlen, ist, unabhängig von der gewählten Zahlungsmethode (z.B. SEPA-Lastschrift, Kreditkarte, PayPal), zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrags für eine ausreichende Deckung des zu belastenden Kontos zu sorgen.

Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abgegebenen Zahlungsaufforderung von uns erfolgt.

C-1.6.2 Fehlgeschlagene Abbuchung

Haben Sie es zu vertreten, dass ein oder mehrere Beiträge trotz wiederholtem Abbuchungsversuch nicht eingezogen werden können, sind wir berechtigt, das vereinbarte Abbuchungsverfahren in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zu kündigen.

Wir haben in der Kündigung darauf hinzuweisen, dass Sie verpflichtet sind, den ausstehenden Beitrag und zukünftige Beiträge selbst zu übermitteln.

Von Kreditinstituten erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Abbuchungen können Ihnen in Rechnung gestellt werden.

C-1.7 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

C-1.7.1 Allgemeiner Grundsatz

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags steht uns nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

C-1.7.2 Beitrag oder Geschäftsgebühr bei Widerruf, Rücktritt und Anfechtung

C-1.7.2.1 Widerrufen Sie Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen, haben wir nur den auf die Zeit nach Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Beiträge zu erstatten. Voraussetzung ist, dass wir in der Widerrufsbelehrung auf das Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen und Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Ist die Widerrufsbelehrung nach Satz 2 unterblieben, haben wir zusätzlich den für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beitrag zu erstatten. Dies gilt nicht, wenn Sie Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

C-1.7.2.2 Treten wir wegen Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht vom Versicherungsvertrag zurück, so steht uns der Beitrag bis zum Zugang der Rücktrittserklärung zu.

Wird der Versicherungsvertrag durch unseren Rücktritt beendet, weil der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist, so steht uns eine angemessene Geschäftsgebühr zu.

C-1.7.2.3 Wird der Versicherungsvertrag durch Anfechtung von uns wegen arglistiger Täuschung beendet, so steht uns der Beitrag bis zum Zugang der Anfechtungserklärung zu.

C-1.8 Anpassung des Beitrags an die Schadens- und Kostenentwicklung (Beitragsanpassungsklausel)

Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen und eine risikogerechte Tarifierung sicherzustellen, sind wir berechtigt und verpflichtet, alle drei Jahre durch eine neue Kalkulation der Beiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss.

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

- Sie ist stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl abgrenzbarer Risiken durchzuführen. Wir wenden darüber hinaus die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.
- Versicherungsverträge, die (nach versicherungsmathematischen Grundsätzen) einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen, werden bei der Überprüfung in Risikogruppen zusammengefasst.
- Im Rahmen der Prüfung vergleichen wir, ob sich die technischen Berechnungsgrundlagen (z. B. Sterbetafeln, Krankenhausstatistiken) zur Ermittlung der erwarteten Schadenaufwendungen, die in den Risikogruppen beobachtet gegenüber der in den technischen Berechnungsgrundlage kalkulierten Anzahl von Leistungsfällen bzw. die durchschnittlichen Schadenaufwendungen je Leistungsfall, verändert haben. Es dürfen hierbei nur Änderungen berücksichtigt werden, die sich seit der letzten Kalkulation der Beiträge ergeben haben. Der Ansatz für Gewinn sowie individuelle Beitragszu- oder -abschläge bleiben außer Betracht.
- Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.
- Als Datengrundlage für die Kalkulation kommen unternehmensinterne und unternehmensübergreifende Daten in Betracht; unternehmensübergreifende Daten werden u.a. von der Deutschen Aktuar Vereinigung (DAV) bzw. dem Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) zur Verfügung gestellt.

Sofern die Überprüfung eine Veränderung von mindestens 5 % (Bagatellgrenze) ergibt, sind wir im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, die Beiträge für die bestehenden Versicherungsverträge anzupassen.

Wird bei der Überprüfung eine Veränderung von weniger als 5 % festgestellt, findet eine Prämienanpassung nicht statt.

