



SYNCRO24 - Unfallversicherung New Line

▶ Informationsblatt zu Versicherungsprodukten	2
▶ Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB)	4
▶ Leistungserweiterungen zur Unfallversicherung	25
▶ Informationen gemäß Informationspflichtenverordnung für Versicherungsverträge	26
▶ Belehrung über das Widerrufsrecht	29
▶ Wichtige Hinweise zum Datenschutz	31
▶ Abschlusserklärung	35
▶ Anlagen und Bestandteile der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen	36

Informationen gemäß Informationspflichtenverordnung für Versicherungsverträge (VVG)

1. Allgemeine Informationen

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
die Rechtsverordnung zu den Informationspflichten nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz regelt den Umfang der Verbraucherinformation zu Versicherungsverträgen. Nachfolgend erhalten Sie allgemeine Informationen bzw. einen Überblick darüber, wo Sie diese entnehmen können. Weitere Einzelheiten erfahren Sie im Rahmen der spartenspezifischen Produktinformationsblätter der SYNCRO24.

Wer ist wer?

Mit „Sie“ bezeichnen wir Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner.

Versicherte Personen sind alle Personen, die vom Versicherungsschutz umfasst sind. Die versicherten Personen ergeben sich aus dem Antrag und dem Versicherungsschein.

„Wir“ ist der Versicherer, vertreten durch die SYNCRO24 - assekuradeur GmbH, nachstehend kurz SYNCRO24 genannt. Wir haben SYNCRO24 beauftragt die Vertrags- und Schadenbearbeitung durchzuführen. SYNCRO24 ist von uns bevollmächtigt

- ▶ Ihre vertraglich erforderlichen Anzeigen, Willenserklärungen und Schadenanzeigen entgegenzunehmen,
- ▶ Erklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag (z.B. Rücktritt, Kündigung, usw.) abzugeben und entgegenzunehmen,
- ▶ den gesamten Schriftwechsel mit Ihnen zu führen,
- ▶ Ihnen und Ihren betreuenden Vermittlern gegenüber die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären,
- ▶ die Beiträge zu Ihrer Versicherung in Empfang zu nehmen,
- ▶ die ausstehenden Beiträge einzufordern und / oder,
- ▶ im Versicherungsfall die vertragsgemäßen Leistungen zu entscheiden und diese auszuführen.

Die Beiträge gelten als bei uns eingegangen, wenn sie bei SYNCRO24 eingegangen sind.

Vertragspartner des Versicherungsnehmers

Nachfolgend erhalten Sie eine Übersicht der für Ihren Vertrag möglichen Versicherer. Der speziell für Ihren Vertrag zutreffende Versicherer ist im Versicherungsschein benannt.

Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland

Platz der Einheit 2
60327 Frankfurt am Main
Registergericht: Amtsgericht Frankfurt am Main
Registernummer: HRB 88353
USt-IdNr.: DE 815 195 011
VersSt-Nr.: 807/V90807020227

Dialog Versicherung AG

Adenauerring 7
81737 München
Registergericht: Amtsgericht München
Registernummer: 234855
USt-IdNr.: DE318057884
VersSt-Nr.: 802/V20000026212

Landesschadenhilfe Versicherung VaG (LSH)

Vogteistr. 3
29683 Bad Fallingbostenel
Registergericht: Amtsgericht Walsrode
Registernummer: HRB 38
St.Nr.: DE 815 195 011
VersSt-Nr.: 809/V90809020802

Waldenburger Versicherung AG

Max-Eyth-Straße 1
74638 Waldenburg
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart
Registernummer: HRB 590670
USt-IdNr.: DE 211 532 863
VersSt-Nr.: 801/V90801005964

Wer ist Ihre Verwaltungsgesellschaft?

SYNCRO24 - assekuradeur GmbH
Zinngießerstraße 7
31789 Hameln
Registergericht: Amtsgericht Hannover
Registernummer: HRB 209042

Telefon: 05151 - 96109 - 0
Telefax: 05151 - 96109 - 79
E-Mail: post@SYNCRO24.de
Internet: www.SYNCRO24.de

Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Diese Informationen gelten für Versicherungen im Rahmen der SYNCRO24 - New Line.

Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich spartenspezifisch nach dem Antrag, dem Versicherungsschein, den vereinbarten Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen, Zusatzbedingungen und/oder Klauseln sowie den gesetzlichen Bestimmungen.

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten



Unternehmen: SYNCRO24-assekurateur GmbH

Versicherer: Landesschadenhilfe Versicherung VaG

Unfallversicherung New Line

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Wir bieten Ihnen eine private Unfallversicherung an. Diese schützt Sie gegen Risiken durch Unfallverletzungen ab.



Was ist versichert?

- ✓ Versichert sind Unfälle im gesamten privaten und beruflichen Bereich. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Wir bieten beispielsweise folgende Leistungsarten an:

Leistungsarten

- ✓ Einmalige Invaliditätsleistung bei dauerhaften Beeinträchtigungen (z.B. Bewegungseinschränkungen)
- ✓ Krankenhaustagegeld bei Krankenhausaufenthalten oder ambulanten Operationen
- ✓ Rückhol-, Bergungs- und Rettungskosten
- ✓ Kosmetische Operationen
- ✓ Haushaltshilfe, Tagesmutter
- ✓ Rooming-in-Leistungen
- ✓ Vorsorge für Neugeborene

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



Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten (z.B. Gelenksarthrose, Schlaganfall, Herzinfarkt)
- ✗ Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind
- ✗ ständige Pflegebedürftigkeit



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Wir können nicht alle denkbaren Situationen versichern, sonst müssten wir einen erheblich höheren Beitrag verlangen. Deshalb haben wir einige Fälle aus dem Versicherungsschutz herausgenommen, z.B.:
- ! Unfälle durch Alkohol- oder Drogenkonsum
- ! Unfälle bei der vorsätzlichen Begehung einer Straftat
- ! Bandscheibenschäden
- ! Unfälle, durch die aktive Teilnahme an Motorrennen.

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



Wo bin ich versichert?

- ✓ Die Unfallversicherung gilt weltweit.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Ihre Angaben im Versicherungsantrag sind wahrheitsgemäß und vollständig zu machen.
- Versicherungsprämien sind rechtzeitig und vollständig zu zahlen.
- Informieren Sie uns, wenn sich eine Änderung Ihrer ursprünglichen Angaben im Versicherungsantrag oder später während der Laufzeit des Vertrages ergibt.
- Es ist möglich, dass Sie von uns aufgefordert werden, besondere gefahrdrohende Umstände zu beseitigen.
- Sie sind verpflichtet, den Schaden so weit wie möglich abzuwenden bzw. zu mindern und uns durch wahrheitsgemäße Schadenberichte bei der Schadensermittlung und -regulierung zu unterstützen.

Im Schadensfall

- Zeigen Sie uns jeden Schadensfall schnellstmöglich an.
- Halten Sie den Schaden so gering wie möglich, ohne Ihre eigene Sicherheit zu gefährden.
- Folgen Sie unseren Weisungen zur Aufklärung des Schadensereignisses.
- Schildern Sie den Schaden wahrheitsgemäß und vollständig.

Unvollständige oder unrichtige Angaben können sich nachteilig auf den Versicherungsschutz auswirken.



Wann und wie zahle ich?

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



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen. Der Vertrag verlängert sich mit Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung zugegangen ist.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag ebenso wie wir zum Ablauf der zunächst vereinbarten Vertragsdauer kündigen (spätestens drei Monate vor dem Ende der Vertragsdauer).

Die Verträge verlängern sich nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer stillschweigend von Jahr zu Jahr.

Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres können Sie den Vertrag täglich in Textform kündigen. Ebenfalls können Sie und wir den Vertrag vorzeitig kündigen. Das ist z.B. nach einem Schadensfall möglich. Dann endet die Versicherung schon vor Ende der vereinbarten Dauer.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB SYNCRO24 2021)

SYNCRO24 - Privatkundenkonzept 2021

1. Der Versicherungsfall
2. Ausschlüsse
3. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
4. Vertragsdauer; Kündigung
5. Beginn des Versicherungsschutzes; Fälligkeit von Erst- und Folgeprämie und Folgen verspäteter Zahlung; SEPA-Lastschriftverfahren; Teilzahlung; vorzeitige Beendigung; Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit
6. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst, Umstellung Kindertarif
7. Leistungsarten
8. Einschränkungen der Leistungen
9. Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles
10. Folgen von Obliegenheitsverletzungen
11. Fälligkeit der Leistungen
12. Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
13. Anzeigen und Willenserklärungen
14. Verjährung
15. Gerichtsstände
16. Änderungen von Prämien und Bedingungen
17. Versehensklausel
18. Leistungsgarantie des GDV-Standards
19. Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse
20. Schlussbestimmungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung

1. Der Versicherungsfall

1.1 Versicherungsumfang

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

a) Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen, die für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedürfen (mind. Pflegegrad 3 i. S. PflegeVG) oder geistig oder psychisch Erkrankte, deren Gesundheitsstörung so hochgradig ist, dass sie einer Anstaltsunterbringung oder ständiger Aufsicht bedürfen.

b) Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von a) nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung. Die für dauernd pflegebedürftige Personen sowie geistig oder psychisch Erkrankte seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie ist zurückzuzahlen.

Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus Nr. 7; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.

1.2 Geographischer Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt und Infektionen nach Maßgabe der als Anlage beigefügten Infektionsklausel.

1.3 Definition Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.

Als Unfälle im Sinne dieses Abschnitts gelten auch der Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod sowie Gesundheitsschädigungen durch Erfrieren; Letztere jedoch nur als Folge eines versicherten Unfallereignisses.

1.4 Unfall durch erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ▶ ein Gelenk verrenkt wird oder
- ▶ Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Als Unfall gelten auch Bauch- und Unterleibsbrüche infolge einer erhöhten Kraftanstrengung.

