

Versicherungsbedingungen für die Reise-Haftpflicht- und Reise-Unfallversicherung bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe VB-RS 2022_03 (CHU)



A. Allgemeiner Teil, gültig für die in Teil B genannten Versicherungen

§ 1 Versicherte Personen und Versicherungsfähigkeit

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt

1. Versichert sind die im Versicherungsschein namentlich genannten Personen, für welche die vereinbarte Prämie bezahlt wurde.
2. Versicherungsfähig bis zum vollendeten 75. Lebensjahr (= 75. Geburtstag) sind Personen, die sich nur vorübergehend im Ausland aufhalten.
Als Ausland im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gelten alle Länder und Staatsgebiete außerhalb des Heimatlandes der versicherten Person. Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land (= Staatsgebiet), in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat bzw. dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
Im Übrigen wird auf § 4 der Allgemeinen Bedingungen verwiesen.
Versicherungsfähig sind auch Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit und seit mehr als 2 Jahren ständigem Wohnsitz im Ausland während eines nur vorübergehenden Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland und Österreich.
3. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen,
 - die bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. der Verlängerung des Versicherungsschutzes das 75. Lebensjahr (= 75. Geburtstag) vollendet haben,
 - die illegal in das Aufenthaltsland eingereist sind bzw. sich dort illegal aufhalten; die Regelung des Versicherungsschutzes in Teil C und dort a. E. der jeweiligen Tarife zur Regelung der Abschiebekosten bleibt davon unberührt,
 - die dauernd pflegebedürftig sind.Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

§ 2 Abschluss, Dauer und Beendigung des Vertrages

1. Der Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages ist vor Antritt des Auslandsaufenthaltes bzw. innerhalb eines Jahres nach Einreise in das Aufenthaltsland zu stellen.
Maßgebend ist der Eingang des Versicherungsantrages beim Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG. Das Datum der Ein- bzw. Ausreise ist auf Verlangen nachzuweisen.
2. Der Vertrag kommt dadurch zustande, dass der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß bei dem Versicherer bzw. der Care Concept AG eingeht, auch soweit er in elektronischer Form zu stellen ist, und der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Ordnungsgemäß ausgefüllt ist der Antrag nur dann, wenn er alle geforderten Angaben eindeutig und vollständig enthält.
3. Für Personen, die die Voraussetzung der Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 dieser Bedingungen nicht erfüllen, kommt der Versicherungsvertrag auch nicht durch Entgegennahme der Prämie zustande. Wird für eine nicht versicherungsfähige Person dennoch die Prämie gezahlt, so steht der Betrag dem Absender – unter Abzug der Kosten des Versicherers – zur Verfügung.
4. Der Versicherungsvertrag muss für die gesamte Dauer des Aufenthaltes abgeschlossen werden.
5. Die Höchstversicherungsdauer beträgt 60 Monate.
6. Bei einer Verlängerung des Aufenthaltes innerhalb der Höchstversicherungsdauer kann ein eigenständiger Verlängerungsvertrag unter folgenden Voraussetzungen abgeschlossen werden:
 - a. Der Antrag auf Verlängerung muss auf dem von dem Versicherer vorgesehenen Formblatt erfolgen, auch soweit er in elektronischer Form zu stellen ist, und vor Ablauf des ursprünglichen Versicherungsvertrages bei dem Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, eingereicht werden.
 - b. Der Versicherer muss dem Verlängerungsantrag ausdrücklich zustimmen. Wird für einen nicht ausdrücklich angenommenen Vertrag eine Prämie bezahlt, steht diese dem Absender zu.
7. Bei Vertragsverlängerungen besteht Versicherungsschutz nur für die Versicherungsfälle, die nach Zustimmung des Versicherers zur Vertragsverlängerung neu eingetreten sind.
8. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben von den getroffenen Vereinbarungen unberührt.
9. Wegfall des versicherten Risikos
Wenn versicherte Risiken vollständig und dauerhaft wegfallen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken. Dem Deckungsschutz gewährenden Versicherer steht abweichend von § 4 dieser Bedingungen der Betrag zu, den

er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem der Deckungsschutz gewährende Versicherer vom Wegfall des Risikos Kenntnis erlangt hat.

10. Der Versicherungsvertrag endet

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b. spätestens mit Beendigung des Aufenthaltes im Ausland;
- c. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im versicherten Aufenthaltsland bzw. im Ausland nicht mehr vorliegen;
- d. wenn die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen entfällt. Die Voraussetzung entfällt auch dann, wenn die versicherte Person die Staatsangehörigkeit des Aufenthaltslandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in dieses Land verlegt hat.

§ 3 Prämie

1. Zahlung der Erst- oder Einmalprämie
Die Prämie ergibt sich aus der jeweils gültigen Prämienübersicht.
 - a. Sie ist bei Vertragsbeginn fällig.
 - b. Wird die Erst- oder Einmalprämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
 - c. Ist die Erst- oder Einmalprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Zahlung von Folgeprämien
 - a. Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, übersendet der Deckungsschutz gewährende Versicherer – vertreten durch die Care Concept AG – dem Versicherungsnehmer eine Zahlungsaufforderung und setzt eine Zahlungsfrist von 2 Wochen.
 - b. Tritt ein Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
 - c. Der Versicherer – vertreten durch die Care Concept AG – verbindet die Zahlungsfrist von 2 Wochen mit der Kündigung des Vertrages zum Ablauf der Zahlungsfrist. Die Kündigung wird mit Fristablauf wirksam, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug ist.
 - d. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Wirksamwerden der Kündigung die Zahlung leistet. Buchstabe b. bleibt hiervon unberührt. Gleiches gilt für den Fall, dass die versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Kenntnis von der Kündigung einen neuen Versicherungsnehmer benennt und von diesem der angemahnte Betrag gezahlt wird. Buchstabe b. bleibt hiervon unberührt.

§ 4 Geltungsbereich, Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt

1. Geltungsbereich

Der Versicherer bietet versicherten Personen, die sich im Rahmen einer Reise nur vorübergehend im Ausland aufhalten, Versicherungsschutz im Rahmen dieser Bestimmungen.

- a. Als Ausland im Sinne dieser Bedingungen gilt nicht das Heimatland der versicherten Person.
Heimatland im Sinne dieser Vertragsbestimmungen ist das Land, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat bzw. die Staatsgebiete der Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt.
- b. Für Personen mit deutscher oder österreichischer Staatsangehörigkeit besteht Versicherungsschutz, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz nachweislich seit mindestens 2 Jahren im Ausland haben, auch für einen vorübergehenden Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland und in der Republik Österreich.
- c. Bei Eintritt des Versicherungsfalles im Heimatland der versicherten Person besteht abweichend von Buchstabe a. unter folgenden Voraussetzungen Versicherungsschutz:
 - Bei Versicherungsverträgen von mindestens einjähriger Dauer besteht Versicherungsschutz auch bei einer vorübergehenden Rückkehr in das Heimatland der versicherten Person. Der Versicherungsschutz im Heimatland ist begrenzt auf maximal 6 Wochen für alle Heimatlandaufenthalte je Versicherungsjahr. Als Versicherungsjahr gilt dabei ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet ab Versicherungsbeginn, einschließlich aller aufeinander folgenden Verträge;
 - Beginn und Ende einer jeden Reise in das Heimatland während der Vertragslaufzeit sind vom Versicherungsnehmer vor Reiseantritt an-

Versicherungsbedingungen für die Reise-Haftpflicht- und Reise-Unfallversicherung bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe VB-RS 2022_03 (CHU)



zumelden und im Leistungsfall auf Verlangen des Deckungsschutz gewährenden Versicherers nachzuweisen. Bitte beachten Sie dazu insbesondere § 8 Ziff. 2 b.

- d. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, eventuellen gesonderten schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen (Allgemeiner und Besonderer Teil) sowie den gesetzlichen Vorschriften der Bundesrepublik Deutschland.

2. Beginn

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch

- a. nicht vor Zustandekommen des Versicherungsvertrages;
- b. nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland;
- c. nicht vor Zahlung der Prämie;
- d. nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Ausschlaggebend ist hierbei der Eintritt des letzten oben angegebenen Ereignisses.

3. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

4. Ende des Versicherungsschutzes

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt

Der Versicherungsschutz endet auch für schwebende Versicherungsfälle

- a. zum vereinbarten Zeitpunkt;
- b. spätestens mit Beendigung des versicherten Auslandsaufenthaltes;
- c. mit Beendigung des Versicherungsvertrages;
- d. wenn die Voraussetzungen eines vorübergehenden Aufenthaltes im Ausland nicht mehr vorliegen;
- e. wenn eine der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person gemäß § 1 dieser Bedingungen entfällt. Die Voraussetzung entfällt insbesondere dann, wenn die betreffende Person die Staatsangehörigkeit des Reiselandes erworben hat oder ihren ständigen Wohnsitz in das Aufenthaltsland verlegt hat;
- f. nach Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer für Aufenthalte im Heimatland, spätestens jedoch nach dem Ablauf von 6 Wochen für alle Ferienaufenthalte im Heimatland innerhalb eines Versicherungsjahres.

§ 5 Gegenstand des Versicherungsschutzes und Umfang der Leistungspflicht

Der Gegenstand des Versicherungsschutzes sowie der Umfang der Leistungspflicht sind der jeweiligen versicherten Sparte in Teil B dieser Bestimmungen zu entnehmen.