Sind die ermittelten Beiträge für bestehende Versicherungsverträge höher als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Berechnungsmerkmale und den gleichen Umfang des Versicherungsschutzes, können wir für die bestehenden Verträge höchstens die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

Der neue Beitrag wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam. Für eine Beitragserhöhung gilt dies aber nur, wenn wir Ihnen in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief)

(1) die Beitragserhöhung unter Hinweis auf den Unterschied zwischen altem und neuem Beitrag einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitgeteilt und

(2) Sie über Ihr Kündigungsrecht belehrt haben.

Bei Erhöhung des Beitrages können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Andernfalls wird der Vertrag mit dem geänderten Beitrag fortgeführt.

C-2 - Dauer und Ende des Vertrags/Kündigung

C-2.1 Dauer und Ende des Vertrags

C-2.1.1 Vertragsdauer

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

Der Vertrag endet frühestens zu einem der nachfolgenden Zeitpunkte:

- mit Ihrem Tod;
- mit dem Ablauf des Versicherungsmonats, in welchem wir die Gesamtversicherungsleistung von 24 monatlichen Versicherungsleistungen aufgrund von Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit (Abschnitt B) erbracht haben;
- mit der Kündigung des Versicherungsvertrags.

C-2.1.2 Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr. Er verlängert sich nicht, wenn einer der Vertragsparteien rechtzeitig vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragslaufzeit eine Kündigung zugegangen ist.

C-2.1.2.1 Der Vertrag kann von Ihnen jederzeit zum Ende des Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Ihre Kündigung wird nur wirksam, wenn sie uns spätestens drei Monate vor dem Kündigungstermin in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zugegangen ist.

C-2.1.2.2 Der Vertrag kann von uns jeweils zum Ende des Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Unsere Kündigung wird nur wirksam, wenn sie Ihnen spätestens drei Monate vor dem Kündigungstermin zugegangen ist.

C-2.1.3 Kündigung bei mehrjährigen Verträgen

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren können Sie den Vertrag zum Schluss des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten

kündigen. Ihre Kündigung wird nur wirksam, wenn sie uns spätestens drei Monate vor dem Kündigungstermin in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) zugegangen ist.

C-2.2 Kündigung nach Versicherungsfall

C-2.2.1 Kündigungsrecht

Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalls können Sie den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung muss uns in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) spätestens einen Monat nach der Zahlung, der Ablehnung oder der Zustellung der Klage zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung mit dem Zugang der Kündigung bei uns wirksam.

Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

C-2.2.2 Kündigung bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit oder Geisteskrankheit

Wird bei Ihnen eine

- dauernde Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 61a Sozialgesetzbuch XII oder
- eine Geisteskrankheit ärztlich festgestellt,

so können Sie den Versicherungsschutz rückwirkend zum Zeitpunkt der Feststellung kündigen.

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.

Wir erstatten den Beitrag nach Vorlage

- des Bescheids der Pflegekasse über die Zuerkennung eines Pflegegrades oder
- der Bestätigung des Krankenversicherers über eine Aufenthaltsunterbringung bzw. ständige Begleitung im Falle einer Geisteskrankheit ab dem Zeitpunkt der Feststellung, maximal jedoch für die letzten drei Jahre.

C-3 - Anzeigepflicht, Gefahrerhöhung, andere Obliegenheiten

C-3.1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen wir in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Diese Anzeigepflicht gilt auch dann, wenn wir Sie nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor der Vertragsannahme Fragen im Sinn von Satz 1 in Textform stellen.

Wird der Vertrag von einem Vertreter von Ihnen geschlossen, so sind bei der Anwendung von Absatz 1 und C-3.1.2 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist von Ihnen zu berücksichtigen.

Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihnen noch Ihrem Vertreter Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

C-3.2 Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

C-3.2.1 Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nach C-3.1.1 Absatz 1, können wir vom Vertrag zurücktreten. Im Fall des Rücktritts besteht auch für die Vergangenheit kein Versicherungsschutz.

Wir haben jedoch kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie 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 zu gleichen oder anderen Bedingungen geschlossen hätten.

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.