Außerdem gelten als Unfälle:

- ▶ Unfälle bei Raufhändel, Schlägereien und inneren Unruhen, wenn die versicherte Person ohne Vorsatz daran teilgenommen hat.
- ▶ Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren und Sachen, bei denen die versicherte Person Gesundheitsschädigungen davonträgt.
- ▶ Unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, auch wenn sie zur Vergiftung führen. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistungen gemäß Nr. 8 sowie die Ausschlüsse gemäß Nr. 2 wird hingewiesen..

1.5 Unfall durch Eigenbewegung

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ▶ ein Gelenk verrenkt wird,
- ▶ Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden,
- ▶ Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,
- ▶ Knochenbrüche entstehen.

Ausgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden sowie Bauch- und Unterleibsbrüche.

1.6 Herzinfarkt und Schlaganfall

Als Unfall gilt auch, wenn eine versicherte Person unfallbedingt einen Herzinfarkt oder/ und einen unfallbedingten Schlaganfall erleidet. Mitversichert sind gleichermaßen Unfälle infolge eines Herzinfarktes und/ oder Schlaganfalles.

1.7 Staubwolken und Säuren

In Erweiterung von Nr. 1.4 gelten auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch die allmähliche Einwirkung von plötzlich ausströmenden Staubwolken und Säuren als mitversichert, soweit es sich nicht um berufsbedingte Schädigungen handelt.

1.8 Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug

Als Unfall gilt auch der unfreiwillig erlittene Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug.

1.9 Sonnenbrand oder Sonnenstich

Als Unfall gilt auch das Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches.

2. Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

1. Unfälle durch Geistesstörungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, wenn diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle (soweit die versicherte Person noch nicht an Epilepsie erkrankt war) oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, verursacht werden.

Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen (nicht Geistesstörungen im Sinne von Satz 1), auch soweit diese durch Trunkenheit oder Medikamente (auch KO-Tropfen), nicht jedoch durch den Gebrauch von Drogen verursacht sind, sind mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkohol unter 1,1 ‰ liegt.

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

Bei Personen unter 18 Jahren sowie Entmündigten ist immer dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ohne Führerschein ein Kraftfahrzeug lenkt oder fährt.

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

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

4. Unfälle der versicherten Person

a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges.

b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit.

c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

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

7. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

Hierunter sind nicht zu verstehen Laser- und Maserstrahlen sowie energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt oder Strahlen, die zur Diagnose oder Therapie bestehender Erkrankungen eingesetzt wurden, sofern sie nicht die Folgen des regelmäßigen Umgangs mit Strahlen erzeugenden Apparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

8. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

9. Infektionen, soweit nicht durch die als Anlage beigefügte Infektionsklausel abgedeckt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Bei geringfügigen Haut- oder Schleimhautverletzungen muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.

Als Folge eines Unfallereignisses sind auch Blutvergiftungen und Wundinfektionen versichert.

Infektionen sowie allergische Reaktionen infolge von Insektenstichen und Insekten-/ Tierbissen sind mitversichert.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Nr. 8 Satz 2 entsprechend.

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

Für die Folgen von Vergiftungen durch Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, deren Schädlichkeit sich die versicherte Person nicht bewusst war (Lebensmittelvergiftung), besteht Versicherungsschutz. Ausgenommen sind Vergiftungen in Folge der Einführung oder Aufnahme von Alkohol. Als Lebensmittel gelten alle im regulären Handel erhältlichen Nahrungs- und Genussmittel sowie Nahrungsergänzungsmittel.

11. Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von Nr. 1.3 und 1.4 entstanden sind.

12. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von Nr. 1.3 die überwiegende Ursache ist.

13. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, sofern sie nicht nachweislich auf ein Unfallereignis im Sinne dieser Bedingungen zurückzuführen sind.

3. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für seinen Entschluss erheblich sind, den Vertrag zu dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Die Risikoträger (Versicherer) machen sich Antrags- und Risikofragen, die die SYNCRO24 auf Antragsformularen, in Deckungsnoten, die im Geschäftsverkehr mit den Maklern verwendet werden und im Online-Antragsverfahren gestellt hat oder die der Versicherungsvermittler / Versicherungsmakler beim Versicherungsnehmer gesondert erhoben hat und die an die SYNCRO24 übermittelt werden, ausdrücklich zu eigen. Damit sind die Fragen so zu betrachten, als seien diese von den Versicherern gestellt worden.

Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor der Vertragsannahme des Versicherers, Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellt.

Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an den Versicherungsnehmer gestellten Fragen verantwortlich. Wird der Vertrag von dem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss der Versicherungsnehmer sich so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder diesen arglistig verschwiegen.

3.1 Voraussetzung und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen der Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangt.

3.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer kann sich auf sein Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben. Ein Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der

Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nichtangezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

3.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat. Dem Versicherer steht der Teil der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

3.4 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigenpflichtverletzung hingewiesen hat. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zu der Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich auf das Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen der Anzeigenpflichtverletzung hingewiesen hat. Der Versicherer muss die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zu der Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich auf die Vertragsanpassung nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung des nicht angezeigten Umstandes aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

3.5 Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

4. Vertragsdauer; Kündigung

1. Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
2. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
3. Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag stillschweigend um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.
4. Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsnehmer den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres dem Versicherer zugegangen sein. Während der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit kann der Versicherungsnehmer den Vertrag zum Ablauf in Textform kündigen, ohne dass eine Frist einzuhalten ist. Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres kann der Versicherungsnehmer den Vertrag täglich in Textform kündigen.

Der Vertrag endet in diesem Fall mit Ablauf des Tages, an dem die Kündigung dem Versicherer zugegangen ist. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag auch zu einem späteren, in der Zukunft liegenden Zeitpunkt kündigen.

5. Der Vertrag kann durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer durch Kündigung beendet werden, wenn der Versicherer eine Leistung nach Nr. 7 erbracht oder der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben hat. Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreites – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei dem Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird. Eine Kündigung durch den Versicherer wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
6. Der Versicherungsschutz ruht, sobald die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

5. Beginn des Versicherungsschutzes; Fälligkeit von Erst- und Folgeprämie und Folgen verspäteter Zahlung; SEPA- Lastschriftverfahren; Teilzahlung; vorzeitige Beendigung

5.1 Beginn des Versicherungsschutzes; vorläufige Deckung

a) Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, jeweils 0:00 Uhr bzw. dann, wenn die nach Nr. 5.1 b) genannte Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Nr. 5.1 c) geleistet wurde.

Die vorläufige Deckung beginnt ab dem Zeitpunkt des beantragten Versicherungsbeginns, frühestens jedoch mit Antragseingang bzw. Eingang der Deckungsnote bei der SYNCRO24, bei Online-Antragstellung mit Eingang der elektronischen Daten bei der SYNCRO24. Sie endet mit Ausfertigung des Versicherungsscheins. Die vorläufige Deckung kann von der SYNCRO24 jederzeit ohne Einhaltung von Fristen widerrufen werden.

b) Prämie und Versicherungsteuer

Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungsteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

c) Fälligkeit der ersten oder einmaligen Prämie und Folgen verspäteter Zahlung

Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zugang des Versicherungsscheins fällig, frühestens jedoch zum Versicherungsbeginn. Sie muss innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit gezahlt worden sein (Leistungshandlung des Versicherungsnehmers).

Dies gilt unabhängig vom Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist gemäß § 8 VVG, sofern der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf dieser Frist beginnt und die erste oder einmalige Prämie (Einlösungsprämie) – abweichend von der gesetzlichen Regelung – vor Ablauf der Widerrufsfrist fällig, d.h. unverzüglich zu zahlen ist. Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

5.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlt der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das heißt, der vorläufige Versicherungsschutz tritt ebenfalls rückwirkend außer Kraft. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

5.3 Rücktritt

Zahlt der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Nach dem Rücktritt kann der Versicherer vom Versicherungsnehmer eine Geschäftsgebühr verlangen. Diese beträgt 40 % der Netto- Jahresprämie.

5.4 Fälligkeit der Folgeprämie und Folgen verspäteter Zahlung

a) Fälligkeit der Zahlung

Die Folgeprämie wird zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig und muss innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit gezahlt worden sein (Leistungshandlung des Versicherungsnehmers).

b) Verzug

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.

c) Zahlungsaufforderung

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn der Versicherer die rückständigen Beträge (Prämie, Zinsen und Kosten) im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach Buchstaben d) und e) mit dem Fristablauf verbunden sind.

d) Kein Versicherungsschutz

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Buchstabe c) darauf hingewiesen wurde.

e) Kündigung

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Buchstabe c) darauf hingewiesen hat.

Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

5.5 SEPA-Lastschriftverfahren

a) Rechtzeitige Zahlung

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto im Rahmen eines SEPA-Lastschriftmandats vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem in der Prenotification genannten Termin eingelöst und nicht zurückgebucht wird.

Konnte die fällige Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

b) Beendigung des SEPA-Lastschriftmandats

Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer das Lastschriftmandat widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

c) Verwendet der Zahlungsempfänger eine bereits erteilte Einzugsermächtigung zulässigerweise als SEPA-Lastschriftmandat, gelten die Bestimmungen der Buchstaben a) und b) entsprechend.

5.6 Teilzahlung und Folgen verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.

5.7 Vorzeitige Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil der Prämie, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

5.8 Unterbrechen der Prämienzahlung

Im Fall von Nr. 4.5 wird die Pflicht zur Prämienzahlung unterbrochen.

5.9 Prämienbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit

Sofern der Versicherungsnehmer seinen dauernden Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, wird der Versicherungsnehmer für den Fall unverschuldeter Arbeitslosigkeit im Sinne des Arbeitsförderungsrechts für deren Dauer - maximal jedoch für 12 Monate - von der Prämienzahlung für diese Versicherung befreit. Voraussetzung ist, dass die Arbeitslosigkeit frühestens sechs Monate nach Beginn dieser Versicherung eingetreten ist (Wartezeit), es sich um eine Arbeitslosigkeit von mindestens sechs Wochen handelt und die Versicherung zum Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitslosigkeit noch nicht gekündigt wurde.