§ 6 Allgemeine Einschränkungen des Versicherungsschutzes

- 1. Versicherungsschutz wird nicht gewährt für Schäden durch Streik, Krieg, kriegsähnliche Ereignisse, aktive Teilnahme an inneren Unruhen und Kernenergie.
- 2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn:
 - a. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherungsfall vorsätzlich herbeigeführt hat;
 - b. der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person den Versicherer arglistig über Umstände zu täuschen versucht, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind.

§ 7 Allgemeine Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles und die Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- 1. Versicherungsnehmer und versicherte Person sind verpflichtet, nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - a. den Schaden möglichst gering zu halten und alles zu vermeiden, was zu einer unnötigen Kostensteigerung führen könnte;
 - b. den Schaden dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen;
 - c. dem Versicherer jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe der Leistungspflicht zu gestatten, jede hierzu dienliche Auskunft zu erteilen und Originalbelege einzureichen.
- 2. Verletzt der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person vorsätzlich eine der vertraglich vereinbarten Obliegenheiten, so ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer insoweit zur Leistung verpflichtet, als die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

- 3. Die Annahme der Staatsbürgerschaft des Reiselandes, die Erteilung einer unbefristeten Aufenthaltsgenehmigung bzw. die Versagung der Aufenthaltserlaubnis im Ausland bzw. in der Bundesrepublik Deutschland, der Republik Österreich, den Ländern der EU, den Mitgliedstaaten des Schengen-Abkommens, der Schweiz oder in Liechtenstein sowie die ständige Wohnsitznahme in einem dieser Länder sind dem Versicherer umgehend in Textform anzuzeigen.

Hinweis: Bitte beachten Sie darüber hinaus die jeweiligen besonderen Obliegenheiten zu den in den Teilen B und C genannten Versicherungen.

§ 8 Auszahlung der Versicherungsleistung

- 1. Die Schadensmeldung sowie die weiteren Nachweise zu Schadensgrund und -höhe sind **im Original** bei der
Care Concept AG
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
einzureichen.
- 2. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn folgende Nachweise erbracht sind:
 - a. auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Aufenthaltes in dem versicherten Aufenthaltsland;
 - b. auf Verlangen des Versicherers ein Nachweis über Beginn und Ende eines jeden Heimatlandaufenthaltes;
 - c. auf Anforderung oder spätestens im Schadensfall ein Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit gemäß § 1 Ziff. 2 sowie eine gültige Aufenthaltsgenehmigung für den Aufenthalt im versicherten Aufenthaltsland.
- 3. Einen Monat nach Anzeige des Schadens kann als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfungen des Anspruchs durch den Versicherer bzw. die Care Concept AG infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gehindert sind.
- 4. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der Care Concept AG eingehen, in die zu diesem Zeitpunkt in der Bundesrepublik Deutschland gültige Währung umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt/Main, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß „Währungen der Welt“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- 5. Von den Leistungen können die Mehrkosten abgezogen werden, die dadurch entstehen, dass der Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt.

§ 9 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 10 Willenserklärungen und Anzeigen

- 1. Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer und der Care Concept AG bedürfen der Textform.
- 2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugebende Willenserklärung der Nachweis des entsprechenden Unzustellbarkeitsvermerkes der Post für Briefe an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Die Sätze 1 und 2 sind im Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers entsprechend anzuwenden.

§ 11 Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen und Ansprüche gegen Dritte

- 1. Kann im Versicherungsfall eine Leistung zum Ausgleich eines entstandenen Schadens aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden, geht der anderweitige Vertrag diesem Vertrag vor. Dies gilt auch dann, wenn in einem dieser Versicherungsverträge ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann der andere Versicherungsvertrag abgeschlossen wurde. Wird der Versicherungsfall zuerst dem Versicherer gemeldet, tritt dieser in Vorleistung und wird sich zwecks Kostenteilung direkt an den anderen Versicherer wenden.

Versicherungsbedingungen für die Reise-Haftpflicht- und Reise-Unfallversicherung bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe VB-RS 2022_03 (CHU)



2. Steht dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person für einen entstandenen Schaden neben einem Schadensersatzanspruch aus einer in Teil B dieser Bedingungen genannten Versicherung auch ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer, soweit erforderlich, mitzuwirken.
Die Folgen einer Verletzung dieser Obliegenheit bestimmen sich nach § 7 dieser Versicherungsbedingungen.

§ 12 Verjährung

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der Entscheidung des Versicherers in Textform gehemmt.

§ 13 Anzuwendendes Recht, Vertragssprache, Geltung für versicherte Personen

Es gilt deutsches Recht, soweit internationales Recht nicht entgegensteht. Vertragssprache ist Deutsch. Alle getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß für die mitversicherten Personen. Die Ausübung der Rechte und Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind ausschließlich dem Versicherungsnehmer vorbehalten.

§ 14 Überschussbeteiligung

Die hier genannte Versicherung ist nicht überschussberechtigigt.

Anschriften:

Care Concept AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

§ 15 Beschwerdemöglichkeiten

1. Beschwerdemanagement

Sie können sich jederzeit an den Versicherer, vertreten durch die Care Concept AG, wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Care Concept AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn

Identität des Versicherers (Name, Anschrift):

HanseMerkur Reiseversicherung AG (Rechtsform: Aktiengesellschaft)
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
Telefon +49 40 4119-1000
Fax +49 40 4119-3030
Eintragung im Handelsregister: Amtsgericht Hamburg HRB 19768

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte der HanseMerkur Reiseversicherung AG:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg

vertreten durch den Vorstand: Eberhard Sautter (Vors.), Eric Bussert, Holger Ehse,
Dr. Andreas Gent, Raik Mildner
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Karl Hans Arnold

Hauptgeschäftstätigkeit der HanseMerkur Reiseversicherung AG, im Folgenden „HanseMerkur“ genannt:
Die HanseMerkur betreibt die Versicherung von Risiken, die sich auf Reisen beziehen.

Name und Adresse der zuständigen Aufsichtsbehörde:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
www.bafin.de

Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen:
Für die in diesem Druckstück aufgeführten Produkte bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.

Wir weisen Sie an dieser Stelle auf die Möglichkeit zur außergerichtlichen Streitbeilegung hin. Die Teilnahme an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle erfolgt aufgrund unserer freiwilligen Mitgliedschaft beim Versicherungsombudsmann e.V.

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
Tel.: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
E-Mail: Beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Weitere Informationen finden Sie im Internet: www.versicherungsombudsmann.de

2. Rechtsweg

Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

B. Besondere Bedingungen zu den versicherten Sparten

I. Reise-Unfallversicherung

§ 1 Beschreibung des Versicherungsschutzes

- Der Deckungsschutz gewährende Versicherer – im Folgenden der Versicherer genannt – bietet der versicherten Person auf Auslandsreisen Versicherungsschutz für den Fall, dass sie einen Unfall erleidet entsprechend der nachfolgenden Bestimmungen (Versicherungsfall).
- Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung
 - ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt;
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.
 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.
- In Erweiterung von Ziff. 2 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, das heißt ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
- Als Unfälle im Sinne von Ziff. 2 gelten auch der Ertrinkungs- bzw. der Erstickungs- unter Wasser beim Tauchen.

§ 2 Leistungen

1. Invaliditätsleistung

- Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.
Die Invalidität muss
 - innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und
 - innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und geltend gemacht worden sein.
 Ist eine der Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
Der Versicherungsschutz für laufende Schadensfälle bleibt bestehen (Ergänzung zu § 4 Ziff. 4 der Allgemeinen Bedingungen).
- Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
 - Als feste Invaliditätsgrade gelten (unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität) bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit
 - eines Armes im Schultergelenk 70 %
 - eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks 65 %
 - eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks 60 %
 - einer Hand im Handgelenk 55 %
 - eines Daumens 20 %
 - eines Zeigefingers 10 %
 - eines anderen Fingers 5 %
 - eines Beines über der Mitte des Oberschenkels 70 %
 - eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels 60 %
 - eines Beines bis unterhalb des Knies 50 %
 - eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels 45 %
 - eines Fußes im Fußgelenk 40 %
 - einer großen Zehe 5 %
 - einer anderen Zehe 2 %
 - eines Auges 50 %
 - des Gehörs auf einem Ohr 30 %
 - des Geruchs 10 %
 - des Geschmacks 5 %
 - Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach Buchstabe a. angenommen.
 - Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach Buchstabe a. oder b. geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts. Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

- Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach Ziff. 2 ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen.
- Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach Ziff. 2 zu bemessen.
 - Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
 - Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder (gleichgültig, aus welcher Ursache) später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach Ziff. 2 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
 - Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 26 % für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (350 %)

Führt ein Unfall, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen von Ziff. 2 und 3, zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Funktion von mehr als 25 %, gilt Folgendes:

 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.
 - Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 2 % aus der Versicherungssumme.
 - Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 150.000,- EUR beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei dem Versicherer weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungsverträge zusammen.