C-3.2.2 Kündigung

Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht nach C-3.1.1 Absatz 1 leicht fahrlässig oder schuldlos, können wir den Vertrag kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu gleichen oder anderen Bedingungen geschlossen hätten.

C-3.2.3 Vertragsänderung

Haben Sie Ihre Anzeigepflicht nach C-3.1.1 Absatz 1 nicht vorsätzlich verletzt und hätten wir bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände den Vertrag auch zu anderen Bedingungen geschlossen, so werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Bei einer von Ihnen unverschuldeten Pflichtverletzung werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als zehn Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In dieser Mitteilung haben wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht hinzuweisen.

C-3.3 Frist und Form für die Ausübung unserer Rechte

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung müssen wir innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben. Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht und der Umstände Kenntnis erlangen, die das von uns jeweils geltend gemachte Recht begründen.

C-3.4 Unsere Hinweispflicht

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) auf die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen haben.

C-3.5 Ausschluss von Rechten von uns

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

C-3.6 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt bestehen.

C-3.7 Erlöschen unserer Rechte

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

C-4 – Änderung des Leistungsversprechens bei Erreichen der Altersgrenze

Mit Vollendung des 56. Lebensjahr erfolgt eine Anpassung des Versicherungsschutzes.

Die Prämie Ihres Tarifs bleibt unverändert. Sie erhalten erhöhte Leistungen bei Invalidität. Die Invaliditätssumme ab der Vollendung des 56. Lebensjahres können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Die übrigen Leistungen aus der Unfallversicherung (Teil A) bleiben unverändert.

Die Leistungen aus der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung (Teil B) entfallen.

Sofern eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen (A-2.6) in Ihrem Vertrag vereinbart sind, gilt:

Die Sofortleistung bei Schwerverletzungen erlischt zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

Übersicht zu veränderten Versicherungsleistungen je Tarif bei Vollendung des 56. Lebensjahrs:

Bis Vollendung des 56. Lebensjahrs

Tarif	Light	Basis	Komfort	Premium
Versicherungssumme Invalidität	EUR 20.000	EUR 20.000	EUR 22.500	EUR 25.000
Versicherungssumme Unfalltod	EUR 5.000	EUR 5.000	EUR 7.500	EUR 10.000

Krankenhaustagegeld	EUR 10	EUR 10	EUR 10	EUR 10
Versicherungssumme Arbeitslosigkeit	EUR 70	EUR 100	EUR 150	EUR 200
Versicherungssumme Arbeitsunfähigkeit	EUR 70	EUR 100	EUR 150	EUR 200

Ab Vollendung des 56. Lebensjahrs

Tarif	Light	Basis	Komfort	Premium
Versicherungssumme Invalidität	EUR 22.000	EUR 25.000	EUR 32.500	EUR 40.000
Versicherungssumme Unfalltod	EUR 5.000	EUR 5.000	EUR 7.500	EUR 10.000
Krankenhaustagegeld	EUR 10	EUR 10	EUR 10	EUR 10
Versicherungssumme Arbeitslosigkeit	-	-	-	-
Versicherungssumme Arbeitsunfähigkeit	-	-	-	-

C-5 - Weitere Regelungen

C-5.1 Erklärungen und Anzeigen, Anschriftenänderung

C-5.1.1 Form, zuständige Stelle

Die für uns bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die den Versicherungsvertrag betreffen und die unmittelbar APRIL oder uns gegenüber erfolgen, sind in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) abzugeben. Dies gilt nicht, soweit gesetzlich Schriftform oder in diesem Vertrag etwas anderes bestimmt ist.

Erklärungen und Anzeigen sollen an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Stelle gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben bestehen.

C-5.1.2 Nichtanzeige einer Anschriften- oder Namensänderung

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefs an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefs als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer uns nicht angezeigten Namensänderung.

C-5.2 Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt. Die grob fahrlässige Unkenntnis steht der Kenntnis gleich.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang unserer in Textform (z. B. E-Mail, Telefax oder Brief) mitgeteilten Entscheidung beim Anspruchsteller nicht mit.

Im Übrigen richtet sich die Verjährung nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs.