Der Anspruch auf Prämienbefreiung setzt des Weiteren voraus, dass der Versicherungsnehmer als Arbeitnehmer vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 18 Monate ununterbrochen in einem sozialversicherungspflichtigen, ungekündigten und nicht befristeten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Wochenstunden gestanden hat und das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Ein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer als Wehrpflichtiger, Zivildienstleistender, Auszubildender, Mitarbeiter eines Saison- oder Kampagnebetriebes oder beim Ehepartner oder einem in direkter Linie Verwandten beschäftigt war. Ebenfalls kein Anspruch auf Prämienbefreiung besteht, wenn bei Versicherungsbeginn dieser Versicherung bereits ein Kündigungsschutzverfahren rechtshängig oder eine Kündigung des Arbeitsverhältnisses ausgesprochen war.

Der Anspruch auf Prämienbefreiung bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit entsteht erneut, wenn nach Abschluss des Kündigungsschutzverfahrens bzw. nach Beendigung des gekündigten Arbeitsverhältnisses die Voraussetzungen der Bestimmungen dieser Ziffer erneut erfüllt sind.

Das Vorliegen der hier genannten Voraussetzungen muss durch entsprechende Bescheinigungen des zuständigen Arbeitsamtes und des Arbeitgebers nachgewiesen werden.

Mehrfache Arbeitslosigkeit ist versichert. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit muss der Versicherungsnehmer vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit sämtliche vorstehenden Voraussetzungen für die Prämienbefreiung erneut erfüllt haben.

Der Anspruch auf Prämienbefreiung ist unverzüglich nach Kenntnisnahme des Versicherungsnehmers vom Eintritt seiner Arbeitslosigkeit schriftlich von diesem geltend zu machen. Bei Vorliegen aller Voraussetzungen beginnt die Prämienbefreiung mit dem auf den Eintritt der Arbeitslosigkeit folgenden Kalendermonat, frühestens jedoch mit Eingang der schriftlichen Anzeige der Arbeitslosigkeit beim Versicherer. Sie endet mit Ablauf des Monats, indem die Arbeitslosigkeit endet. Der Beginn der Prämienbefreiung wird durch den Versicherer schriftlich bestätigt.

Bis dahin sind die Versicherungsprämien bedingungsgemäß vom Versicherungsnehmer zu entrichten; überzahlte Prämien werden taggenau abgerechnet und zurück erstattet.

Über das Ende der Arbeitslosigkeit muss der Versicherungsnehmer den Versicherer unverzüglich schriftlich informieren. Er ist verpflichtet, dem Versicherer jederzeit auf Anforderung Nachweise über die Fortdauer der Arbeitslosigkeit vorzulegen. Die Prämienbefreiung tritt mit Ende des Kalendermonats, in dem der Versicherer die Nachweise angefordert hat, außer Kraft, wenn ihm in einem solchen Fall die Fortdauer der Arbeitslosigkeit nicht innerhalb von zwei Wochen nachgewiesen wird.

6. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung; Wehrdienst; Umstellung Kindertarif

6.1 Umstellung Kindertarif

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kindertarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Der Versicherungsnehmer hat jedoch folgendes Wahlrecht:

- a) Der Versicherungsnehmer zahlt die bisherige Prämie und der Versicherer reduziert die Versicherungssummen entsprechend.
- b) Der Versicherungsnehmer behält die bisherigen Versicherungssummen und der Versicherer berechnet eine entsprechend höhere Prämie.

Über sein Wahlrecht wird der Versicherungsnehmer rechtzeitig informiert. Teilt der Versicherungsnehmer dem Versicherer das Ergebnis seiner Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach dem Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

Unterbleibt bei Kindern nach Erreichung der Volljährigkeit versehentlich die Anzeige zur Umstellung auf den Erwachsenentarif, so zieht dies keine nachteiligen Folgen für den Versicherungsnehmer nach sich. Die Prämienberichtigung erfolgt nachträglich, und zwar ab Vollendung des 18. Lebensjahres.

Im Rahmen dieser Umstellung müssen eventuelle Änderungen gem. Nr. 6.2 berücksichtigt werden.

6.2 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und der Prämien ist das geltende Berufsgruppenverzeichnis des Versicherers gemäß Antrag. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer daher unverzüglich mitteilen.

Bundesfreiwilligendienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter. Errechnen sich bei gleichbleibender Prämie nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer den Vertrag mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhter oder gesenkter Prämie weiter, sobald dem Versicherer die Erklärung des Versicherungsnehmers zugeht.

7. Leistungsarten

Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

7.1 Invaliditätsleistung

1. Führt der Unfall zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) der versicherten Person, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von 36 Monaten nach dem Unfall ärztlich festgestellt und geltend gemacht worden sein.

2. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

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

Gliedertaxe	
eines Armes bis einschließlich Schultergelenk	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
einer Hand bis einschließlich Handgelenk	75 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
von sämtlichen Fingern einer Hand	75 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels einschließlich Hüftgelenk	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	76 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	74 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	72 %
eines Fußes bis einschließlich Fußgelenk	70 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	8 %
der Sehkraft auf einem Auge	60 %
der Sehkraft auf beiden Augen	100 %
der Sehkraft auf beiden Augen sofern ein Auge bereits vor Eintritt des Versicherungsfalles vollständig verloren war	80 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Gehörs beider Ohren	80 %
des Gehörs beider Ohren sofern das Gehör des einen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	60 %

des Geruchssinns	20 %
des Geschmackssinns	15 %
des vollständigen Stimmverlustes durch direkte Unfalleinwirkung auf das Stimmorgan	100 %
der Niere (bei Erhaltung der anderen Niere)	25 %
der Niere (sofern vor dem Unfall bereits eine Niere fehlte)	75 %
der Nieren (bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit beider Nieren durch den selben Unfall)	100 %
der Milz	10 %

- b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.
- c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- d) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
3. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Nr. 2 zu bemessen.
4. Kein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
5. 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 Nr. 1 entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
6. Erhöhte Invaliditätsgrundsumme bei Tragen eines Schutzhelmes
Erleidet die versicherte Person einen Fahrradunfall, bei dem sie nachweislich einen handelsüblichen Schutzhelm getragen hat, erhöht sich die versicherte Grundsumme für die Invaliditätsleistung um 10 %.
7. Verdoppelung der Invaliditätsleistung für Kinder bis 16 Jahren von Eigentümern von Privatimmobilien
Nr. 7.1 AUB wird wie folgt erweitert:
1. Die versicherte Person erleidet einen Unfall, durch den ein Anspruch auf eine Invaliditätsleistung nach Nr. 7.1 AUB aufgrund eines Invaliditätsgrades von mindestens 50% entsteht. Weiterhin darf die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.
 2. Des Weiteren ist der Versicherungsnehmer und/oder der mitversicherte Ehegatte/Lebenspartner Eigentümer einer eigen-genutzten Privatimmobilie.

7.2 Sofortleistungen

1. Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Der Anspruch auf Zahlung einer Sofortleistung bei Schwerverletzungen entsteht nach Eintritt des Unfalls und erlischt mit Ablauf eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet.

Führt der Unfall zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- b) Amputation mindestens eines Fußes im unteren Sprunggelenk oder einer Hand im Handgelenk,
- c) Schädel-Hirn-Trauma mit nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung,
- d) Schwere Mehrfachverletzung/ Polytrauma,
- e) Fraktur langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten (Ober- und Unterarmknochen, Ober- und Unterschenkelknochen),
- f) gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen,
- g) Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
- Fraktur des Beckens,
- Fraktur der Wirbelsäule,
- gewebezerstörende Schäden eines inneren Organs,

h) Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 20% der Hautoberfläche,

i) Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung (nicht mehr als 5% Restsehschärfe beider Augen)

wird einmalig eine Leistung in Höhe von 10% der Invaliditätssumme, maximal 10.000 €, gezahlt.

Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall innerhalb von 48 Stunden zum Tode führt.

2. Sofortleistung bei Frakturen und Bänderrissen

Bei unfallbedingten Frakturen und Bänderrissen zahlt der Versicherer eine Sofortleistung in Höhe von 200 € je Unfall.

Liegen mehrere Frakturen und Bänderrisse vor, ist die Leistung auf 200 € begrenzt.

Die Sofortleistung bei Frakturen und Bänderrissen wird in Höhe der folgenden Versicherungssummen gezahlt:

Sofortleistung	
bei Frakturen und Bänderrissen	200 € je Unfall max. 200 € pro Jahr

3. Sofortleistung bei Raubüberfall und Geiselnahme

Die versicherte Person wird Opfer einer gegen sie gerichteten versuchten oder vollendeten Straftat des Raubes oder der räuberischen Erpressung und/ oder einer Geiselnahme, welche bei der Polizei als strafbare Handlungen angezeigt und dort protokolliert worden sind. Sofern die Tat im Ausland stattgefunden hat, muss die Polizei vor Ort unverzüglich aufgesucht und eine Protokollierung veranlasst werden. Die vorgenannten strafbaren Handlungen haben zu einer körperlichen Verletzung geführt, welche durch ein ärztliches Attest zu belegen ist. Sofern sich die Verletzung im Rahmen eines Auslandsaufenthaltes ereignet hat, muss unverzüglich ein Arzt/ Krankenhaus vor Ort aufgesucht werden, um die Verletzung attestieren zu lassen.

Die Sofortleistung bei Raubüberfall und Geiselnahme wird in Höhe der folgenden Versicherungssummen gezahlt:

Sofortleistung	
bei Raubüberfall und Geiselnahme	3.000 €

4. Sofortleistung bei unfallbedingter Fehlgeburt

Die versicherte Person erleidet während einer durch Mutterpass nachgewiesenen Schwangerschaft nach der 16. Schwangerschaftswoche unfallbedingt eine Fehlgeburt oder einen medizinisch notwendigen Schwangerschaftsabbruch.