Im Invaliditätsfall gemäß Ziff. 1 wirken sich diese besonderen Bedingungen im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungssumme %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungssumme %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungssumme %	Unfallbedingter Invaliditätsgrad %	Leistung aus der Versicherungssumme %
1	1	26	28	51	105	76	230
2	2	27	31	52	110	77	235
3	3	28	34	53	115	78	240
4	4	29	37	54	120	79	245
5	5	30	40	55	125	80	250
6	6	31	43	56	130	81	255
7	7	32	46	57	135	82	260
8	8	33	49	58	140	83	265
9	9	34	52	59	145	84	270
10	10	35	55	60	150	85	275
11	11	36	58	61	155	86	280
12	12	37	61	62	160	87	285
13	13	38	64	63	165	88	290
14	14	39	67	64	170	89	295
15	15	40	70	65	175	90	300
16	16	41	73	66	180	91	305
17	17	42	76	67	185	92	310
18	18	43	79	68	190	93	315
19	19	44	82	69	195	94	320
20	20	45	85	70	200	95	325
21	21	46	88	71	205	96	330
22	22	47	91	72	210	97	335
23	23	48	94	73	215	98	340
24	24	49	97	74	220	99	345
25	25	50	100	75	225	100	350

Versicherungsbedingungen für die Reise-Haftpflicht- und Reise-Unfallversicherung bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe VB-RS 2022_03 (CHU)



2. Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode der versicherten Person, so entsteht für die Erben ein Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 4 Ziff. 5 der Besonderen Bedingungen verwiesen.

3. Bergungskosten

1. Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des vertraglich vereinbarten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
- Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;
- Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
- im Todesfall Überführung an den Ort des letzten ständigen Wohnsitzes.

2. Hat die versicherte Person für Kosten nach Ziff. 1 a. einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich die versicherte Person unmittelbar an den Versicherer halten.

4. Bestehen für die versicherte Person bei dem Versicherer mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

4. Kosmetische Operationen

1. Soweit dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, leistet der Versicherer Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

2. Voraussetzungen:

- Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.
- Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
- Die kosmetische Operation erfolgt nicht vor Ablauf von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- Ein anderer Kostenträger (gesetzliche oder private Krankenversicherung, Haftpflichtversicherung des Unfallverursachers) ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.

§ 3 Einschränkung des Versicherungsschutzes

1. Nicht versicherbare Personen

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überkranken fremder Hilfe bedarf. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Satz 1 nicht mehr versicherbar ist.

2. Nicht versicherte Unfälle und Gesundheitsschädigungen

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder die durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht werden;
- Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen;
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht;
- Unfälle der versicherten Person, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeuges eintreten. Versicherungsschutz besteht jedoch als Fluggast einer Fluggesellschaft;
- Unfälle der versicherten Person beim Fallschirmspringen;
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

- Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung der Berufs- oder einer sportlichen Tätigkeit gegen Entgelt bzw. beim Training sowie bei Wettkämpfen von Leistungssportlern zustoßen. Kaufmännische Tätigkeit, Büro-, Lehr- und Verwaltungstätigkeit sowie die berufliche Tätigkeit von Reiseleitern sind jedoch mitversichert.
- Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, Heilmaßnahmen oder Eingriffe, Infektionen und Vergiftungen, es sei denn, diese sind durch den Unfall bedingt;
- Bauch- und Unterleibsbrüche; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind;
- Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbildungen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 Ziff. 3 der Besonderen die überwiegende Ursache ist;
- krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

3. Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 % Prozent beträgt.

§ 4 Besondere Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles und deren Folgen (in Ergänzung zu den in § 7 des Allgemeinen Teils aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten)

Die folgenden besonderen Verhaltensregeln (besondere Obliegenheiten) müssen nach einem Unfall beachtet werden.

- Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen. Die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
- Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden.
- Die versicherte Person hat sich von den Ärzten, die der Versicherer beauftragt, untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- Die Ärzte, die die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind, sofern es zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist, von der Schweigepflicht zu befreien und zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden dem Versicherer zu melden, auch wenn der Unfall selbst schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- Die Leistungspflicht des Versicherers ruht, solange der Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person die Obliegenheiten nach Ziff. 2 bis 4 nicht erfüllt hat. Im Übrigen gelten die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten gemäß § 7 Ziff. 2 des Allgemeinen Teils der VB-RS 2022_03 (CHU).
- Folgen der Verletzung von besonderen Obliegenheiten
Die Folgen der Verletzung der besonderen Obliegenheiten gemäß Ziff. 2 bestimmen sich gemäß § 7 Ziff. 2 des Allgemeinen Teils.

§ 5 Fälligkeit der Leistungen

- Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die die versicherte Person zum Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats (beim Invaliditätsanspruch innerhalb von 3 Monaten) zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer bis zu maximal 1 % der versicherten Summe.
- Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich die versicherte Person und der Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von 2 Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nicht beansprucht werden.
- Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen der versicherten Person angemessene Vorschüsse.
- Die versicherte Person und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu 3 Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit

Versicherungsbedingungen für die Reise-Haftpflicht- und Reise-Unfallversicherung bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe VB-RS 2022_03 (CHU)



Abgabe seiner Erklärung entsprechend § 3 Ziff. 1, seitens der versicherten Person innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

II. Reise-Haftpflichtversicherung

§ 1 Beschreibung des Versicherungsschutzes

- Der Deckungsschutz gewährende Versicherer – im Folgenden der Versicherer – bietet der versicherten Person Versicherungsschutz auf Auslandsreisen für den Fall, dass sie wegen eines eingetretenen Schadensereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhaltes von einem Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird.
- Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person als Privatperson bezüglich der auf Reisen auftretenden Haftpflichtgefahren des täglichen Lebens, insbesondere:
 - als Familien- und Haushaltsvorstand (z. B. aus der Aufsichtspflicht über Minderjährige);
 - als Radfahrer (Fahrrad ohne Kraftantrieb);
 - aus der Ausübung von Sport (ausgenommen die in § 3 Ziff. 3 genannten Sportarten);
 - als Reiter oder Fahrer bei Benutzung fremder Pferde und Fuhrwerke zu privaten Zwecken (Haftpflichtansprüche der Tierhalter oder -eigentümer sind nicht versichert);
 - durch den Besitz und Gebrauch von Flugmodellen, unbemannten Ballonen und Drachen, die weder mit Motoren noch durch Treibsätze angetrieben werden, deren Fluggewicht 5 kg nicht übersteigt und für die keine Versicherungspflicht besteht;
 - durch den Besitz und Gebrauch von eigenen oder fremden Ruder- und Tretbooten sowie fremden Segelbooten, die weder mit Motoren (auch Außenbordmotoren) sowie Treibsätzen angetrieben werden und für die keine Versicherungspflicht besteht;
 - aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen von eigenen oder fremden Surfbrettern zu Sportzwecken.

Ausgeschlossen ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung an Dritte.

- Sofern die versicherte Person aufgrund eines schriftlichen Vertrages eine Tätigkeit als Au-pair ausübt, schließt die Reisehaftpflichtversicherung auch deren Berufshaftpflicht ein. Als versichert gelten dabei nur Haftpflichtansprüche aufgrund von Tätigkeiten, die die versicherte Person aufgrund ihres Ausbildungsstandes ausüben darf. Dieser Versicherungsschutz tritt aber nur dann ein, wenn gegen die versicherte Person selbst Ansprüche erhoben werden und für die versicherte Person kein anderweitiger bzw. kein ausreichender Versicherungsschutz besteht, z. B. im Rahmen einer Privathaftpflichtversicherung der Gastfamilie. Ausgeschlossen sind jedoch Haftpflichtansprüche im Haushalt der Gastfamilie wegen Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bildern, Mobiliar, Haushaltsgegenständen, technischen Haushaltsgeräten, Geschirr etc.
- Soweit dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, sind Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person als Benutzer der zur Unterkunft auf Reisen vorübergehend zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden (z. B. Hotel- und Pensionszimmer, Ferienwohnungen, Bungalows, Apartments etc.) sowie der Wohnung/des Hauses der Gastfamilie mitversichert.

Ausgeschlossen sind jedoch Haftpflichtansprüche wegen

- Schäden an beweglichen Gegenständen wie Bildern, Mobiliar, Fernsehapparaten, Geschirr etc.,
- Schäden durch Abnutzung, Verschleiß und übermäßige Beanspruchung,
- Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten.

Die Deckungssumme je Schadensereignis ergibt sich aus dem Tarif.

- Sofern dies nach dem gewählten Tarif ausdrücklich vereinbart ist, gilt die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden Schlüsseln (auch General-Hauptschlüssel für eine zentrale Schließanlage und Code-Karten), die sich rechtmäßig in Gewahrsam des Versicherten befunden haben, als mitversichert.

Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf gesetzliche Haftpflichtansprüche wegen der Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie für vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Not-schloss) und einen Objektschutz von bis zu 14 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.

Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche aus Folgeschäden eines Schlüsselverlustes (z. B. wegen Einbruchs).

Ausgeschlossen bleibt die Haftung aus dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen.

Die Höchstersatzleistung des Versicherers je Schadensereignis ergibt sich aus dem Tarif. Für alle Schäden eines Versicherungsjahres – oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes – ist die Versicherungssumme für das Abhandenkommen von Schlüsseln innerhalb der Deckungssummen auf insgesamt 1.000,- EUR begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

Die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers an jedem Schaden beträgt 10 %, mindestens 100,- EUR.