C-5.3 Örtlich zuständiges Gericht

C-5.3.1 Klagen gegen uns

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz von uns oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Ferner ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Sitz, den Sitz Ihrer Niederlassung oder Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Verlegen Sie jedoch nach Vertragsschluss Ihren Sitz, den Sitz Ihrer Niederlassung, Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

C-5.3.2 Klagen gegen Sie

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach Ihrem Sitz, dem Sitz Ihrer Niederlassung oder Ihrem Wohnsitz; fehlt ein solcher, nach Ihrem gewöhnlichen Aufenthalt. Ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie nach dem Sitz von uns oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

C-5.4 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

C-5.5 Embargobestimmung

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 im Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

C-5.6 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

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

C-5.7 Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

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

Teil D Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel

Sie haben mit uns eine Unfallversicherung vereinbart, bei der sich die Invaliditätsleistung ab bestimmten Invaliditätsgraden erhöht (Progression).

Der Invaliditätsgrad wird nach A-2.1 und A-3 ermittelt.

Invaliditätsgrad in %	Progressive Invaliditätsstaffel	Invaliditätsgrad in %	Progressive Invaliditätsstaffel
	500 %		500 %
1 - 25	1 - 25	63	241
26	30	64	248
27	35	65	255
28	40	66	262
29	45	67	269
30	50	68	276
31	55	69	283
32	60	70	290
33	65	71	297
34	70	72	304
35	75	73	311
36	80	74	318
37	85	75	325
38	90	76	332
39	95	77	339
40	100	78	346
41	105	79	353
42	110	80	360
43	115	81	367
44	120	82	374
45	125	83	381
46	130	84	388
47	135	85	395
48	140	86	402
49	145	87	409
50	150	88	416
51	157	89	423
52	164	90	430
53	171	91	437
54	178	92	444
55	185	93	451
56	192	94	458
57	199	95	465
58	206	96	472
59	213	97	479
60	220	98	486
61	227	99	493
62	234	100	500

APRIL Existenzschutz

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: ELEMENT Insurance AG
Deutschland

Produkt: APRIL Existenzschutz

Dieses Informationsblatt ermöglicht Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte der angebotenen Versicherung. Es ist nicht abschließend. Die vollständigen Informationen sind den zugrunde liegenden Vertragsinformationen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen, Hinweise und Erläuterungen, Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung) zu entnehmen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie sich bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen den APRIL Existenzschutz an. Dieser sichert Sie gegen Risiken durch Unfallverletzungen sowie Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit ab.



Was ist versichert?

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

Unfallversicherung

- ✓ Versichert sind Unfälle. Das sind Ereignisse, die plötzlich von außen auf die versicherte Person einwirken und unfreiwillig zu einer Gesundheitsschädigung führen. Dafür bieten wir insbesondere folgende Leistungsarten:
 - ✓ Einmalige Invaliditätsleistungen bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z. B. Bewegungseinschränkungen)
 - ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen inkl. Genesungsgeld
 - ✓ Auszahlung einer Todesfallsumme bei Unfalltod
 - ✓ Such-, Bergungs- und Rettungskosten
 - ✓ Kosten für kosmetische Operationen

Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung

- ✓ Sie sind gegen die finanziellen Folgen bei Arbeitslosigkeit und Arbeitsunfähigkeit versichert.
- ✓ Im Versicherungsfall leisten wir eine monatliche Zahlung an Sie, um Sie gegen den Ausfall möglicher Zahlungsverpflichtungen abzusichern.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Kein Versicherungsschutz besteht für Personen, die bei Beantragung des APRIL Existenzschutz das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Unfallversicherung

- ✗ Krankheiten (z. B. Diabetes, Gelenksarthrose)
- ✗ Kosten für ärztliche Heilbehandlung

Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung

- ✗ Kein Versicherungsschutz besteht für Personen ab Vollendung des 56. Lebensjahres
- ✗ Eintritt von Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit innerhalb der ersten 180 Tage nach Versicherungsbeginn
- ✗ Bei Eintritt von Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit besteht Anspruch auf die monatliche Leistung erst nach einer Karenzzeit von 90 Tagen