Die Sofortleistung bei unfallbedingter Fehlgeburt wird in Höhe der folgenden Versicherungssummen gezahlt:

Sofortleistung	
bei unfallbedingter Fehlgeburt	3.000 €

5. Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch für versicherte Personen ab Vollendung des 50. Lebensjahres

Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr vollendet und erleidet einen Oberschenkelhalsbruch, zu dessen Behandlung sie sich in medizinisch notwendige stationäre und/ oder ambulante Heilbehandlung begibt. Ein Oberschenkelhalsbruch liegt vor, wenn vom Oberschenkelknochen der Oberschenkelhals, der Oberschenkelkopf oder der große Rollhügel gebrochen ist. Der Oberschenkelhalsbruch muss nicht aus einem Unfallereignis gemäß Nr. 1.3 resultieren. Nr. 2.8 bleibt unberührt. Der Anspruch muss innerhalb eines Monats nach der ärztlichen Feststellung bei uns geltend gemacht werden.

Die Sofortleistung bei Oberschenkelhalsbruch wird in Höhe der folgenden Versicherungssummen gezahlt:

Sofortleistung	
bei Oberschenkelhalsbruch bei Versicherten ab 50 Jahren	5% der Invaliditätsgrundsumme, max. 5.000 €

6. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, kann der Versicherungsnehmer diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.

7.3 Übergangsleistungen

1. Besteht nach Ablauf von drei Monaten seit Eintritt des Unfalls ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von 100 % und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird ein Viertel der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch gemäß Nr. 2 angerechnet.
2. Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mindestens 50% und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht, abzüglich der gemäß Nr. 1 schon erbrachten Leistung. Zur Geltendmachung wird auf Nr. 9.6 verwiesen.
3. Die versicherte Übergangsleistung ist bei den in Nr. 7.2 genannten Verletzungen bis maximal 10.000 € sofort fällig, es sei denn der Unfall führt innerhalb von 72 Stunden zum Tode.
4. Der Leistungsanspruch gemäß Nr. 1, Nr. 2 und Nr. 3 ist in Summe durch die vertraglich vereinbarte Versicherungssumme für Übergangsleistungen begrenzt.

7.4 Krankenhaustagegeld

1. Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich die versicherte Person wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für fünf Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
2. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Erholungsheimen und Kuranstalten.
3. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld verdoppelt sich für die nachfolgend angegebene Dauer, wenn sich der Unfall im Ausland ereignet und dort eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung stattgefunden hat.

Entschädigungsgrenze	
Dauer für die Verdoppelung des Krankenhaustagegeldes bei Unfällen im Ausland	max. 100 € pro Tag; max. 21 Tage

4. Krankenhaustagegeld bei ambulanten Operationen
Die versicherte Person unterzieht sich einer unfallbedingten ambulanten Operation unter Vollnarkose bzw. einer unfallbedingten ambulanten Erstversorgung von Knochenbrüchen (ohne Narkose). Zum Unfallzeitpunkt ist für die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld vereinbart.

Das ambulante Krankenhaustagegeld wird einmalig in folgender Höhe gezahlt:

Entschädigungsgrenze	
für ambulantes Krankenhaustagegeld	3 Tagessätze

5. Bei unfallbedingten ambulant durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen wird ein pauschaler Kostenzuschuss in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes pro nachgewiesenem Behandlungstag für maximal 90 Tage bezahlt.

7.5 Genesungsgeld

1. Genesungsgeld wird - sofern im Versicherungsschein vereinbart - für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 500 Tage, und zwar in Höhe des vereinbarten Krankenhaustagegeldes.
2. Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
3. Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

7.6 Todesfalleistung

1a) Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb von zwei Jahren zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf Nr. 9 Absatz 7 verwiesen.

1b) Doppelte Todesfalleistung bei Tod beider Elternteile gem. 1a) wird wie folgt erweitert:

Voraussetzungen für die Leistung

Beide versicherten Elternteile werden durch das gleiche Unfallereignis tödlich verletzt und in ihrem Haushalt lebt mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind, das bei Eintritt des Unfalls das unten genannte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Art und Höhe der Leistung

Die im Versicherungsschein oder dessen Nachträgen genannte Todesfalleistung beider versicherten Elternteile wird in doppelter Höhe gezahlt, sofern die nachfolgenden Voraussetzungen gegeben sind:

Entschädigungsgrenze	
für die Todesfalleistung bei Tod beider Elternteile	bei Kindern bis 18 Jahren, max. 40.000 €

2. Todesfalleistung bei Verschollenheit

Es gilt der unfallbedingte Tod als nachgewiesen, wenn die versicherte Person nach § 5 (Schiffsunglück), § 6 (Luftfahrzeugunfall) oder § 7 (sonstige Lebensgefahr) des Verschollenheitsgesetzes (VerschG) rechtswirksam für tot erklärt wurde und wenn der in der amtlichen Todeserklärung festgelegte Zeitpunkt des Todes in die Wirksamkeit des Vertrages fällt.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- ▶ in einem Kriegs- oder Krisengebiet und/ oder
- ▶ als Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit verschollen ist.

Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so sind bereits erbrachte Leistungen zurückzuzahlen.

7.7 Kosmetische Operationen

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation mit dem Ziel eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für

- ▶ Arzthonorare,
- ▶ sonstige Kosten der kosmetischen Operation,
- ▶ Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik

deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.

Zahnbehandlungs- und Zahnersatz- sowie Zahnlaborkosten werden insoweit übernommen, als es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von Schneide- oder Eckzähnen handelt. Hierbei muss es sich um natürliche Zähne handeln.

2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalls das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

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 der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten. Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Rechnung mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung mit dem Ablehnungsbescheid.

4. Die Entschädigung wird in folgender Höhe geleistet:

Entschädigungsgrenze	
für kosmetische Operationen	bis max. 50.000 €

7.8 Bergungskosten und sonstige Leistungen

1. Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringt der Versicherer die unter a) bis f) genannten Leistungen, deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.
 - a) Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war;
 - b) Ersatz der Kosten für den Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit ärztlich angeordnet;
 - c) Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
 - d) Ersatz der zusätzlichen Heimfahrt oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person;
 - e) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland Ersatz der Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland Ersatz der Kosten
 - ▶ für die Bestattung im Ausland oder
 - ▶ für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
 - f) Ersatz der Kosten für eine Behandlung in einer Dekompressionskammer nach einem Tauchunfall.
2. Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen, können mitversicherte sonstige Leistungen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
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 der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
4. Die Entschädigung wird in folgender Höhe geleistet:

Entschädigungsgrenze	
für Bergungskosten und hiermit im Zusammenhang stehende sonstige Leistungen	bis max. 50.000 €

7.9 Rückholkosten

Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt am Unfallort bis zu einem Betrag von 20.000 € die entstandenen Kosten für den Rücktransport in ein Krankenhaus des Heimatortes oder in die Nähe des Heimatortes.

7.10 Kurkostenbeihilfe

Hat die versicherte Person nach einem unter diesen Vertrag fallenden Unfallereignis wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen, eine medizinisch notwendige Kur durchführen lassen, so wird eine Kurbeihilfe in Höhe von 3.000 € geleistet. Die Voraussetzungen müssen durch ein ärztliches Attest nachgewiesen werden. Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht. Die Kurbeihilfe wird nur einmal je Unfallereignis geleistet.

7.11 Behindertengerechte Umbaukosten

1. Erleidet die versicherte Person unfallbedingt nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen eine Invalidität und erfordert die Behinderung im täglichen Leben den behindertengerechten Umbau des Hauptwohnsitzes oder den Umzug in ein anderes behindertengerechtes Haus oder in eine entsprechende Wohnung oder den Umbau eines Kraftfahrzeuges in ein behindertengerechtes Kraftfahrzeug, so werden die Kosten hierfür nach Vorlage eines ärztlichen Attests dieser Notwendigkeit unter Berücksichtigung der Mitwirkung von vor dem Unfallereignis vorhandener Krankheit oder Gebrechen ersetzt.
2. Die entstehenden Kosten für Umbauten oder Umzug werden bis zu 10 % der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität gezahlt, maximal jedoch bis zur Höhe von 10.000 €, zusammen mit einer evtl. Invaliditätsentschädigung jedoch nur im Rahmen der Gesamtversicherungssumme für Invalidität. Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen sowie sonstige

Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei der Berechnung der Entschädigung unberücksichtigt.

3. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten oder besteht Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers oder einer privaten Krankenversicherung, so werden die restlichen Kosten, nach Vorleistung der Übrigen zur Leistung Verpflichteten, gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, so bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

7.12 Umschulungskosten

1. Erleidet die versicherte Person unfallbedingt nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen eine Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % unter Berücksichtigung der Mitwirkung von vor dem Unfallereignis vorhandener Krankheiten oder Gebrechen und ist dadurch nicht mehr in der Lage, ihren Beruf ganz oder teilweise weiter auszuüben, so werden die Kosten für eine Umschulungsmaßnahme in einen anderen Beruf, der auch nach Eintritt der unfallbedingten Invalidität in vollem Umfang ausgeübt werden kann, ersetzt. Es ist eine ärztliche Bescheinigung beizubringen über die voraussichtliche dauerhafte Unfähigkeit, den derzeit ausgeübten Beruf ganz oder teilweise ausüben zu können sowie die Bescheinigung, dass auch nach der unfallbedingten Invalidität eine uneingeschränkte Einsatzfähigkeit in dem angestrebten Beruf möglich ist. Als voraussichtlich dauerhaft gilt ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten.
2. Die nachgewiesenen Kosten für die Umschulungsmaßnahme werden bis zur Höhe von insgesamt 10 % der vereinbarten Grundversicherungssumme für Invalidität, maximal jedoch bis 10.000 € gezahlt, zusammen mit einer evtl. Invaliditätsentschädigung jedoch nur im Rahmen der Gesamtversicherungssumme für Invalidität. Vereinbarte progressive Invaliditätsstufen sowie sonstige Mehrleistungen im Invaliditätsfall bleiben bei der Berechnung der Entschädigung unberücksichtigt. Erstattungsfähig sind lediglich die Kosten für die Umschulungsmaßnahme selbst (z.B. Lehrgangs- oder andere Kosten des durchführenden Bildungsträgers), nicht jedoch erhöhte Fahrtkosten, separat zu zahlende Unterbringungskosten usw.
3. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, oder besteht Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers oder einer Berufsunfähigkeitsversicherung, so werden die restlichen Kosten nach Vorleistung der übrigen zur Zahlung Verpflichteten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, so bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