§ 2 Leistungen

- Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entschädigung, welche die versicherte Person aufgrund eines von dem Versicherer abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von dem Versicherer geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat.
Der Versicherungsschutz für laufende Schadensfälle bleibt bestehen (Ergänzung zu § 4 Ziff. 4 der Allgemeinen Bedingungen).
Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadensereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für die versicherte Person von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen, ggf. die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
Hat die versicherte Person für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihr die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist der Versicherer an ihrer Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.
- Für den Umfang der Leistung des Versicherers bilden die vertraglich vereinbarten Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadensereignis. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache gelten als ein Schadensereignis. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Schadensereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres – oder eines vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes – ist auf das Doppelte der nach dem gültigen Tarif gewählten Deckungssummen für Personen- und Sachschäden begrenzt.
- Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen der versicherten Person und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt der Versicherer den Rechtsstreit im Namen der versicherten Person. Die hierfür anfallenden Kosten übernimmt der Versicherer.
- Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber § 2 Ziff. 5).
Versicherungsfällen, die in USA-Territorien und Kanada eintreten, oder dort geltend gemachten Ansprüchen werden die Aufwendungen des Versicherers für Kosten als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet. Kosten sind: Anwalts-, Sachverständigen-, Zeugen- und Gerichtskosten, Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung des Schadens bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalles sowie Schadensermittlungskosten, auch Reisekosten, die dem Versicherer nicht selbst entstehen. Dies gilt auch dann, wenn die Kosten auf Weisung des Versicherers entstanden sind. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben Ansprüche auf Entschädigung mit Strafcharakter, das heißt Punitive Damages.
- Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadensereignis entstehende Prozesse handelt. Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und seines der Versicherungssumme entsprechenden Anteiles an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien.
- Hat die versicherte Person an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus demselben Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente erstattet.

Für die Berechnung des Rentenwertes gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Ver-

Versicherungsbedingungen für die Reise-Haftpflicht- und Reise-Unfallversicherung bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe VB-RS 2022_03 (CHU)



sicherungsfalles. Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.

7. Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruches durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand der versicherten Person scheitert, so hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

§ 3 Ausschlüsse

1. Haftpflichtansprüche, die über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht der versicherten Person hinausgehen.
2. Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche sowie Ansprüche aus Tumultschadensgesetzen.
3. Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeugrennen, Box- und Ringkämpfe, Kampfsport wie Judo, Kungfu und dergleichen sowie den Vorbereitungen (Training) hierzu.
4. Haftpflichtansprüche wegen Schäden
 - a. an fremden Sachen, die die versicherte Person gemietet, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder die Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind;
 - b. die an fremden Sachen durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit der versicherten Person an oder mit diesen Sachen (z. B. Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dergleichen) entstanden sind; bei Schäden an fremden unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile davon unmittelbar Gegenstand der Tätigkeit gewesen sind.

Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag mitversicherten Personen. Die Erfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungsleistung tretende Ersatzleistung ist nicht Gegenstand der Haftpflichtversicherung, auch dann nicht, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt, desgleichen nicht der Anspruch aus der gesetzlichen Gefahrtragung (für zufälligen Untergang und zufällige Verschlechterung).

5. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den von der versicherten Person (oder in ihrem Auftrag oder für ihre Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen, bleiben ebenfalls von der Versicherung ausgeschlossen.
6. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlung sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- oder Maserstrahlen.
7. Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung auf Boden, Luft oder Wasser (einschließlich Gewässer) und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
8. Haftpflichtansprüche
 - a. aus Schadensfällen von Angehörigen der versicherten Person, die mit ihr in häuslicher Gemeinschaft leben. Als Angehörige gelten Ehegatten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind),
 - b. zwischen mehreren versicherten Personen desselben Versicherungsvertrages,
 - c. von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen,
 - d. von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften,
 - e. von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine,
 - f. von Liquidatoren.

Die Ausschlüsse unter Buchstaben b. bis f. erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.

9. Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne Weiteres als besonders gefährdend.
10. Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit der versicherten Person entstehen, sowie Sachschäden, die durch Krankheit der der versicherten Person gehörenden, von ihr gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden ist.
11. Haftpflichtansprüche aus Schäden an beweglichen Gegenständen (z. B. Bilder, Mobiliar, Fernsehapparate, Geschirr, Teppiche etc.) in dem von der Gastfamilie bewohnten Haus oder der von der Gastfamilie bewohnten Wohnung (Haupt-, Neben- und Urlaubswohnsitz), einschließlich des hierzu gehörenden Grundstückes und der hierauf befindlichen Nebengebäude oder Nebenräume, sofern nicht ausdrücklich Tarifleistungen vorgesehen sind (vgl. § 1 Ziff. 4.);
12. Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeuges (ausgenommen die in § 1 Ziff. 2 f. und g. genannten Wasserfahrzeuge) wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden;
Als Kraftfahrzeuge gelten dabei auch Fahrzeuge mit motorisierter Anfahrhilfe und Tretunterstützung (z. B. Pedelecs), sofern keine anderweitige, insbesondere internationale, gesetzliche Regelung entgegensteht, sowie selbstfahrende Arbeitsmaschinen wie Gabelstapler etc.
13. Haftpflicht als Eigentümer, Halter oder Hüter von Tieren sowie die Haftpflicht bei der Ausübung der Jagd;
14. Haftpflicht aus der Ausübung eines Dienstes, Amtes (auch Ehrenamtes) oder einer Betätigung in Vereinigungen aller Art;
15. Haftpflicht der versicherten Person aus Vermietung, Verleih oder Gebrauchsüberlassung von Sachen an Dritte.

§ 4 Besondere Obliegenheiten und Verfahren nach Eintritt des Versicherungsfalles (Ergänzung zu den im § 7 des Allgemeinen Teils aufgeführten allgemeinen Obliegenheiten)

1. Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadensereignis, das Haftpflichtansprüche gegen die versicherte Person zur Folge haben könnte.
2. Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer (vgl. Teil A § 11) unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in Textform anzuzeigen. Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat die versicherte Person dies dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, auch wenn sie den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber der versicherten Person geltend, so ist diese zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruches verpflichtet. Wird gegen die versicherte Person ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihr gerichtlich der Streit verkündet, so hat sie dies unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen. Das Gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.
3. Die versicherte Person ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen des Versicherers nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadensfalls dient, sofern ihr dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Die versicherte Person hat den Versicherer bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadensermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadensberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadensfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadensfalls erheblichen Schriftstücke einzusenden.
4. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat die versicherte Person die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem von dem Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadensersatz hat sie, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
5. Die versicherte Person ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Sollte dennoch ohne Zustimmung des Versicherers eine solche Anerkenntnis oder Befriedigung erfolgen, werden die Haftpflichtansprüche zunächst nach Rechtslage ohne Berücksichtigung der Anerkennung oder Befriedigung geprüft. Sofern danach Haftpflichtansprüche ohne Anerkennung oder Befriedigung nach Rechtslage berechtigt hätten abgewehrt werden können, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung für den über den berechtigten Haftpflichtanspruch hinausgehenden Anteil frei.
6. Wenn die versicherte Person infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern,

Versicherungsbedingungen für die Reise-Haftpflicht- und Reise-Unfallversicherung bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe VB-RS 2022_03 (CHU)



so ist sie verpflichtet, dieses Recht auf ihren Namen von dem Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter § 4 Ziff. 3 bis 5 finden entsprechende Anwendung.

7. Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen der versicherten Person abzugeben.
8. Die Rechtsfolgen bei Verletzung einer dieser Obliegenheiten ergeben sich aus dem § 7 Ziff. 5 des Allgemeinen Teils A der VB-RS 2022_03 (CHU).

C. Tarife

I. TARIF TYP S

Eine Reise-Unfallversicherung ist nicht enthalten.

Reise-Haftpflichtversicherung

1. **Deckungssumme**
1.000.000,- EUR pauschal für Personen- und Sachschäden.
2. **Selbstbehalt**
Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person trägt je Versicherungsfall einen Selbstbehalt von 250,- EUR.
3. **Einschluss unbeweglicher Gegenstände in den Versicherungsschutz gemäß Teil B II. § 1 Ziff. 4 VB-RS 2022_03 (CHU)**
Die Deckungssumme beträgt je Schadensereignis 10.000,- EUR. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Schadensereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres ist auf das Doppelte der dort genannten Deckungssummen begrenzt.
Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet vom Versicherungsbeginn an einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Die versicherte Person hat von der Schadensersatzleistung bei jedem Schadensereignis 10 %, mindestens 250,- EUR selbst zu tragen.
4. **Abschiebekosten**
Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten – nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 10 %, mindestens 250,- EUR bis zu maximal 1.000,- EUR.
Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

II. TARIF TYP M

A. Reise-Unfallversicherung

Versicherungssummen

- Invalidität 30.000,- EUR gemäß Teil B I. § 2 I. 1. VB-RS 2022_03 (CHU)
- bei Vollinvalidität 105.000,- EUR Progressionsstaffel 350 % gemäß Teil B I. § 2 I. 1. Ziff. 6 VB-RS 2022_03 (CHU)
- Todesfall 15.000,- EUR gemäß Teil B I. § 2 II. 2. VB-RS 2022_03 (CHU)
- Bergungskosten 7.500,- EUR gemäß Teil B I. § 2 III. 3. VB-RS 2022_03 (CHU)
- Kosmetische Operationen 2.500,- EUR