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

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

Unfallversicherung

- ! Unfälle durch Drogenkonsum
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Sportunfälle von Berufssportlern

Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung

- ! Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krebserkrankungen, Schlaganfällen oder Herzinfarkten
- ! Arbeitsunfähigkeit durch absichtliches Herbeiführen von Krankheiten oder bei Kenntnis einer bevorstehenden Kündigung
- ! Arbeitslosigkeit aufgrund eigener Kündigung



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz gegen Unfälle.
- ✓ Aus der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung besteht ein Leistungsanspruch nur, wenn sie zuvor in der Bundesrepublik Deutschland Vollzeit beschäftigt oder selbstständig gewesen sind.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Bitte machen Sie im Versicherungsantrag wahrheitsgemäße und vollständige Angaben.
- Die Versicherungsbeiträge sind rechtzeitig und vollständig zu bezahlen.
- Nach einem Unfall müssen Sie sofort einen Arzt aufsuchen und uns über den Unfall informieren.
- Den Eintritt des Versicherungsfalles bei Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit haben Sie uns unverzüglich in Textform oder telefonisch anzuzeigen. Bereits Ihre Kenntnis über den bevorstehenden Eintritt des Versicherungsfalles müssen Sie uns unverzüglich in Textform oder telefonisch anzeigen.
- Der Anspruch auf Versicherungsleistung bei Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit muss innerhalb von 120 Tagen nach Eintritt des Versicherungsfalles und/oder Kenntnis des bevorstehenden Eintritts des Versicherungsfalles geltend gemacht werden.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Wann Sie die weiteren Beiträge zu zahlen haben ist im Versicherungsschein genannt. Sie müssen uns ermächtigen, den Beitrag von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung ist, dass Sie den ersten Versicherungsbeitrag rechtzeitig gezahlt haben. Anderenfalls beginnt der Versicherungsschutz mit der Zahlung. Hat Ihr Vertrag eine Laufzeit von mindestens einem Jahr? Dann verlängert er sich automatisch um jeweils ein Jahr. Ausnahme: Sie oder wir haben den Vertrag gekündigt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Vertrag hat eine Mindestvertragslaufzeit von 36 Monaten. Der Vertrag kann von Ihnen jederzeit zum Ablauf des laufenden Versicherungsjahres (jedoch frühestens zum Ablauf der Mindestvertragslaufzeit) mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Wir können jeweils zum Ende des Versicherungsjahres, frühestens jedoch zum vereinbarten Ablauf mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Sie können auch kündigen, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder wenn Sie Klage gegen uns auf Leistung erhoben haben. Dann endet der Vertrag schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Kundeninformationsblatt

(KIB 03-2020apr)

Informationen zu Ihrer Versicherung

Wer sind wir?

Sie schließen den Versicherungsvertrag mit der ELEMENT Insurance AG. Wir sind Ihr Risikoträger mit Sitz in Berlin:

Hardenbergstr. 32
10623 Berlin, Deutschland

Vorstand: Dr. Christian Macht (Vorsitzender), Dr. Wolff Graulich, Timo Hertweck, Sascha Herwig

Aufsichtsrat: Birte Sewing (Vorsitzende)

Amtsgericht Charlottenburg HRB 182671B

Bei der APRIL Deutschland AG handelt es sich um unseren Kooperationspartner mit Sitz in München:

Richard-Reitzner-Allee 1
85540 Haar/München

Vorstand: Jörg G. Scheidel,

Aufsichtsrat: Roger Mainguy (Vorsitzender)

Amtsgericht München HRB 133542

Die APRIL Deutschland AG erbringt als Dienstleisterin für uns versicherungstypische Tätigkeiten in den Bereichen der Bestandsführung, des Inkassomanagements sowie der Schaden- und Leistungsbearbeitung.

Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

Die Hauptgeschäftstätigkeit unseres Unternehmens ist das Versicherungsgeschäft.

Informationen zu Ihrem Vertrag

Wohin können Sie sich mit Ihren Fragen wenden?