7.13 Betreuung von Kindern, Haushaltshilfe

1. Erleidet eine versicherte Person, die ein Kind im Alter von bis zu 14 Jahren erzieht und außerhalb der üblichen Zeit des Besuchs eines Kindergartens oder einer Schule versorgt, eine unfallbedingte Verletzung, die einen medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 21 Tagen erfordert, so werden die Kosten für eine Haushaltshilfe oder die Versorgung des Kindes durch eine Tagesmutter pauschal entschädigt.
2. Die Pauschale wird gezahlt in Höhe des als Krankentagegeld versicherten Betrages für jeden Tag der Beschäftigung einer Haushaltshilfe oder einer Tagesmutter ab dem 22. Tag des Krankenhausaufenthaltes des versorgenden Elternteils, maximal jedoch 50 € je Tag für höchstens 100 Tage.
3. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten oder besteht Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, so werden die restlichen Kosten nach Vorleistung des zur Zahlung Verpflichteten bis zur Höhe des entschädigungspflichtigen Tagessatzes gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, so bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

7.14 Versorgung des Partners und der mitversicherten Kinder

Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Ehe- / Lebenspartner während der Vertragsdauer, so wird die Versicherung ab dem Todestag für den überlebenden mitversicherten Ehe- / Lebenspartner mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen für zwei Jahre prämienfrei weitergeführt. Die Prämienbefreiung gilt auch für mitversicherte Kinder bis zu deren vollendetem 18. Lebensjahr, sofern der Versicherungsnehmer und der mitversicherte Ehe- / Lebenspartner bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, die Versicherung nicht gekündigt war und der Tod nicht durch Kriegs-/ Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde.

7.15 Vorsorgeversicherung bei Eheschließung und bei der Geburt oder Adoption von Kindern

Wenn der Versicherungsnehmer während der Wirksamkeit des Vertrages heiratet und für seinen Ehegatten weder bei dem Versicherer noch bei einem anderen Versicherer eine private Unfallversicherung besteht, so ist der Ehegatte für sechs Monate ab der Heirat beitragsfrei mit maximal

- ▶ 100.000 € für den Invaliditätsfall (ohne Progression)
- ▶ 10.000 € für den Todesfall
- ▶ 20 € Krankentagegeld mit Genesungsgeld
- ▶ 6.000 € Bergungskosten

sowie mit den beitragsfreien Leistungen dieses Vertrages mitversichert.

Versicherungsbedingungen

Wird der Ehegatte des Versicherungsnehmers innerhalb von drei Monaten ab Eheschließung in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung.

Die während der Wirksamkeit des Vertrages geborenen Kinder des Versicherungsnehmers sind bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres mit maximal

- ▶ 100.000 € für den Invaliditätsfall (ohne Progression)
- ▶ 10.000 € für den Todesfall
- ▶ 20 € Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld
- ▶ 6.000 € Bergungskosten

sowie mit den beitragsfreien Leistungen dieses Vertrages mitversichert.

Wird das Kind vor Vollendung des ersten Lebensjahres in den Vertrag eingeschlossen, erfolgt der Einschluss ohne Gesundheitsprüfung. Anstelle der vorgenannten Versicherungssummen werden ab dem Einschlussdatum die neuen Versicherungssummen bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres beitragsfrei gewährt.

Während der Wirksamkeit des Vertrages von dem Versicherungsnehmer adoptierte Kinder im Alter unter 14 Jahren sind für ein Jahr ab Rechtswirksamkeit der Adoption neugeborenen Kindern gleichgestellt.

Der Versicherungsschutz erlischt rückwirkend, wenn das Kind nicht spätestens innerhalb von 12 Monaten nach dem Tag der Geburt zur Weiterversicherung innerhalb des Vertrages angemeldet wird.

7.16 Rooming-In Leistung

Befindet sich ein versichertes Kind nach dem Unfall im Sinne von Nr. 1 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter (ärztlich gewollt und genehmigt) mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss von 80 € für maximal 30 Übernachtungen gezahlt.

7.17 Nachhilfegeld und Schulausfallgeld

Erleidet ein versichertes Kind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr eine unfallbedingte Verletzung, die einen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 21 Tagen notwendig macht, oder die zu einer ärztlich festgestellten und von der Schule bescheinigten Schulunfähigkeit führt, so wird für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes oder der ärztlich festgestellten und bescheinigten Schulunfähigkeit ein Nachhilfegeld in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes gezahlt, maximal jedoch 3.000 € insgesamt. Die Durchführung des Nachhilfeunterrichts ist von einer zum Lehramt befähigten Person oder einer entsprechenden Einrichtung zu bescheinigen.

7.18 Kosten für medizinische Hilfsmittel

Der versicherten Person werden, nachdem sie innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfallereignis beantragt wurden, Arm- und/oder Beinprothesen, Geh- und Stützapparate, Rollstuhl oder Krankenfahrstuhl als medizinische Hilfsmittel ärztlich verordnet. Die Leistungen werden nur bei entsprechendem Nachweis fällig. Die Kosten werden bis maximal 1.500 € erstattet. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden

7.19 Komageld

Die versicherte Person fällt in Folge

- ▶ eines Unfalls gemäß Nr. 1 AUB,
- ▶ einer Infektion gemäß der Anlage zur Infektionsklausel

in ein cerebrales oder hypophysäres Koma.

Die Entschädigung wird in Höhe von 30 € pro Tag für maximal ein Jahr ab dem Unfalltag an geleistet.

7.20 Psychologische Betreuung

Wird durch eine direkte oder indirekte Unfalleinwirkung auf die versicherte Person (auch infolge Raubüberfall oder Geiselnahme, wenn bei der Polizei als strafbare Handlung angezeigt oder dort protokolliert) oder durch den Unfalltod des Lebenspartners oder eines Familienangehörigen ersten oder zweiten Grades der versicherten Person eine psychologische Betreuung durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten der versicherten Person erforderlich, übernimmt der Versicherer – sofern kein anderer Leistungsträger dafür aufkommt – die dabei entstehenden Kosten bis maximal 1.000 €.

7.21 Kosten für den Umzug in ein Senioren- oder Pflegeheim für versicherte Personen ab dem 50. Lebensjahr

Die versicherte Person hat am Unfalltag das 50. Lebensjahr vollendet und muss nach einem Unfall im Sinne von Nr. 1 AUB

aufgrund der Schwere der Unfallfolgen in ein Senioren- oder Pflegeheim umziehen.

Wir erstatten die anfallenden Kosten für die Mitnahme/Transport des Hausrates in das Senioren- oder Pflegeheim bis zu einem Betrag von 10 % der Invaliditätsgrundsumme bis max. 10.000€. Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungen, können diese Leistung nur aus einem der Verträge verlangt werden.

8. Einschränkungen der Leistungen

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 50% beträgt.

9. Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfällen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn die versicherte Person den Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die versicherte Person ist zur Schadenminderung verpflichtet. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die Operationspflicht ist jedoch gestrichen.
2. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
3. Die versicherte Person hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.

Die in 1. - 3. genannten Bestimmungen über die Obliegenheiten sind dahingehend erweitert, als durch unbeabsichtigte Verzögerungen weder dem Versicherungsnehmer noch der versicherten Person Nachteile erwachsen. Die Anzeigen sollen aber so unverzüglich wie möglich erfolgen.

4. Die versicherte Person hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer. Wird bei Selbstständigen der Lohnausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein Betrag in Höhe von 1,5% der Invaliditätsgrundsumme, max. 500 € erstattet.

Als Selbstständige gelten Gewerbetreibende, selbstständige Land- und Forstwirte, Freiberufler sowie Geschäftsführer oder Vorstandsmitglieder von Kapitalgesellschaften, letztere aufgrund ihrer Unternehmerstellung.

5. Die Ärzte, die die versicherte Person auch aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
6. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.
7. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so gilt die Meldefrist von einer Woche ab Kenntnisnahme des Versicherungsnehmers bzw. des Bezugsberechtigten. Die Meldung soll in Textform erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

Der Versicherer wird sich auf diese Frist nur dann berufen, wenn die Frist schuldhaft versäumt wurde und dem Versicherer dadurch die zur Feststellung der Todesursache notwendigen Nachforschungen unmöglich gemacht werden.

10. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird nach Eintritt des Unfalles eine zu erfüllende Obliegenheit nach Nr. 9 vorsätzlich verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

11. Fälligkeit der Leistungen

1. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs 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 drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die Kosten, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, werden ohne Begrenzung ersetzt.
2. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.
3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden. Sofern keine Todesfallsumme vereinbart wurde, ist die o.g. Vorschussleistung auf 5.000 € begrenzt.
4. Der Grad der Invalidität kann jährlich neu bemessen werden. Die endgültige Bemessung erfolgt jedoch spätestens zwei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch den Versicherer, drei Jahre nach dem Unfall bei Beantragung durch den Versicherungsnehmer, fünf Jahre nach dem Unfall bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend 1., seitens des Versicherungsnehmers 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.

12. Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

1. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
2. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
3. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

13. Anzeigen und Willenserklärungen

1. Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind die für den Versicherer bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber dem Versicherer erfolgen, in Textform abzugeben. Erklärungen und Anzeigen sind an die in den Schlussbestimmungen unter Nr. 21.2 genannte Stelle zu richten. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben unberührt.
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für eine Namensänderung des Versicherungsnehmers.

14. Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung des Versicherers in Textform zugeht.