B. Reise-Haftpflichtversicherung

1. **Deckungssumme**
2.000.000,- EUR
2. **Einschluss unbeweglicher Gegenstände in den Versicherungsschutz gemäß Teil B II. § 1 Ziff. 4 VB-RS 2022_03 (CHU)**
Die Deckungssumme beträgt je Schadensereignis 25.000,- EUR. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Schadensereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres ist auf das Doppelte der dort genannten Deckungssummen begrenzt.
Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet vom Versicherungsbeginn an einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Die versicherte Person hat von der Schadensersatzleistung bei jedem Schadensereignis 10 %, mindestens 250,- EUR selbst zu tragen.
3. **Abschiebekosten**
Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten – nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 10 %, mindestens 250,- EUR bis zu maximal 2.000,- EUR.
Der Versicherungsschutz für die Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

III. Tarif XL

A. Reise-Unfallversicherung

Versicherungssummen

- Invalidität 40.000,- EUR gemäß Teil B I. § 2 I. 1. VB-RS 2022_03 (CHU)
- Bei Vollinvalidität 140.000,- EUR Progressionsstaffel 350 % Teil B I. § 2 Ziff. 6 VB-RS 2022_03 (CHU)
- Todesfall 25.000,- EUR gemäß Teil B I. § 2 II. 2. VB-RS 2022_03 (CHU)

Versicherungsbedingungen für die Reise-Haftpflicht- und Reise-Unfallversicherung bei der HanseMerkur Versicherungsgruppe VB-RS 2022_03 (CHU)



- Bergungskosten 10.000,- EUR gemäß Teil B I. § 2 III. 3. VB-RS 2022_03 (CHU)
- Kosmetische Operationen 5.000,- EUR gemäß Teil B I. § 2 IV. 4. VB-RS 2022_03 (CHU)

2. **Einschluss der Kostenübernahme für kosmetische Operationen**

Der Versicherer leistet insgesamt bis zu maximal 5.000,- EUR Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten,
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.

Für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten wird nicht geleistet.

B. **Reise-Haftpflichtversicherung**

1. **Deckungssumme**

2.500.000,- EUR

2. **Einschluss unbeweglicher Gegenstände in den Versicherungsschutz gemäß Teil B II. § 1 Ziff. 4 VB-RS 2022_03 (CHU)**

Die Deckungssumme beträgt je Schadensereignis 50.000,- EUR. Die Gesamtleistung des Versicherers für alle Schadensereignisse innerhalb eines Versicherungsjahres ist auf das Doppelte der dort genannten Deckungssummen begrenzt.

Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten gerechnet vom Versicherungsbeginn an einschließlich aller Vertragsverlängerungen. Die versicherte Person hat von der Schadensersatzleistung bei jedem Schadensereignis 10 %, mindestens 250,- EUR selbst zu tragen.

3. **Einschluss des Schlüsselrisikos in den Versicherungsschutz gemäß Teil B II. § 1 Ziff. 5 VB-RS 2022_03 (CHU)**

Einschluss der gesetzlichen Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden Schlüsseln (auch General-Hauptschlüssel für eine zentrale Schließanlage und Code-Karten), die sich rechtmäßig in Gewahrsam der versicherten Person befunden haben.

Der Versicherungsschutz beschränkt sich auf gesetzliche Haftpflichtansprüche wegen der Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie für vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Not-schloss) und einen Objektschutz bis zu 14 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.

Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche aus Folgeschäden eines Schlüsselverlustes (z. B. wegen Einbruchs).

Ausgeschlossen bleibt die Haftung aus dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen.

Die Höchstersatzleistung des Versicherers je Schadensereignis beträgt 1.000,- EUR. Für alle Schäden eines Versicherungsjahres – oder eines ggf. vereinbarten kürzeren Versicherungszeitraumes – ist die Versicherungssumme für das Abhandenkommen von Schlüsseln innerhalb der Deckungssummen auf das Doppelte begrenzt. Als Versicherungsjahr gilt ein Zeitraum von 12 Monaten, gerechnet vom Versicherungsbeginn an, einschließlich aller Vertragsverlängerungen.

Die Selbstbeteiligung des Versicherungsnehmers an jedem Schaden beträgt 10 %, mindestens 100,- EUR.

4. **Abschiebekosten**

Der Versicherer erstattet bei einer behördlich angeordneten Abschiebung der versicherten Person die gegen den Versicherungsnehmer (Gastfamilie) gemäß §§ 765, 773 BGB in Verbindung mit §§ 82 Abs. 2, 83 und 84 Ausländergesetz geltend gemachten, nachgewiesenen Mehrkosten – nach Abzug einer Selbstbeteiligung von 10 %, mindestens 250,- EUR bis zu maximal 3.000,- EUR.

Der Versicherungsschutz hinsichtlich der Abschiebekosten besteht nur, wenn die Abschiebung innerhalb des versicherten Zeitraumes und innerhalb des in der Aufenthaltsgenehmigung bzw. im Visum angegebenen Zeitraumes für den Aufenthalt behördlich angeordnet wurde.

5. **Berufshaftpflicht**

Der Versicherungsschutz bezieht sich auf die gesetzliche Haftpflicht des Versicherten während der Berufsausübung. Die Höchstersatzleistung des Versicherers je Schadenereignis beträgt 25.000,- EUR. Von dem im jeweiligen Schadenfall ermittelten Schadenbetrag wird ein Selbstbehalt von 10 %, mindestens jedoch 200,- EUR abgezogen.

Als versichert gelten dabei nur Haftpflichtansprüche aufgrund von Tätigkeiten, die die versicherte Person aufgrund ihres Ausbildungsstandes ausüben darf. Dieser Versicherungsschutz tritt nur dann ein, wenn gegen die versicherte Person selbst Ansprüche erhoben werden und für die versicherte Person kein anderweitiger Versicherungsschutz besteht.

Nicht versichert sind Schäden, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherte Fehler übersieht, die in Rechnungen, Aufstellungen, Kostenschlägen, Maßen in Zeichnungen enthalten sind, deren Prüfung dem Versicherten übertragen war.

Kein Versicherungsschutz besteht auch für die Nichterfüllung von Verträgen und die an die Stelle der Erfüllungsleistung tretende Ersatzleistung.

6. **Forderungsausfalldeckung**

Wenn die versicherte Person wegen Personen- oder Sachschäden berechnigte Schadensersatzansprüche hat und diese berechtigten Forderungen gegen den Schadensersatzpflichtigen nicht oder nicht voll durchsetzen kann, so stellt der Versicherer die versicherte Person so, als hätte der Schadensersatzpflichtige als Versicherter Versicherungsschutz im Rahmen und Umfang dieser Haftpflichtversicherung nach deutschem Recht. Der Schadensersatzpflichtige oder sonstige Dritte haben keine Rechte aus diesem Versicherungsvertrag.

Die Höchstersatzleistung des Versicherers beträgt je Schadenereignis 10.000,- EUR, abzüglich eines Selbstbehaltes von 10 %, mindestens jedoch 200,- EUR, von dem jeweils konkret ermittelten Schadenbetrages.

Inhaltsverzeichnis

1. Produktinformationsblatt (IPID)
2. Verbraucherinformationen
3. Widerrufsbelehrung
4. Vermittlerinfo/Versicherungsvermittlerverordnung
5. Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischem Geschäftsverkehr gemäß § 312i
Bürgerliches Gesetzbuch
6. Informationspflichten bei elektronischer Geschäftsverkehr
7. Merkblatt zur Datenverarbeitung
8. Mitteilung nach § 28 Abs. 4 VVG Folgen bei Verletzungen von Obliegenheiten nach einem
Versicherungsfall
9. Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht
10. Ausdrückliche Erklärungen

Reiseversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: HanseMerkur Reiseversicherung AG
Produkt: Care Protector

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz. Diese Informationen sind nicht abschließend. Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus Ihren Versicherungsunterlagen, insbesondere dem Versicherungsantrag, dem Versicherungsschein und den Versicherungsbedingungen sowie ggf. späteren schriftlichen Vereinbarungen. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie sich bitte alle Unterlagen sorgfältig durch.

Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Bei dieser Versicherung handelt es sich um eine Reisehaftpflichtversicherung je nach gewähltem Tarif auch in Verbindung mit einer Unfallversicherung für Personen, die sich zeitlich befristet im Ausland aufhalten.



Was ist versichert?

Haftpflichtversicherung

- ✓ Versicherungsschutz bei berechtigten Schadenersatzforderungen Dritter (tarif-/bedingungsgemäß)
- ✓ Prüfung der Haftpflichtfrage
- ✓ Abwehr unberechtigter Haftpflichtansprüche
- ✓ Berufshaftpflicht bis 25.000 € (Tarif XL)
- ✓ Forderungsausfalldeckung bis 10.000 € (Tarif XL)
- ✓ Deckungssummen für Personen- und Sachschäden von 1.000.000 € bis zu 2.5000.000 € je nach gewähltem Tarif
- ✓ Mietsachschäden tarif-/ bedingungsgemäß je Versicherungsfall von 10.000 € bis 50.000 €

Unfallversicherung (Tarifstufe M oder XL)

- ✓ Invaliditätsleistungen bis 30.000 € bzw. bis 40.000 €; bei Vollinvalidität 105.000 € bis 140.000 €; je nach gewähltem Tarif (Progressionsstaffel 350 %)
- ✓ Leistungen im Todesfall von 15.000 € bis 25.000 € je nach gewähltem Tarif
- ✓ Bergungskosten bis zu 7.500 € bzw. bis 10.000 € je nach gewähltem Tarif

Der Versicherungsschutz besteht für Reisen im vertraglich vereinbarten Geltungsbereich. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen bzw. den gewählten Tarif.