Sie benötigen eine Auskunft, brauchen eine Bestätigung oder möchten etwas an Ihrem Vertrag ändern? Sagen Sie uns einfach, was wir für Sie tun können, unter:

Allgemeine Fragen:

E-Mail:
service@april.ihr-versicherungsschutz.de

Schadenmeldungen:

E-Mail:
schaden@april.ihr-versicherungsschutz.de

Telefon: 030 403686018

Wann kommt der Versicherungsvertrag zustande?

Der Versicherungsvertrag kommt durch Ihren Antrag zum Versicherungsvertragsabschluss und unsere Übersendung des Versicherungsscheins an Sie (Annahme) zustande.

Welches ist die Vertragssprache?

Der Versicherungsvertrag unterliegt dem deutschen Recht. Wir informieren Sie und kommunizieren mit Ihnen immer in deutscher Sprache. Das gilt auch für Ihre Versicherungsbedingungen.

Wo können Sie Ihre Ansprüche gerichtlich geltend machen?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die ELEMENT Insurance AG sind folgende Gerichte zuständig:

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

Informationen zu außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

An wen können Sie Ihre Beschwerden richten?

Wenn Sie Anlass zur Beschwerde haben, freuen wir uns, wenn Sie sich zuerst bei uns melden, damit wir die Probleme beheben und daraus lernen können. Unter:

beschwerde@element.in

erreichen Sie unsere Kümmerer.

Sollte wider Erwarten eine Einigung mit uns nicht möglich sein, können Sie sich darüber hinaus auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Bereich Versicherungen

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

Oder Sie richten Ihre Beschwerde an den Versicherungsombudsmann, der unabhängig und für den Verbraucher kostenfrei als Schlichtungsstelle zwischen Versicherungsunternehmen und Kunden arbeitet.

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

Tel. 0800 3696000

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

www.versicherungsombudsmann.de

Gesonderte Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG über die Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach dem Versicherungsfall

Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten

Aufgrund der mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen können wir von Ihnen nach Eintritt des Versicherungsfalls verlangen, dass Sie uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich ist (Auskunftsobliegenheiten), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheiten). Wir können ebenfalls verlangen, dass Sie uns Belege zur Verfügung stellen, soweit es Ihnen zugemutet werden kann.

Leistungsfreiheit

Machen Sie entgegen der vertraglichen Vereinbarungen vorsätzlich keine oder nicht wahrheitsgemäße Angaben oder stellen Sie uns vorsätzlich die verlangten Belege nicht zur Verfügung, verlieren Sie Ihren Anspruch auf die Versicherungsleistung. Verstoßen Sie grob fahrlässig gegen diese Obliegenheiten, verlieren Sie Ihren Anspruch zwar nicht vollständig, aber wir können unsere Leistung im Verhältnis der Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheiten nicht grob fahrlässig verletzt haben.

Trotz Verletzung Ihrer Obliegenheiten zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen bleiben wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie nachweisen, dass die vorsätzliche oder grob fahrlässige Obliegenheitsverletzung weder für die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Verletzen Sie die Obliegenheit zur Auskunft, zur Aufklärung oder zur Beschaffung von Belegen arglistig, werden wir in jedem Fall von unserer Verpflichtung zur Leistung frei.

Hinweis

Wenn das Recht auf die vertragliche Leistung nicht Ihnen, sondern einem Dritten zusteht, ist auch dieser zur Auskunft, zur Aufklärung und zur Beschaffung von Belegen verpflichtet.

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

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die Antragsfragen gemäß § 19 VVG wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der ELEMENT Insurance AG in Textform nachzuholen. Bitte beachten Sie dabei, 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 Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

Kündigung

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

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 zehn Prozent oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

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

Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

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

Stellvertretung durch andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der 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.

Dienstleisterliste der ELEMENT Insurance AG

Zu Ihrer Information erhalten Sie eine Übersicht der Unternehmen mit der die ELEMENT Insurance AG kooperiert. Unser Ziel ist es, mit dieser Dienstleisterliste Transparenz über die Verarbeitung Ihrer Daten zu schaffen. In der Liste sind alle Dienstleister aufgeführt, die vereinbarungsgemäß personenbezogene Daten in unserem Auftrag erheben, verarbeiten oder nutzen. Dies betrifft auch Gesundheitsdaten oder nach § 203 StGB geschützte Daten. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.