15. Gerichtsstände

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

2. Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

16. Änderung von Prämien und Bedingungen

1. Sollte die Versicherung über das 70. Lebensjahr hinaus weiter fortgeführt werden, erhöht sich die zu zahlende Prämie um 30%, ohne dass es einer Vertragsänderung bedarf. Die Prämienhöhung ist dem Versicherungsnehmer spätestens 6 Wochen vor Vertragsabschluss schriftlich bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers oder des Bevollmächtigten nach Nr. 20.1 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
2. Sollte die Versicherung im Falle eines abgeschlossenen „junge Leute Tarifes“ über das 30. Lebensjahr hinaus fortgeführt werden, entfällt die Rabbattierung zur nächsten Hauptfälligkeit, sodass der entsprechende Standardtarif fällig wird. Die Prämienhöhung ist dem Versicherungsnehmer spätestens 6 Wochen vor Vertragsabschluss schriftlich bekannt zu geben. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers oder des Bevollmächtigten nach Nr. 20.1 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
3. Der Versicherer ist berechtigt, die Tarifprämie mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge, auch soweit für diese erweiterter Versicherungsschutz vereinbart ist, zum Vertragsabschluss der Schaden- und Kostenentwicklung anzupassen, um das bei Vertragsabschluss angestrebte Gleichgewicht von Leistung (Gewährung von Versicherungsschutz) und Gegenleistung (Zahlung der Versicherungsprämie) wiederherzustellen. Die Anpassung wird zum Ablauf des Versicherungsvertrages wirksam; sie darf die im Zeitpunkt der Änderung geltende Tarifprämie nicht übersteigen. Die Prämienhöhung ist dem Versicherungsnehmer spätestens drei Monate vor Vertragsabschluss schriftlich bekannt zu geben.
4. Erhöht der Versicherer aufgrund einer Anpassung der Tarifprämie nach Nr. 2 die Prämie, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, so kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Eingang der Mitteilung des Versicherers oder des Bevollmächtigten gem. Nr. 20.2 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.

17. Versehensklausel

Unterlässt der Versicherungsnehmer eine ihm obliegende Anzeige oder gibt er fahrlässig die Anzeige unrichtig ab oder unterlässt er fahrlässig die Erfüllung einer sonstigen Obliegenheit, besteht weiterhin Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass das Versäumnis nur auf einem Versehen beruht und nach dem Erkennen unverzüglich nachgeholt wird. Handelt es sich um die Anzeige eines Umstandes, aufgrund dessen eine Zuschlagsprämie zu entrichten ist, so hat der Versicherungsnehmer die Zuschlagsprämie ab dem Zeitpunkt zu entrichten, an dem der Umstand eingetreten ist.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das die Leistungspflicht des Versicherers nicht, es sei denn, der Versicherer weist nach, dass es sich hierbei nicht um ein Versehen seitens des Versicherungsnehmers handelt und dieser nach Erkennen die Anzeige nicht unverzüglich nachgeholt hat bzw. die Obliegenheit nicht unverzüglich erfüllt hat.

18. Leistungsgarantie des GDV-Standards

Der Versicherer garantiert, dass bei Vereinbarung dieser Versicherung die bei Eintritt des Versicherungsfalles zu erbringenden Leistungen mindestens dem Versicherungsumfang der zu diesem Zeitpunkt vom Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) unverbindlich bekannt gegebenen Musterbedingungen zur Unfallversicherung entsprechen, sofern diese nicht den Zeichnungsrichtlinien des Versicherers widersprechen.

19. Mindeststandards Arbeitskreis Beratungsprozesse

Der Versicherer garantiert, dass seine Bedingungen die Mindeststandards des Arbeitskreises Beratungsprozesse, Initiativkreis deutscher Versicherungsmakler GbR, aus dem Jahr 2014 erfüllen.

20. Schlussbestimmungen

20.1 Gesetzliche Vorschriften

Soweit in den Versicherungsbedingungen nicht Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Dies gilt insbesondere für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen Inhalt des Versicherungsvertrages sind.

20.2 Handlungsrechte der SYNCRO24-assekuradeur GmbH

- a) SYNCRO24 - assekuradeur GmbH, Zinggießerstraße 7, 31789 Hameln (SYNCRO24), schließt als Abschlussagent Sach-, Haftpflicht- und Unfallversicherungen nach den „SYNCRO24 - Privatkundenkonzepten“ im Namen und für Rechnung des jeweiligen SYNCRO24-Vertragspartners für die „SYNCRO24 - Privatkundenkonzepte“ ab.

- b) SYNCRO24 hat mit einem Versicherer die Rahmenbedingungen für die „SYNCRO24 - Privatkundenkonzepte“ vereinbart. Dieser ist damit Vertragspartner des SYNCRO24. Der Vertragspartner hat im Innenverhältnis mit den von SYNCRO24 benannten Versicherungsgesellschaften einen Konsortialvertrag geschlossen und die Konsortialführung übernommen (Innenkonsortium). Alleinigiger Vertragspartner des Versicherungsnehmers ist der Versicherer, der gleichzeitig Konsortialführer des Innenkonsortiums ist. Der Versicherungsnehmer kann seine Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich gegenüber dem Konsortialführer geltend machen.
- c) SYNCRO24 obliegt die Feder- und Geschäftsführung für die „SYNCRO24 - Privatkundenkonzepte“. SYNCRO24 ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers für den Vertragspartner (Konsortialführer) entgegen zu nehmen und mit Wirkung für und gegen den Vertragspartner abzugeben. SYNCRO24 ist weiter bevollmächtigt, Versicherungsscheine, Nachträge und Realrechtsbestätigungen (Sicherheitsscheine) mit den versicherungstechnischen Angaben und Angaben zum Versicherungsumfang auszustellen, das Prämieninkasso einschließlich des Mahnverfahrens, die gesamte Vertragsverwaltung durchzuführen und Schäden zu regulieren.
- d) SYNCRO24 hat bei Beendigung der vertraglichen Vereinbarungen mit dem Vertragspartner (Konsortialführer) das bedingungsgemäße Recht, den Vertragspartner durch einen anderen Versicherer zu ersetzen, sofern Prämien und Versicherungsbedingungen unverändert fortbestehen. Eine entsprechende Einwilligungserklärung hat der Versicherungsnehmer bei Antragstellung abzugeben. Einer weiteren Einwilligungserklärung des Versicherungsnehmers bedarf es hierzu nicht.
- Welcher Versicherer Vertragspartner der SYNCRO24 und des Versicherungsnehmers zum jeweiligen Zeitpunkt ist, ergibt sich jeweils aus der aktuellen Prämienrechnung. Auf Nachfrage wird SYNCRO24 den jeweiligen Vertragspartner mit der ladungsfähigen Anschrift und den gesetzlichen Vertretern auch schriftlich benennen.
- e) Der Versicherungsnehmer hat bei einem Wechsel des Versicherers das Recht, die Aufhebung des Versicherungsvertrages zu verlangen. Dieses Recht muss unverzüglich ausgeübt werden, nachdem der Versicherungsnehmer von dem Wechsel in Kenntnis gesetzt wurde.

20.3 Sanktionsklausel

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieser Bedingungen gewährt der Versicherer aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise leistet keine Zahlungen und gewährt keine sonstigen Leistungen oder sonstige Vorteile zugunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

Leistungserweiterungen zur Unfallversicherung

1. Updateklausel

Werden die gewählten und zu Grunde gelegten Allgemeinen und, soweit zutreffenden, Besonderen Versicherungsbedingungen für gleichartigen Versicherungsschutz, wie im Versicherungsschein bezeichnet, zukünftig geändert, so gelten die verbesserten Inhalte der neuen Bedingungen auch für den bestehenden Vertrag.

Voraussetzung für die Bedingungsverbesserung ist, dass die verbesserten Bedingungen **ohne Mehrbeitrag** bei künftigen Versicherungsverträgen des gleichen Produkts mitversichert sind. Die Verbesserung wird mit Einführung neuer Bedingungen auch für diesen Vertrag sofort wirksam.

2. Innovationsklausel

Werden optionale Erweiterungsmöglichkeiten des Versicherungsschutzes **gegen Zuschlag**, die erstmals mit einem Nachfolgetarif eingeführt werden, angeboten, so gelten die verbesserten Inhalte der neuen Bedingungen auch für den bestehenden Vertrag, zunächst für die Dauer von einem Jahr.

Die Verbesserung wird mit Einführung neuer Bedingungen auch für diesen Vertrag sofort wirksam.

Erfolgt innerhalb dieses Jahres keine Umstellung auf die dann gültige Tarifgeneration, entfällt diese Erweiterung zukünftig ersatzlos.

Den mit Ihnen vereinbarten Leistungsumfang können Sie Ihrem Angebot/ Antrag, Ihrem Versicherungsschein und den vereinbarten Versicherungsbedingungen entnehmen.

Versicherungsprämie

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihrem Angebot bzw. Antrag oder dem Versicherungsschein.
Die zu zahlende Prämie enthält die zum Zeitpunkt der Antragstellung gültige Versicherungsteuer.

Ist für die Jahresprämie Ratenzahlung vereinbart, werden folgende Zuschläge berechnet:

Zahlungsweise halbjährlich	3 %
Zahlungsweise vierteljährlich	5 %
Zahlungsweise monatlich	7 %.

Zusätzlich anfallende Kosten

Gebühren und Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen – außer der gesetzlichen Versicherungsteuer, Mahn- und Rücklastschriftgebühren, in Einzelfällen Geschäftsgebühren, soweit in den Bedingungen vorgesehen, werden nicht erhoben.

Sie haben das Recht, jederzeit gegen Erstattung der Kosten Abschriften der Erklärungen zu fordern, die Sie mit Bezug auf den Vertrag, insbesondere bei der Antragstellung und im Schadensfall, abgegeben haben.

Im Rahmen eines ordnungsgemäßen Vertragsablaufs können jedoch Telekommunikationskosten für Sie entstehen, wenn Sie uns kontaktieren.

Ist in Ihren Unterlagen eine Service-Nummer angegeben, unter der Sie uns erreichen können, informieren wir Sie dort über die Höhe der Telekommunikationskosten. Für unsere Festnetznummern fallen die Gebühren Ihres Telekommunikationspartners an.