Was ist nicht versichert?

Haftpflichtversicherung

- ✗ Krieg, Terror und dergleichen
- ✗ Kein Versicherungsschutz bei Arglist und Vorsatz

Unfallversicherung (Tarifstufe M oder XL)

- ✗ Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsergebnisse oder durch innere Unruhen verursacht werden, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat
- ✗ Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen
- ✗ Schädigungen an Bandscheiben
- ✗ Kein Versicherungsschutz bei Arglist und Vorsatz

Bezüglich des Umfangs des Versicherungsschutzes und der im Einzelnen zutreffenden Leistungen verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen. Die vollständigen Angaben zu den Einschränkungen des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen bzw. Ihren Versicherungsunterlagen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Grundsätzlich besteht kein Versicherungsschutz für:

- ! Versicherungsfälle, die durch den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person vorsätzlich herbeigeführt wurden
- ! Versicherungsfälle, in denen der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person arglistig über die Umstände zu täuschen versuchte, die für den Grund oder für die Höhe der Leistung von Bedeutung sind
- ! einen Aufenthalt in den Staatsgebieten, deren Staatsangehörigkeit Sie besitzen und/oder in dem Sie einen ständigen Wohnsitz haben
- ! Schäden an beweglichen Mietsachen, sofern diese nicht bedingungs-/tarifgemäß vorgesehen sind
- ! Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, ein unter Ihren Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 Abs. 3 ist die überwiegende Ursache. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.

Weitere Deckungsbeschränkungen sowie Einzelheiten entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsunterlagen.



Wo bin ich versichert?

Der Versicherungsschutz besteht für Reisen im vertraglich vereinbarten Geltungsbereich. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- rechtzeitige Beitragszahlung
- Beachtung der vertraglich vereinbarten Anzeigepflichten, so zum Beispiel das unverzügliche Anzeigen eines Schadens
- Übersenden einer vollständigen und vollständig ausgefüllten Schadenanzeige
- der Schaden ist möglich gering zu halten. Es ist alles zu unterlassen, was zu einer unnötigen Kostenerhöhung führen kann
- alle Angaben (insbesondere zum Schadenfall) müssen vollständig und wahrheitsgemäß sein



Wann und wie zahle ich?

Die erste Prämie ist sofort bei Vertragsschluss fällig. Sie zahlen gemäß Ihrer bei Vertragsschluss gewählten Zahlungsart. Sie können dem Versicherungsschein entnehmen, wann Sie weitere Prämien zahlen müssen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Zahlung der Versicherungsprämie und Zustandekommen des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung der Reise, spätestens jedoch zum vereinbarten Zeitpunkt. Bezüglich der Einzelheiten verweisen wir an dieser Stelle auf Ihre Versicherungsunterlagen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Vertrag (ggfs. mit Verlängerung) kann 1 Monat vor Vertragsablauf in Textform gekündigt werden. Im Übrigen endet Ihr Vertrag mit unserer Kenntnis vom Tod des Versicherungsnehmers. Nach einem Versicherungsfall können Sie oder wir den Vertrag vorzeitig kündigen.

Identität des Versicherers (Name, Anschrift):

HanseMerkur Reiseversicherung AG (Rechtsform: Aktiengesellschaft)

Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
Telefon +49 40 4119-1000
Fax +49 40 4119-3030

Eintragung im Handelsregister:

Amtsgericht Hamburg HRB 19768

Ladungsfähige Anschrift und Vertretungsberechtigte der HanseMerkur Reiseversicherung AG:

HanseMerkur Reiseversicherung AG
Siegfried-Wedells-Platz 1
20354 Hamburg
vertreten durch den Vorstand: Eberhard Sautter (Vorsitz), Eric Bussert,
Holger Ehses, Johannes Ganser, Raik Mildner
Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dr. Karl Hans Arnold

Hauptgeschäftstätigkeit der HanseMerkur AG, im Folgenden „HanseMerkur“ genannt:

Die HanseMerkur betreibt die Versicherung von Risiken, die sich auf Reisen beziehen.

Name und Adresse der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
www.bafin.de

Zuständiger Versicherungsvermittler:

Das Versicherungsverhältnis kommt mit Hilfe der Care Concept AG als Mehrfachvermittler (Assekurateur) zustande. Diese steht Ihnen unter

Care Concept AG
Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Telefon: +49 228 97735-0
Fax: +49 228 97735-35
E-Mail: info@care-concept.de

zur Verfügung und ist für die Vertragsabwicklung einschließlich der Bearbeitung von Leistungsfällen zuständig.

Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen:

Für die in diesem Druckstück aufgeführten Produkte bestehen keine Garantiefonds oder andere Entschädigungsregelungen.

Wesentliche Merkmale der Leistungen:

Die HanseMerkur betreibt auf Reisen bezogene Schaden- und Unfallversicherungen. Je nach Umfang des gewählten Versicherungsschutzes, leistet die HanseMerkur aus der Reise-Krankenversicherung, Reise-Unfallversicherung, Reise-Haftpflichtversicherung, Reisegepäck-Versicherung oder Reise-Rücktrittskosten-Versicherung nach den jeweiligen Versicherungsbedingungen. Der Umfang des Versicherungsschutzes wird vom Versicherungsnehmer im Antragsdruckstück bestimmt. Genauere Angaben über Art und Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes sind der Leistungsbeschreibung im Antrag und den Versicherungsbedingungen zu entnehmen. Ist die Leistungspflicht der HanseMerkur dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so erfolgt die Auszahlung der Entschädigung binnen eines Monats. Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Prüfung des Anspruches durch die HanseMerkur infolge eines Verschuldens der versicherten Person gehindert ist.

Rechtsordnung:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung.

Gesamtpreis und Preisbestandteile:

Die zu entrichtende Einmalprämie/Gesamtpremie ergibt sich aus dem Umfang des vom Versicherungsnehmer gewählten Versicherungsschutzes. Die jeweiligen Prämien für die Bestandteile des Versicherungsschutzes sind dem Versicherungsschein sowie den vom Versicherungsnehmer ausgefüllten Antragsunterlagen zu entnehmen. Wir empfehlen daher, auch die Antragsunterlagen, welche Ihnen mit dem Versicherungsschein per E-Mail zugesendet werden, auszudrucken und zu Ihren Unterlagen zu nehmen. Die genannten Prämien der Krankenversicherung sind versicherungssteuerfrei.

Zusätzliche Kosten, Steuern oder Gebühren:

Grundsätzlich entstehen keine zusätzlichen Kosten, Steuern oder Gebühren. Im Einzelfall können jedoch Mahngebühren in Höhe von 2,50 EUR für die erste bzw. 5,- EUR für die 2. Mahnung, Gebühren für die Rückbuchung von Lastschriften in Höhe von 4,- EUR, eine Bearbeitungsgebühr bei Durchführung von Beitragsrückerstattungen in Höhe von 5,- EUR, eine Geschäftsgebühr in Höhe von 15,- EUR bei Rücktritt der HanseMerkur wegen Nichtzahlung des Beitrages, bei Zahlung per Kreditkarte / PayPal eine Gebühr in Höhe von 4 % des Gesamtbeitrages, mindestens aber 3,- EUR, sowie über den pauschalen Erstattungsbetrag hinausgehende Telekommunikationskosten in Abhängigkeit von dem gewählten Kommunikationsweg / Provider, entstehen.

Einzelheiten der Zahlung und Erfüllung:

Die Prämie kann als einmalige Beitragszahlung für die gesamte Versicherungsdauer entrichtet werden. Die Erst- oder Einmalprämie wird mit Beginn des Versicherungsvertrages fällig.

Die Zahlungsweise der Prämie kann wahlweise über das SEPA-Lastschriftverfahren, per Überweisung, per Kreditkartenzahlung oder per PayPal erfolgen. Bei Zahlung der Prämie per SEPA-Lastschriftverfahren oder Kreditkarte ist die Zahlung rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und kein Widerspruch des Versicherungsnehmers – bzw. sofern dieser nicht der Inhaber des genannten Kontos ist – des Kontoinhabers dem Zahlungsabruf widerspricht.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen:

Die zur Verfügung gestellten Informationen sind zeitlich unbefristet gültig.

Beginn des Vertrages, des Versicherungsschutzes, Dauer der Bindefrist bei Antragsstellung

Der Vertrag kommt zustande, wenn der vom Versicherer hierfür vorgesehene Antrag ordnungsgemäß ausgefüllt bei dem Versicherer eingeht und dieser den Antrag mit Übersendung des Versicherungsscheines annimmt. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, nicht jedoch vor rechtzeitiger Zahlung der geschuldeten Prämie. Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie am Abbuchungstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Kann die Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

Die Voraussetzungen für den Abschluss der Versicherung entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsbedingungen. Eine Bindefrist des Antragstellers an den Antrag ist nicht vorgesehen.

Wichtiger Hinweis gemäß § 37 Abs. 2 VVG:

Tritt der Versicherungsfall nach Abschluss des Vertrages ein und ist die einmalige oder die erste Versicherungsprämie zu diesem Zeitpunkt noch nicht gezahlt, ist die HanseMerkur nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Informationen über die Laufzeit der Versicherung:

Der Vertrag ist je nach gewählter Dauer befristet.