Bei folgenden Dienstleistern bildet die Verarbeitung von personenbezogenen Daten den Hauptgegenstand des Auftrages:

Auftragnehmer	Hauptgegenstand der Beauftragung	Übermittlung von Gesundheitsdaten	Übermittlung in Drittland ¹
APRIL Deutschland AG	Versicherungsbetrieb und Vertragsverwaltung / Schaden- und Leistungsbearbeitung	Ja	Nein
Schweitzer Gruppe GmbH	Schaden- und Leistungsbearbeitung	Ja	Nein
Amazon Web Services, Inc.	Cloud Service Provider	Ja	Nein
Salesforce.com EMEA Ltd.	Kundenverwaltungsprogramm	Ja	Nein
Zendesk Inc.	Kundenkommunikation	Ja	Ja
Finance Key Systems GmbH & Co KG	Courtageabrechnung, Vermittlerportal	Ja	Nein

Kategorien der Dienstleister, bei denen die Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und/oder die nur einmalig oder kurzfristig beauftragt werden.

Dienstleisterart	Hauptgegenstand der Beauftragung	Übermittlung von Gesundheitsdaten
Lettershops/Druckereien	Durchführung des Postversand	Teilweise
Ärzte	Unterstützung bei der Schaden- Leistungsbearbeitung	Teilweise
Rechtsanwaltskanzleien	Rechtsberatung, Unterstützung bei der Schaden- Leistungsbearbeitung	Teilweise
Schadengutachter, Sachverständige	Ermittlung der Schadenhöhe und Schadenursache	Teilweise
Rückversicherer	Bewertung von Versicherungsanfragen	Teilweise
Zahlungsdienstleister	Zahlungsabwicklung	Nein
Steuerberater, Wirtschaftsprüfer	Rechnungswesen, Mitwirkung am Jahresabschluss	Nein
Detekteien	Betrugsbekämpfung in Einzelfällen	Teilweise
Inkassounternehmen	Inkasso	Nein
Adressermittler	Adressprüfung	Nein

¹ Drittländer beschreiben alle Länder, die nicht Mitglieder der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraumes sind.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2012 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die ELEMENT Insurance AG daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en).

Als Unternehmen der Unfallversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen.

Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird. Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die ELEMENT Insurance AG selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der ELEMENT Insurance AG (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

Die ELEMENT Insurance AG verpflichtet die Vermittler vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die ELEMENT Insurance AG

Ich willige ein, dass die ELEMENT Insurance AG die von mir zu diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen

von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen.

Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die ELEMENT Insurance AG die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die ELEMENT Insurance AG benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ich wünsche, dass mich ELEMENT in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird.

Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch ELEMENT einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an ELEMENT einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss.

Ergeben sich nach Vertragsschluss für die ELEMENT Insurance AG konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die ELEMENT Insurance AG konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Ich willige ein, dass die ELEMENT Insurance AG für den Fall meines Todes meine Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung erhebt bzw. eine erforderliche erneute Antragsprüfung durchführt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der ELEMENT Insurance AG

Die ELEMENT Insurance AG verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit:

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht

kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten.

Die ELEMENT Insurance AG benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die ELEMENT Insurance AG meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die ELEMENT Insurance AG zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten entbinde ich die für die ELEMENT Insurance AG tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die ELEMENT Insurance AG führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die ELEMENT Insurance AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die ELEMENT Insurance AG führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die ELEMENT Insurance AG erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter (www.element.in/dienstleisterliste) eingesehen werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und die Verwendung benötigt die ELEMENT Insurance AG Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die ELEMENT Insurance AG meine Gesundheitsdaten an Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die ELEMENT Insurance AG dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der ELEMENT Insurance AG und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die ELEMENT Insurance AG Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass ELEMENT Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die ELEMENT Insurance AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die ELEMENT Insurance AG das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch ELEMENT unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die ELEMENT Insurance AG tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenaustausch mit dem Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem HIS, das derzeit die Informa Insurance Risk and Fraud Prevention GmbH (informa IRFP GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, www.informa-irfp.de) betreibt. Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten, und erhöhte Risiken kann die ELEMENT Insurance AG an das HIS melden. Die ELEMENT Insurance AG und andere Versicherungen fragen Daten im Rahmen der Risiko- oder Leistungsprüfung aus dem HIS ab, wenn ein berechtigtes Interesse besteht. Zwar werden dabei keine Gesundheitsdaten weitergegeben, aber für Weitergabe Ihrer nach § 203 StGB geschützten Daten benötigt die ELEMENT Insurance AG Ihre Schweigepflichtentbindung. Dies gilt unabhängig davon, ob der Vertrag mit Ihnen zustande gekommen ist oder nicht.