Prämienzahlung und Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz tritt erst nach Zahlung der Erstprämie, zu der auch die Versicherungsteuer gehört, in Kraft, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein festgesetzten Versicherungsbeginn. Soweit die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen schon vor der Zahlung der Erstprämie Versicherungsschutz vorsehen, erlischt dieser rückwirkend, wenn die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt wird.

Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor Versicherungsbeginn fällig. Sie muss innerhalb von 14 Tagen nach Fälligkeit gezahlt worden sein (Leistungshandlung des Versicherungsnehmers). Dies gilt unabhängig vom Ablauf der gesetzlichen Widerrufsfrist gem. § 8 VVG, wenn der Versicherungsnehmer einem Versicherungsbeginn vor Ablauf der Widerrufsfrist zugestimmt hat.

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie. Wenn eine Zahlung später als zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheines bzw. nach Versicherungsbeginn erfolgt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Eine etwa erteilte vorläufige Deckung tritt rückwirkend außer Kraft, falls die Erstprämie nicht rechtzeitig gezahlt wird. Dies gilt auch für den Fall, dass der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Versicherungsschutz besteht dann für den eingetretenen Versicherungsfall nicht.

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht bzw. keine Rückbuchung erfolgt.

Konnte die fällige Prämie ohne Verschulden des Versicherungsnehmers nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt. Kann die Abbuchung aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten (also verschuldet) hat, nicht ausgeführt werden oder wird ihr widersprochen, erlischt eine etwa gewährte vorläufige Deckung – falls nichts anderes vereinbart worden ist – rückwirkend ab Beginn. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist. Versicherungsschutz besteht dann für den eingetretenen Versicherungsfall nicht.

Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

An von uns unterbreitete Angebote halten wir uns 1 Monat ab Ausfertigung des Angebots gebunden. Sie gelten vorbehaltlich einer Änderung der vom Gesetzgeber festgelegten Versicherungsteuer sowie einer endgültigen Risikoprüfung.

Laufzeit des Vertrages

Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

Der Vertrag verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung zugegangen ist. Während der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit kann der Versicherungsnehmer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ablauf in Textform kündigen.

Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres kann der Versicherungsnehmer den Vertrag täglich in Textform kündigen. Der Vertrag endet in diesem Fall mit Ablauf des Tages, an dem die Kündigung dem Versicherer zugegangen ist. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag auch zu einem späteren, in der Zukunft liegenden Zeitpunkt kündigen.

Der Versicherer kann den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Ablauftermin in Textform kündigen.

Anwendbares Recht und Rechtsweg

Es gilt deutsches Recht.

Wenn Sie Klage aus dem Versicherungsvertrag einreichen, können Sie Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag bei den nachfolgenden Gerichten geltend machen:

- a) Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist oder das örtlich zuständige Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes.
- b) Gericht, das für unseren Geschäftssitz oder für die Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Wenn wir Sie verklagen, können wir Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei nachfolgenden Gerichten geltend machen:

- a) Gericht, das für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist oder das örtlich zuständige Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes.
- b) Haben Sie einen Geschäfts- oder Gewerbebetrieb, außerdem das Gericht des Ortes, an dem sich der Sitz oder die Niederlassung Ihres Betriebes befindet.

Vertragssprache

Die Vertragssprache ist deutsch, sofern im Einzelfall nicht etwas anderes vereinbart wird.

Angaben über die Beschwerdestelle

Sollte es wider Erwarten zu Meinungsverschiedenheiten aus unserem Vertragsverhältnis kommen, kann sich der Versicherungsnehmer direkt mit

SYNCRO24 - assekuradeur GmbH

Bereich Beschwerdemanagement
Zinngießerstraße 7
31789 Hameln
post@SYNCRO24.de

oder mit dem speziell für seinen Vertrag zutreffenden Versicherer in Verbindung setzen.

Er hat auch die Möglichkeit sich an den Versicherungsombudsmann als gesetzliche Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten zu wenden. Weiterhin kann er sich ebenfalls an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn, Deutschland
E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Zu beachten ist, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann. Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, statt oder nach der Beendigung eines Ombudsmannverfahrens, den Rechtsweg zu bestreiten.

2. Sanktionsklausel

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen der vereinbarten Versicherungsbedingungen gewährt der Versicherer aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise leistet keine Zahlungen und gewährt keine sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zugunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

3. Folgende Klausel gilt nur, wenn versicherte Risiken im Ausland gelegen sind oder grenzüberschreitend transportiert werden

Der Versicherungsnehmer ermächtigt SYNCRO24, Daten zu verarbeiten, die sich aus den Vertragsunterlagen oder der Vertragsabwicklung ergeben. Diese Ermächtigung umfasst insbesondere die physische oder elektronische Datenaufbewahrung, die Verwendung der Daten für die Bestimmung der Prämie, für die Risikoabklärung, für die Bearbeitung von Versicherungsfällen und für statistische Auswertungen. SYNCRO24 kann im erforderlichen Umfang Daten an die an der Vertragsabwicklung beteiligten Dritten im In- und Ausland, insbesondere an Mit- und Rückversicherer, sowie an in- und ausländische Gesellschaften und Partnerunternehmen der Zurich Insurance Group sowie an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) zur Verarbeitung weiterleiten. Sofern ein Versicherungsvermittler (Broker) für den Versicherungsnehmer handelt, ist SYNCRO24 ermächtigt, diesem Kundendaten – wie zum Beispiel Daten über Vertragsabwicklung, Inkasso und Versicherungsfälle – bekannt zu geben.

Belehrung über das Widerrufsrecht

1. Widerrufsrecht

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

Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an:

SYNCRO24 - assekuradeur GmbH

Zinngießerstraße 7

31789 Hameln

Telefon: 05151 - 96109 - 0

Fax: 05151 - 96109 - 79

E-Mail: post@SYNCRO24.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge/Prämien, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.

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

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

2. Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung nach § 19 VVG

Bis zur Abgabe der Vertragserklärung sind Sie verpflichtet, uns die Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, anzuzeigen.

Der Versicherer macht sich Antrags- und Risikofragen, die SYNCRO24 auf Antragsformularen, in Deckungsnoten, die im Geschäftsverkehr mit den Maklern verwendet werden und im Online-Antragsverfahren gestellt hat oder die der Versicherungsvermittler / Versicherungsmakler bei Ihnen gesondert erhoben hat und die an SYNCRO24 übermittelt werden, ausdrücklich zu eigen. Damit sind die Fragen so zu betrachten, als seien diese von dem Versicherer gestellt worden.

Es sind auch solche Umstände zu nennen, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Sie können Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Falls wir Ihnen auch nach Ihrer Vertragserklärung aber noch vor Vertragsannahme Fragen zu den Gefahrumständen stellen, sind Sie auch in diesem Fall zur Anzeige verpflichtet.

Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 19 VVG durch falsche Angaben oder durch Verschweigen risikorelevanter Tatsachen sind wir berechtigt (je nach Grad des Verschuldens) vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was zur Leistungsminderung oder Leistungsfreiheit (auch für eingetretene Versicherungsfälle) führen kann.

Dies gilt nicht, wenn Sie die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Erhöht sich durch die Vertragsveränderung 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.

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 von einem Monat nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsveränderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

3. Folgen einer vorvertraglichen Obliegenheitsverletzung nach § 28 VVG

Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist, können wir den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.

Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

Der Versicherer bleibt jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

Wichtige Hinweise zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung

1. Allgemeine Informationen

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die SYNCRO24 - assekuradeur GmbH und die Ihnen nach dem neuen Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Versicherungen und ihre beauftragten Dienstleister 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 Versicherten vor missbräuchlichen Handlungen als manuelle Verfahren. Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch die Europäische Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) sowie durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. SYNCRO24 vertreibt selbstentwickelte exklusive Versicherungsprodukte und schließt als Abschlussagent Sach-, Haftpflicht- und Unfallversicherungen nach dem Konzept SYNCRO24 - New Line im Namen und für Rechnung des Versicherers ab, der sowohl Vertragspartner der SYNCRO24 als auch des Versicherungsnehmers ist. Dieser hat mit SYNCRO24 einen Dienstleistungsvertrag abgeschlossen. Danach obliegt grundsätzlich SYNCRO24 die Risikoprüfung von Versicherungsanträgen, die Policierung, das Inkasso sowie die gesamte Vertragsverwaltung und die Schadensregulierung. Insoweit findet der gesamte Bearbeitungsprozess eines Versicherungsvertrages in der Regel bei SYNCRO24 statt. Deshalb werden die Datenbestände zu Kunden und Verträgen bei SYNCRO24 und nicht bei dem Versicherer geführt.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

SYNCRO24 - assekuradeur GmbH
Zinngießerstraße 7, 31789 Hameln
Telefon: 05151 - 96109 - 0
Fax: 05151 - 96109 - 79
E-Mail: post@SYNCRO24.de
Geschäftsführer: Werner Haase, Tim Haase

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - oder per E-Mail unter: post@SYNCRO24.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.syncro24.de abrufen.

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei Syncro24 bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

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

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

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

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z.B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

2. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer

Risikoträger der von uns gezeichneten Versicherungsverträge ist der jeweilige Versicherer (Syncro24-Vertragspartner). In Einzelfällen ist die Übermittlung von Daten an den jeweiligen Syncro24-Vertragspartner erforderlich, insbesondere dann, wenn gemäß Vereinbarung die Schadensregulierung von diesem selbstständig oder in Zusammenarbeit mit Syncro24 zu erfolgen hat und dieser deshalb Personen-, Vertrags- und Schadendaten erhalten muss. Der Syncro24-Vertragspartner ist ebenso an die datenschutzrechtlichen Vorschriften gebunden wie Syncro24 selbst. Den jeweiligen Versicherer können Sie bei Syncro24 erfragen oder Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Schadensfall zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste im Internet unter: www.syncro24.de finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter: www.syncro24.de entnehmen.

Weitere Empfänger

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

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

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

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten zu wenden. Daneben haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für den Datenschutz Niedersachsen
Prinzenstraße 5, 30159 Hannover

Zentrale Hinweissysteme

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

An das HIS melden wir – ebenso wie andere Versicherungsunternehmen – erhöhte Risiken sowie Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher einer näheren Prüfung bedürfen.

Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadensfall möglich und kann einen Vertrag, eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen.

- ▶ In der Rechtsschutzversicherung werden z.B. Verträge gemeldet, wenn ungewöhnlich häufig Rechtsschutzfälle gemeldet werden.
- ▶ In der Schadenversicherung kann eine Meldung erfolgen, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadensfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder sogar schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Aus diesem Grund melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden erlitten haben, gestohlen wurden sowie im Falle von Abrechnungen ohne Reparaturnachweis.
- ▶ Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, werden Sie in jedem Fall über die Einmeldung von uns benachrichtigt.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Versicherungsvertrages richten wir Anfragen zur Person oder Sache an das HIS und speichern die Ergebnisse der Anfragen. Erhalten wir einen Hinweis auf risikoe erhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zu dem konkreten Grund der Meldung benötigen. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern, die Daten an das HIS gemeldet haben, zu erfragen. Auch diese Ergebnisse speichern wir, soweit sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch dazu kommen, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadensfall geben müssen. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-irfp.de.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

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

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei einer Auskunft (z.B. SCHUFA Holding AG, infoscore Consumer Data GmbH) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis der von Ihnen gemachten Angaben entscheiden wir in bestimmten Fällen vollautomatisiert bei der Antrags-, Vertrags- sowie Schaden- und Leistungsbearbeitung. Die Entscheidung erfolgt dabei insbesondere auf der Grundlage Ihrer Angaben zu persönlichen Risikomerkmale. Die vollautomatisierten Entscheidungen basieren insbesondere auf den vertraglichen Bedingungswerken und den daraus abgeleiteten Regeln und Bearbeitungsrichtlinien.

Abschlussklärung

Vor der Übermittlung Ihrer Daten weisen wir Sie auf unsere Informationspflicht nach Art. 13 DSGVO hin. Mit der Übersendung gehen wir davon aus, dass Sie die „Wichtigen Informationen zum Datenschutz und zur Datenverarbeitung“ gelesen haben und damit einverstanden sind. Weiter willigen Sie nach Art. 7 DSGVO in die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ein. Ihnen ist bekannt, dass Sie diese Einwilligung jederzeit widerrufen können.

Ferner bevollmächtigen Sie den Antragsvermittler zur Entgegennahme des Versicherungsscheines und dazu Auskünfte zu Ihrem Vertrag und zu möglichen Schäden zu erhalten.

Der Antragsvermittler bestätigt hiermit eine gültige Maklervollmacht einschließlich Datenschutzerklärung mit dem Versicherungsnehmer vereinbart zu haben. Andernfalls muss der Antrag vom Versicherungsnehmer unterschrieben sein.

Sie nehmen zur Kenntnis, dass die Verwaltungsgesellschaft (SYNCRO24 - assekurateur GmbH) berechtigt ist, während der Laufzeit des Versicherungsverhältnisses **den/die Versicherer zu wechseln und/oder weitere Versicherer zu beteiligen**. Macht die SYNCRO24 - assekurateur GmbH von diesem Recht Gebrauch, so werden die Versicherungsnehmer unverzüglich darüber informiert, bei wem sie von nun an ihre vertraglichen Rechte geltend machen können.

Sie willigen ein, dass die SYNCRO24 - assekurateur GmbH bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über Ihr allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunftsei (z.B. INFOscore, Creditreform) einholt und nutzt.

Eine Übersicht, welche Versicherer für Ihren Vertrag möglich sind, entnehmen Sie bitte den Verbraucherinformationen. Der speziell für Ihren Vertrag zutreffende Versicherer ist im Versicherungsschein bzw. der aktuellen Beitragsrechnung benannt.

Anlagen und Bestandteile der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB SYNCRO24 2021)

SYNCRO24 - Privatkundenkonzept 2021

- I. Infektionsklausel
- II. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225%
- III. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350%
- IV. Besondere Bedingungen Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500%

Soweit im Versicherungsvertrag vereinbart, gelten die folgenden Klauseln und Besonderen Bedingungen ergänzend zu den Unfallversicherungs-Bedingungen im SYNCRO24 - Privatkundenkonzept 2021.

I. Infektionsklausel

In Ergänzung und teilweiser Abänderung der Nr. 2.9 AUB-SYNCRO24 2021 gilt als Versicherungsfall im Sinne der Nr. 1 AUB 2021 auch eine erstmalige Infizierung mit einem Erreger der folgenden Infektionen:

- a) Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), Fleckfieber, Frühsommermeningitis, Zeckenenzephalitis, Gelbfieber, Genickstarre, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Pest, Pocken, Scharlach, Schlaf-/ Tsetse-Krankheit, Tularämie (Hasenpest), Typhus und Paratyphus, Windpocken sowie Borreliose.
- b) Einer erstmaligen Infizierung gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen die in Absatz a) aufgeführten Infektionen, wenn die Schutzimpfung gesetzlich vorgeschrieben oder angeordnet oder von einer zuständigen Behörde öffentlich empfohlen und in ihrem Bereich vorgenommen oder sonst ärztlich empfohlen und durchgeführt wird und dabei ein Impfschaden eintritt, wobei als Impfschaden eine über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehende Gesundheitsschädigung gilt.
- c) Erfolgt trotz Schutzimpfung eine erstmalige Infizierung, so liegt gleichwohl ein Versicherungsfall nach Absatz a) vor.

Leistungsumfang

Die Erweiterung des Versicherungsschutzes auf die unter I. a) aufgeführten Infektionen beschränkt sich auf die Leistungsarten Invalidität und Tod gemäß den Bestimmungen der Nrn. 7.1 und 7.7 der AUB-SYNCRO24 2021, soweit diese im Versicherungsvertrag vereinbart sind.

Beginn des Versicherungsschutzes

In Abänderung der Nr. 5.1 a) AUB-SYNCRO24 2021 beginnt der Versicherungsschutz für den erweiterten Einschluss der unter I. Punkt a) aufgeführten Infektionen erst nach Ablauf einer Wartezeit von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Für Versicherungsfälle, die während der Wartezeit eingetreten sind, besteht keine Leistungspflicht des Versicherers.

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt.

Besondere Obliegenheiten bei den zusätzlich versicherten Gefahren

Das Vorliegen einer unter den erweiterten Versicherungsschutz fallenden Infektion ist durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht unter Beifügung von Laborbefunden nachzuweisen. Für Fristen und Obliegenheiten gelten im Übrigen die Bestimmungen der AUB-SYNCRO24 2021 entsprechend.

II. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225%

Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme
- c) für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle zur Entschädigungsberechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Nach den "Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel" wird die Entschädigung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der doppelten oder dreifachen Invaliditätssumme berechnet.

In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsentschädigung.

von %	auf %								
26	27	41	57	56	93	71	138	86	183
27	29	42	59	57	96	72	141	87	186
28	31	43	61	58	99	73	144	88	189
29	33	44	63	59	102	74	147	89	192
30	35	45	65	60	105	75	150	90	195
31	37	46	67	61	108	76	153	91	198
32	39	47	69	62	111	77	156	92	201

33	41	48	71	63	114	78	159	93	204
34	43	49	73	64	117	79	162	94	207
35	45	50	75	65	120	80	165	95	210
36	47	51	78	66	123	81	168	96	213
37	49	52	81	67	126	82	171	97	216
38	51	53	84	68	129	83	174	98	219
39	53	54	87	69	132	84	177	99	222
40	55	55	90	70	135	85	180	100	225

III. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 350%

Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25%, nicht aber 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- c) für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Hilfstabelle zur Entschädigungsberechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Nach den "Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel" wird die Entschädigung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade nach der dreifachen oder fünffachen Invaliditätssumme berechnet.

In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsentschädigung.

von %	auf %								
26	28	41	73	56	130	71	205	86	280
27	31	42	76	57	135	72	210	87	285
28	34	43	79	58	140	73	215	88	290
29	37	44	82	59	145	74	220	89	295
30	40	45	85	60	150	75	225	90	300
31	43	46	88	61	155	76	230	91	305
32	46	47	91	62	160	77	235	92	310
33	49	48	94	63	165	78	240	93	315
34	52	49	97	64	170	79	245	94	320
35	55	50	100	65	175	80	250	95	325
36	58	51	105	66	180	81	255	96	330
37	61	52	110	67	185	82	260	97	335
38	64	53	115	68	190	83	265	98	340
39	67	54	120	69	195	84	270	99	345
40	70	55	125	70	200	85	275	100	350

IV. Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500%

Im Invaliditätsfall werden der Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25% nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme
- b) für den 25%, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme
- c) für den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die bis zur achtfachen Invaliditätssumme (siehe Tabelle).

Hilfstabelle zur Entschädigungsberechnung für die progressive Invaliditätsversicherung

Nach den "Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel" wird die Entschädigung für bestimmte Teile der Invaliditätsgrade bis zum achtfachen der Invaliditätssumme berechnet. In der Auswirkung entspricht diese Bestimmung einer Erhöhung der in Prozenten der einfachen Invaliditätssumme zu zahlenden Invaliditätsentschädigung.

von %	auf %								
26	28	41	73	56	136	71	226	86	360
27	31	42	76	57	142	72	232	87	370
28	34	43	79	58	148	73	238	88	380
29	37	44	82	59	154	74	244	89	390
30	40	45	85	60	160	75	250	90	400
31	43	46	88	61	166	76	260	91	410
32	46	47	91	62	172	77	270	92	420
33	49	48	94	63	178	78	280	93	430
34	52	49	97	64	184	79	290	94	440
35	55	50	100	65	190	80	300	95	450
36	58	51	106	66	196	81	310	96	460
37	61	52	112	67	202	82	320	97	470
38	64	53	118	68	208	83	330	98	480
39	67	54	124	69	214	84	340	99	490
40	70	55	130	70	220	85	350	100	500