Ende des Vertrages, Kündigungsrecht, Geschäftsgebühr:

Der Vertrag endet mit dem mit dem Ende der Reise bzw. dem vereinbarten Versicherungsende. Tritt die HanseMerkur wegen Nichtzahlung der ersten bzw. einmaligen Prämie nach § 37 Abs. 1 VVG vom Vertrag zurück, erhebt sie eine Geschäftsgebühr in Höhe von 15,- EUR je Versicherungsvertrag gemäß § 39 Abs. 1 VVG.

Anwendbares Recht und Gerichtsstand:

Auf das Vertragsverhältnis findet deutsches Recht Anwendung. Klagen gegen die HanseMerkur können in Hamburg erhoben werden oder an dem Ort, an dem der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Vertragssprache:

Maßgebliche Sprache für das Vertragsverhältnis und die Kommunikation mit dem Versicherungsnehmer während der Vertragslaufzeit ist Deutsch.

Außergerichtliches Schlichtungsverfahren:

Schlichtungsversuche und Beschwerden können – wenn eine Einigung mit der HanseMerkur nicht erzielt werden kann – an folgende Schlichtungsstelle gerichtet werden:

Für die Reise-Krankenversicherung:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22, 10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

Für die übrigen Versicherungen:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Beschwerdemöglichkeit bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Beschwerden gegen die HanseMerkur können erhoben werden bei der zuständigen Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
www.bafin.de

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen, einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- diese Belehrung,
- sämtliche Informationsblätter zu Versicherungsprodukten,
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Care Concept AG,
Postfach 30 02 62
53182 Bonn
Telefon: +49 228 97735-0
Fax: +49 228 97735-35
E-Mail: info@care-concept.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der sich zeitaufteilend vom Beginn des Vertrags bis zum Zugang des Widerrufs errechnet. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

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

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1: Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form
b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Versicherungsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrages zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Name: Care Concept AG
Anschrift: Am Herz-Jesu-Kloster 20
53229 Bonn
Telefon: +49 228 97735-0
Telefax: +49 228 9773535
tätig als: Versicherungsvertreter (Mehrfachagent)
gemäß § 34d, Absatz 1 GewO
Wir sind tätig als Mehrfachvertreter gemäß § 34 d I GewO.
Beratungsleistung: Hinsichtlich der vermittelten Versicherungsprodukte bieten wir eine Beratung an.
Art und Quelle der Vergütung:
Die Vergütung der Tätigkeit erfolgt als in der Versicherungsprämie enthaltene Provision, die vom jeweiligen Versicherungsunternehmen ausgezahlt wird.
Handelsregister-Nr.: HRB 8470
Ust-IdNr.: DE813961035
Vermittlerregister: Deutscher Industrie- und Handelskammertag (DIHK) e.V.
Breite Straße 29
10178 Berlin
Telefon: 0 180 6005850
(Festpreis 0,20 EUR / Anruf;
Mobilfunkpreise max. 0,60 EUR / Anruf)
www.vermittlerregister.info
IHK-Reg.-Nr.: D-KJUH-GSQI4-87
Beteiligung: HanseMerkur Reiseversicherung AG, Hamburg
Vorstand: Jörg Schmidt, Dirk Günther
Aufsichtsrat: Hans Geisberger (Vors.)
Schlichtungsstellen: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22 | 10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de
Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32 | 10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312 i Bürgerliches Gesetzbuch (BGB): Informationen über technische Schritte



Diese Schritte führen zum Abschluss, wenn Sie im Internet buchen:

Online-Abschluss

Erst wenn Sie auf den Button „Antrag absenden“ klicken (oder im Falle der Auswahl von Kreditkarten- oder PayPal-Zahlung auf „Antrag absenden und bezahlen“ klicken und anschließend eine erfolgreiche Zahlung per Kreditkarte oder per PayPal-Account ausführen), beantragen Sie verbindlich den Abschluss des Onlinevertrages, und Ihre Daten werden erfasst und gespeichert.

Speicherung Ihrer Daten und Ihrer Angaben

Abhängig vom gewählten Produkt erhalten Sie einen Versicherungsschein per E-Mail und/oder per Post. Die Internet-Buchung mit Ihren Angaben bekommen Sie per E-Mail als PDF-Dokument für Ihre Unterlagen zugeschickt. Eine Online-Zugriffsmöglichkeit auf Ihre Daten sowie Ihre Angaben besteht nach Beitritt nicht. Sie können jedoch telefonisch oder per E-Mail Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten.

Berichtigung von Eingaben

Sie können Ihre Eingaben vor dem kostenpflichtigen Buchen prüfen und die von Ihnen gemachten Angaben jederzeit berichtigen oder ergänzen. Nachdem Sie das Antragsformular ausgefüllt und den Button „Onlinevertrag abschließen“ angeklickt haben, werden alle eingegebenen Daten nochmals zur Überprüfung auf ihre Richtigkeit dargestellt. Sollten Ihnen an dieser Stelle Eingabefehler auffallen, können Sie diese korrigieren, indem Sie auf den Button „Daten korrigieren“ klicken. Dadurch gelangen Sie zurück zum Antragsformular und können die gewünschten Änderungen vornehmen. Nach der Beantragung können Sie über das Service-Portal (http://www.care-concept.de/service/versicherung_service.htm) Änderungen vornehmen.

Datenspeicherung

Ihre Daten werden von dem Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen), vertreten durch die Care Concept AG, zur Durchführung des Versicherungsverhältnisses gespeichert.

Auskunft

Sie können jederzeit mündlich oder schriftlich Auskunft zu Ihrem Versicherungsschutz erhalten. Ein Online-Zugriff auf Ihre Daten besteht nach Abschluss nicht.

Im Übrigen finden Sie Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte unter www.care-concept.de/datenschutz.php oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Welche Schritte sind erforderlich, um Ihren Krankenversicherungsvertrag online abzuschließen?

Um einen Versicherungsvertrag über das von Ihnen gewünschte Produkt abzuschließen, müssen Sie zunächst über die Internetpräsenz der Care Concept AG das jeweilige Online-Antragsformular zum gewünschten Produkt ausfüllen. Nähere Informationen zum Online-Abschluss bitten wir Sie dem Merkblatt Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312i Bürgerliches Gesetzbuch: „Informationen über technische Schritte“ zu entnehmen. Nachdem Sie den Button „Onlinevertrag abschicken“ angeklickt haben, erscheint ein Bestätigungsfenster mit den von Ihnen eingegebenen Daten. Hier können Sie Ihre Angaben auf Richtigkeit überprüfen und ggf. korrigieren. Wenn Sie Ihre Angaben überprüft haben und den Button „Antrag absenden“ anklicken, geben Sie Ihr verbindliches Angebot auf Abschluss des Auslands Krankenversicherungsvertrages ab.

Kurze Zeit später erhalten Sie per E-Mail zunächst eine Antragseingangsbestätigung. Mit dieser Bestätigung erhalten Sie ein PDF-Dokument mit den von Ihnen im Online-Antrag angegebenen Daten.

Soweit Ihr Antrag angenommen wird, erhalten Sie nach der Antragsbestätigung zeitnah eine weitere Bestätigungsmail der Care Concept AG. Diese erhält auch Ihre Versicherungsunterlagen (u.a. Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen, Behandlungsschein etc.). Mit der Übersendung dieser E-Mail nebst Unterlagen ist der Versicherungsvertrag mit dem Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen), vertreten durch die Care Concept AG, zustande gekommen.

Wird der Vertragstext nach dem Vertragsschluss von dem Unternehmer gespeichert und ist er Ihnen zugänglich?

Im Online-Antrag müssen Sie durch Anklicken des entsprechenden Kästchens erklären, dass Sie

- die Versicherungsbedingungen,
- die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der Care Concept AG,
- die ausdrücklichen Erklärungen,
- das Produktinformationsblatt und
- die Verbraucherinformationen

zur Kenntnis genommen haben und mit Ihnen einverstanden sind. Sie können die genannten Dokumente vor dem Absenden des Antrags ausdrucken und/oder als PDF-Datei herunterladen und müssen uns dies bestätigen.

Eine Kopie Ihres Online-Antrages sowie die Versicherungsunterlagen (u.a. Versicherungsschein, Versicherungsbedingungen, Behandlungsschein etc.) werden Ihnen anschließend per E-Mail übersandt.

Ihr ausgefüllter Online-Antrag, die Antragseingangsbestätigung und die Bestätigungsmail mit Ihren Vertragsunterlagen werden von uns für die Geschäftsabwicklung unter Einhaltung der geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert.

Kann ich vor dem Absenden meines verbindlichen Versicherungsantrages Eingabefehler erkennen und korrigieren?

Ja. Nähere Informationen zum Online-Abschluss bitten wir Sie dem Merkblatt Verbraucherinformationen bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr gemäß § 312i Bürgerliches Gesetzbuch: „Informationen über technische Schritte“ zu entnehmen.

In welchen Sprachen können Sie den Versicherungsvertrag abschließen?

Die verbindliche Sprache für den Vertragsabschluss ist deutsch. Soweit Ihnen bei Stellung des Online-Antrags bzw. bei Vertragsabschluss weitere Unterlagen in einer anderen als der deutschen Sprache zur Verfügung gestellt werden, geschieht dies ausschließlich als unverbindliche Serviceleistung. Verbindlich ist ausschließlich der Inhalt der deutschsprachigen Version des Online-Antrags sowie der weiteren Dokumente (z.B. Versicherungsbedingungen, Informationen zum Fernabsatzgesetz, Ausdrückliche Erklärungen, Produktinformationsblatt, Verbraucherinformationen, Versicherungsschein).