Ich entbinde die für die ELEMENT Insurance AG tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht, soweit sie Daten aus der Antrags- oder Leistungsprüfung an den jeweiligen Betreiber des Hinweis- und Informationssystems (HIS) melden.

Sofern es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist, können über das HIS Versicherungen ermittelt werden, mit denen Sie in der Vergangenheit in Kontakt gestanden haben, und die über sachdienliche Informationen verfügen könnten. Bei diesen können die zur weiteren Leistungsprüfung erforderlichen Daten erhoben werden (siehe unter Ziff. 2.1).

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die ELEMENT Insurance AG gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (Annahme unter Einschränkung des Versicherungsschutzes) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde und ob Einschränkungen zur Versicherbarkeit vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über Einschränkungen bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die ELEMENT Insurance AG meine Gesundheitsdaten und sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die ELEMENT Insurance AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Außerdem ist es möglich, dass die ELEMENT Insurance AG zu Ihrem Antrag einen Vermerk an das Hinweis- und Informationssystem meldet, der an anfragende Versicherungen für deren Risiko- und Leistungsprüfung übermittelt wird. (siehe Ziffer 3.4). Die ELEMENT Insurance AG speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der ELEMENT Insurance AG und im Hinweis- und Informationssystem bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die ELEMENT Insurance AG meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Hinweise und Erläuterungen zum APRIL Existenzschutz

(HE 03-2020)

1. Wer kann einen APRIL Existenzschutz bei uns abschließen?

Versichert werden Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet und das 67. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Wer kann keine APRIL Existenzschutz bei uns abschließen?

2.1 Nicht versicherbar sind Personen, die vor Antragstellung bereits geisteskrank oder dauernd pflegebedürftig sind.

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.

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

2.2 Personen mit folgenden Berufstätigkeiten können wir nicht versichern:

- Berufs- und Vertragssportler, die aus diesem Einkommen den überwiegenden Teil Ihres Lebensunterhalts (einschließlich Sportförderung und entsprechenden Tätigkeiten bei der Polizei, Bundeswehr und ähnlichen) bestreiten
- Angehörige von Spezialeinsatzkommandos (z. B. MEK, SEK, GSG9, ZUZ)
- Berufstaucher
- Akrobaten/Artisten, Tierbändiger, Kunstreiter
- Spreng- und Räumpersonal
- Leibwächter (Personenschutz)
- Beruflich fliegendes Personal
- Rennfahrer und Rennreiter und ähnlich gefährliche Berufe

2.3 Für Personen, die bei Antragsstellung das 67. Lebensjahr vollendet haben, können wir keinen Versicherungsschutz bieten.

3. Altersgrenzen

Für Personen zwischen 18 und 56 Jahren umfasst der Deckungsumfang Leistungen aus der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung sowie aus der Unfallversicherung.

Für Personen nach Vollendung des 56. Lebensjahrs entfällt die Deckung aus der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung. Die Leistungen aus der Unfallversicherung erhöhen sich entsprechend den Angaben auf dem Versicherungsschein.

5. Bezugsberechtigung

Die im Todesfall bezugsberechtigten Personen sind namentlich mit Geburtsdatum zu benennen. Unterbleibt die Benennung, gilt bei Unfalltod einer versicherten Person die gesetzliche Erbfolge.