Hat sich die Care Concept AG Verhaltenskodizes unterworfen? Sind diese abrufbar über die Unternehmenshomepage?

Grundlage unseres Handelns und Verhaltens ist die Compliance-Richtlinie der Care Concept AG.

Die Compliance-Richtlinie der Care Concept AG ist abrufbar unter www.care-concept.de.

Auskunft

Im Übrigen finden Sie Informationen zum Datenschutz und Ihrer diesbezüglichen Rechte unter www.care-concept.de/datenschutz.php oder fordern Sie diese gern bei uns an.

Vorbemerkung

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

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat.

Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung, ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden.

Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag bzw. in Schaden-/Leistungsanzeigen auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer:

Dieser speichert Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind.

Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichert der Versicherer Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

Datenübermittlung an Rückversicherer

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

Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

Zentrale Datensammlung

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen. Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d. h., Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt. Dabei sind die sog. Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von "Datenübermittlung", bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z. B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten werden Sie durch einen unserer Vermittler betreut. Vermittler in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden Sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert.

Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z. B. durch

Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

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

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

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



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wenn der Versicherungsfall eingetreten ist, brauchen wir Ihre Mithilfe.

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 (Auskunftsobliegenheit), und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht insoweit ermöglichen, als Sie uns alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Tatbestands dienlich sind (Aufklärungsobliegenheit). 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 zur Schwere Ihres Verschuldens kürzen. Eine Kürzung erfolgt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit 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

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

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

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

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

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

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

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

2. Kündigung

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

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

3. Vertragsänderung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit zu einem rückwirkenden Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht uns das Recht zur Vertragsänderung nicht zu. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen

4. Ausübung unserer Rechte

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

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

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei 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.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften (insb. EU-DSGVO) enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt der Versicherer (deckungsgewährender Versicherer aus Ihren Vertragsunterlagen – im Folgenden „der Versicherer“ genannt) sowie wir als dessen Partner, die Care Concept AG, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt der Versicherer Ihre Schweigepflichtentbindung, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten bei schweigepflichtigen Stellen weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtenbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein bzw. die evtl. Leistung evtl. nicht fällig werden kann.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch den Versicherer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb des Versicherers (unter 3.) und
- wenn ein 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.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch den Versicherer

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. bei Eintritt des Versicherungsfalls im dafür erforderlichen Umfang mit den von mir im Antrag benannten früheren Versicherern bzw. mit ihren eigenen Datenbeständen abgleichen dürfen um meine Angaben überprüfen und im Bedarfsfall ergänzen zu können.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

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 der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept 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 sonstiger Angehöriger eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Ich wünsche, dass mich der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, 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 den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, einwillige oder*
- die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.*

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht sowie zu einer fehlenden Fälligkeit der evtl. Leistung führen kann.

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 den Versicherer oder dessen Partner, die Care Concept 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.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

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 den Versicherer sowie dessen Partner, Care Concept 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.

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. zu einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärungen auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb des Versicherers

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, verpflichten die jeweiligen Dienstleister vertraglich zur 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. Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, benötigen 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 der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept 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 den Versicherer und die Care Concept AG zurückübermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen und Personen)

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, führen bestimmte Aufgaben, wie z. B. den Notruf-Service, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer personenbezogener Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigen der

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Versicherer und die Care Concept AG Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und, soweit erforderlich, für die anderen Stellen.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, – meine Gesundheitsdaten an die unter dem nachfolgenden

Link: https://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/dienstleisteruebersicht.php

genannten Stellen übermitteln und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer und die Care Concept AG dies tun dürfen. Soweit erforderlich entbinde ich die Mitarbeiter der genannten Unternehmen und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von Ihrer Schweigepflicht.

Die vorstehende Liste erhebt dabei keinen Anspruch auf Vollständigkeit, weil sich zwischenzeitlich Änderungen ergeben haben können. Eine aktuelle Liste kann schriftlich angefordert werden.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können der Versicherer und deren Partner, Care Concept 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 der Versicherer bzw. die Care Concept AG Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag den Rückversicherungen vorlegen. 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 Rückversicherungen den Versicherer bzw. die Care Concept AG aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützen.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob der Versicherer und deren Partner, die Care Concept AG, **das Risiko bzw.** den Leistungsfall richtig eingeschätzt haben.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit die 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 den Versicherer bzw. die Care Concept AG 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 den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

3.4 Datenweitergabe an selbständige Vermittler

Der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, geben grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbst- ständige 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 (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Ich willige ein, dass der Versicherer sowie dessen Partner, die Care Concept AG, meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten 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.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten bei Nichtzustandekommen des Vertrages

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern der Versicherer und die Care Concept AG Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten z.B. für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen oder um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei dem Versicherer und dessen Partner, der Care Concept AG, bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass der Versicherer und dessen Partner, die Care Concept 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 speichern und nutzen.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

5. Weitere Erklärungen, Einwilligungen und Datenschutzhinweise

Empfangsberechtigung bezüglich der Versicherungsleistungen

Der Versicherungsnehmer ermächtigt den Versicherer und dessen Partner, die Care Concept AG, die Leistungen aus diesem Vertrag gegebenenfalls auch mit der versicherten Person oder Behandlern etc. direkt abzurechnen.

Zustimmung betreffs werblicher Maßnahmen

Sie sind damit einverstanden, dass wir Ihre Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zum Zwecke der Werbung (z.B. Kundeninformation und –betreuung, Befragung meiner Zufriedenheit mit den Leistungen der Care Concept AG) bis auf Widerruf verwenden.

Ich bin berechtigt, die Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Ein solcher Widerruf kann unter anderem per E-Mail an datenschutz@care-concept.de gerichtet werden. Weitere Kontaktdaten und -möglichkeiten können dem Merkblatt über die Datenverarbeitung entnommen werden.

Schriftverkehr

Sie sind damit einverstanden, dass wir bzw. unsere Vertriebspartner Ihnen Unterlagen in einer nicht verschlüsselten E-Mail zuschicken. Es erfolgt keine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung. Die E-Mail-Adresse haben Sie uns hierzu mitgeteilt. Unterlagen können zum Beispiel Dokumente zu einem Angebot oder Antrag sein. Wir dürfen Ihnen Inhalte und Dateien unverschlüsselt zuzusenden. Es kann sein, dass Gesundheitsdaten oder andere nach § 203 StGB geschützte Daten betroffen sein. In diesem Fall haben Sie uns oder unseren Vertriebspartner und die jeweiligen Mitarbeiter von der Schweigepflicht entbunden. Diese Vereinbarung gilt für alle E-Mails und Unterlagen bis zum Vertragsschluss.

Damit gehen Risiken einher. Über diese sind Sie vorher mündlich oder telefonisch aufgeklärt worden. Besonders darüber, dass diese E-Mail dem Versand einer Postkarte gleicht. Jeder, der sie „in die Hand“ bekommt kann sie problemlos lesen. Dies gilt auch für Ihre Gesundheitsangaben oder Bankverbindungsdaten im Antrag oder Angebot. Anhänge, Inhalte und Absenderadressen könnten durch Dritte unbemerkt verändert werden. Deswegen kann für die Richtigkeit einer E-Mail nicht garantiert werden. Wenn sich Ihre E-Mail-Adresse ändert, teilen Sie und dies unverzüglich mit.

Die Abwicklung der Beantragung, Übermittlung aller im Zusammenhang mit dem Vertragsabschluss erforderlichen Informationen sowie die übrige Korrespondenz zu Ihrer Versicherungsnummer erfolgt per E-Mail zum Teil automatisiert. Sie haben deshalb dafür Sorge zu tragen, dass die von Ihnen bei uns hinterlegte E-Mail-Adresse zutreffend ist, der Empfang der E-Mails technisch sichergestellt ist und insbesondere nicht durch SPAM-Filter verhindert wird.

Diese Einwilligung und die Entbindung von der Schweigepflicht können Sie zu jeder Zeit widerrufen: Formlos, ganz oder nur teilweise, ohne Angabe von Gründen. Wenden Sie sich dazu an uns oder unseren Vertriebspartner. Unsere Kontaktdaten erhalten Sie unter:

http://www.care-concept.de/wir_ueber_uns/impressum.htm

Ausdrückliche Erklärungen

Einwilligung zur Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung



Soweit Sie eine E-Mail erhalten, sind die Kontaktdaten in dieser angegeben. Wenn Sie widerrufen, erhalten Sie die Informationen per Post, Telefax oder E-Mail-Verschlüsselungsverfahren.

Hinweise zur Versicherungsfähigkeit

- Für die Tarife Care College und Care Au-Pair:

Ich habe vor, wieder in mein Heimatland zurückzukehren, bzw. ich besitze nur eine befristete Aufenthaltserlaubnis.

- Für den Tarif Care College:

Der Hauptgrund meines Aufenthaltes ist die Aus- und Weiterbildung, bzw. es handelt sich um ein "working holiday" oder "work & travel" Programm.

- Für den Tarif Care Visa Protect:

Der Vertragsabschluss erfolgt im Zusammenhang mit einer Visumerteilung.

- Für den Tarif Care Science:

Ich bin chinesischer Stipendiat.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

Ich erkläre, dass mir die Möglichkeit gegeben wurde, von dem Merkblatt zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen.