



Versicherungs- bedingungen VivaZen

A la Carte-Formel



März 2013

„Im Streitfall, ist die französische Fassung gegenüber der Deutschen ausschlaggebend.“

Inhaltsverzeichnis

abteilung	seite	inhalt
1 Versicherungsumfang und -gegenstand	3	
	3	Was verstehen wir unter ...?
	3	Versicherungsgegenstand und -umfang?
	6	Was sind unsere Leistungen?
	11	In welchen Fällen erbringen wir keine Leistungen?
	13	Welche Personen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?
	13	Was passiert im Falle eines Schadenfalls?
2 Welches sind die administrativen Bestimmungen?	15	
	15	Wann kommt der Vertrag zustande und wann tritt er in Kraft?
	15	Welches ist die Vertragsdauer?
	15	Welches sind Ihre Obliegenheiten in Sachen Erklärungen bei Vertragszeichnung?
	16	Welches sind Ihre Obliegenheiten in Sachen Erklärungen während der Vertragslaufzeit?
	17	Was müssen Sie über die Zahlung der Prämie wissen?
	18	Was passiert, wenn wir unsere Tarife oder unsere Versicherungsbedingungen ändern?
	18	Wann und wie kann der Vertrag gekündigt werden?
	21	Wann endet der Vertrag?
	21	Vielzahl von Versicherungsnehmern
	21	Domizil und Korrespondenz
	21	Was passiert im Falle von Beanstandungen?
	22	Welches sind die zuständigen Gerichtsbarkeiten?
	22	Was ist mit der Verjährung?
	22	Welches Gesetz ist anwendbar?

„Im Streitfall, ist die französische Fassung gegenüber der Deutschen ausschlaggebend.“

1 Versicherungsumfang und -gegenstand

1.1 Was verstehen wir unter ...?

1.1.1 Sie

Der Versicherungsnehmer und die Versicherten.

1.1.2 Wir

Die Versicherungsgesellschaft, bei welcher der Vertrag unterzeichnet wird, das heißt:

AXA Assurances Vie Luxembourg S.A. – 1, place de l'Etoile L-1479 Luxembourg

1.1.3 Versicherungsnehmer

Die natürliche oder juristische Person, die den Vertrag unterzeichnet, sei es für eigene Rechnung oder für Rechnung der anderen nachstehend aufgeführten Personen, und die zur Prämienzahlung verpflichtet ist. Bei der Unterzeichnung des Vertrags muss sie mindestens 18 Jahre alt sein und darf das 65. Lebensjahr nicht überschritten haben.

1.1.4 Versicherte

- Bezeichnet die Person, die der Gefahr ausgesetzt ist
- Als Versicherte(r) gilt/gelten die in den Sonderbedingungen aufgeführte(n) Person(en)

1.1.5 Begünstigter

- Für die Todesfallleistung: vorbehaltlich einer gegenteiligen Vereinbarung in den Sonderbedingungen, der nicht geschiedene, nicht gerichtlich oder außergerichtlich getrennte Ehegatte des Versicherten oder, in Ermangelung, die gesetzlichen Erben des Versicherten bis einschließlich 4. Grades.

In Ermangelung eines Begünstigten erstatten wir die von der Person, welche sie verauslagt hat, tatsächlich getragenen Bestattungskosten bis in Höhe der Versicherungssumme.

- Für die anderen Leistungen: der Versicherte selbst

1.2 Versicherungsgegenstand und -umfang?

1.2.1 Was ist der Versicherungsgegenstand?

- Wir garantieren die Zahlung der vereinbarten und in den Sonderbedingungen aufgeführten Leistungen, wenn ein Versicherter im Rahmen seines Privatlebens oder seiner gemeldeten beruflichen Tätigkeiten Opfer eines Unfalls wird.

Die Versicherung kann durch einen Vermerk in den Sonderbedingungen auf die Unfälle im Privatleben begrenzt werden.

- Für Kinder, Studenten oder Auszubildende gilt die Leistung bei vergüteter oder nicht vergüteter Arbeit, die während der Schulferien oder der Freizeit geleistet wird, jedoch unter Ausschluss der Unfälle, die unter die Gesetzgebung über die Arbeits- oder Wegeunfälle fallen.

Die vorliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die beigefügten Sonderbedingungen bilden den Versicherungsvertrag.

In den Sonderbedingungen sind die gewählte Versicherungsformel, die Versicherungsleistungen und die Versicherungssummen aufgeführt. Sie vervollständigen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und heben sie auf, sofern sie ihnen widersprechen.

1.2.3 Was verstehen wir unter „Unfall“?

Unter Unfall ist ein plötzliches Ereignis zu verstehen, welches eine körperliche Beeinträchtigung oder den Tod bewirkt, und dessen Ursache oder eine von dessen Ursachen außerhalb des Organismus des Opfers liegt.

Für medizinische und paramedizinische Berufe wird die Definition auf die bei der Ausübung des gemeldeten Berufes erfolgten Ansteckungen ausgedehnt, die durch einen Erreger, welcher den Organismus durch eine äußere Verletzung oder durch zufälliges Eindringen in die Augen, die Nase, die Ohren oder den Mund befallen hat, erfolgt sind. Ausgeschlossen sind Krankheiten, die durch eine fahrlässige Missachtung der umständehalber gegebenen Vorsichtsmaßnahmen entstehen, oder denen die gesamte Bevölkerung ohne berufsbedingte Risiken ausgesetzt ist (z.B.: Grippe, Ruhr, AIDS, Malaria, Virushepatitis, usw.).

Als Unfall betrachten wir ebenfalls:

- Ertrinken, Kälteschock, Ersticken;
- unfreiwilliges Einatmen von Gasen oder Dämpfen oder versehentliche Aufnahme von giftigen oder ätzenden Stoffen;
- Verbrennungen, Stromschläge oder Blitzschläge;
- Verletzungen oder Tod infolge von Notwehr oder der Beteiligung an der Rettung von gefährdeten Personen oder Gütern;
- Wundstarrkrampf, Tollwut oder Milzbrand;
- Gesundheitsschädigungen mit objektiven durch ärztliche Untersuchungen kontrollierbaren Symptomen, vorausgesetzt sie sind die direkte oder ausschließliche Folge eines versicherten Unfalls;
- Zerrungen oder Risse von Muskeln, Sehnen oder Bändern, die auf eine erhöhte und plötzliche Anstrengung zurückzuführen sind, vorausgesetzt, es wurde nachgewiesen, dass diese Verletzungen nicht auf den vorherigen Gesundheitszustand des Opfers zurückzuführen sind.

1.2.4 Was verstehen wir unter „Schadenfall“?

Den oben definierten Unfall.

1.2.5 Welche Sportarten werden abgedeckt?

Sämtliche unentgeltlich ausgeübte Freizeitsportarten, selbst im Rahmen eines Wettkampfs, werden abgedeckt.

Folgende Sportarten werden jedoch, vorbehaltlich einer gegenteiligen Vereinbarung in den Sonderbedingungen, nicht abgedeckt:

Kampfsportarten und Kampfkunst (namentlich Karate, Ringen, Judo, Boxen, ...), Tiefseetauchen mit einem autonomen Atemgerät oder Bleigurt, Segeln oder Motorbootfahren über 3 Seemeilen von der Küste entfernt, Bobsport, Steeplechase, Alpinismus oder andere Arten von Outdoor-Bergsteigen, Skeleton, Speläologie, Rafting oder Canyoning.

Keine Deckung besteht für:

Sportluftfahrt in jeder Form (namentlich Fliegerei, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Segelfliegen, Bungee-Springen, ...) und Wettrennen, Training und Testfahrten von Motorfahrzeugen mit Ausnahme von Touristenrallyes.

1.2.6 Welche Transportmittel fallen unter den Versicherungsschutz?

Unbeschadet der vorstehenden Bestimmungen wird die Benutzung als Fahrer oder Beifahrer eines Land- oder Seefahrzeuges abgedeckt, mit Ausnahme der Verwendung eines Quads oder eines Motorrads, vorbehaltlich gegenteiliger Bestimmungen in den Sonderbedingungen.

Unter Motorrad verstehen wir jedes zwei- oder dreirädrige Fahrzeug über 50 cm³, dessen Horizontalgeschwindigkeit 40 km/h überschreitet.

Der Versicherte ist ebenfalls als einfacher Passagier eines ordnungsgemäß für den Personentransport zugelassenen Luftfahrzeugs versichert.

1.2.6 Wo sind Sie versichert?

Die Versicherung gilt weltweit.

1.2.7 Wie sieht es mit der Indexierung Ihres Vertrags aus?

Vorbehaltlich einer gegenteiligen Vereinbarung variieren die Leistungsgrenzen, die Versicherungssummen, die Prämie und die möglichen Selbstbehalte bei der jährlichen Fälligkeit des Vertrags entsprechend dem Verhältnis zwischen dem zu dem Zeitpunkt geltenden vom Zentralen Dienst für Statistik und Wirtschaftsstudien in Luxemburg (STATEC) ermittelten halbjährlichen Verbraucherpreisindex und dem in den letzten Sonderbedingungen genannten halbjährlichen Verbraucherpreisindex.

Im Schadenfall dient der für die letzte fällige Prämie berücksichtigte Index der Bestimmung des Betrags der Versicherungssumme.

Im Laufe des Vertrags besteht die Möglichkeit, für die folgende jährliche Prämienfälligkeit auf die Indexierung der Leistungen und der Prämie zu verzichten, vorausgesetzt wir wurden mindestens 3 Monate vor diesem Datum darüber informiert. In diesem Fall gilt der bei der letzten jährlichen Fälligkeit erreichte Betrag für die Versicherungssumme einer jeden dieser Leistungen sowie für die entsprechende Prämie.

1.3 Was sind unsere Leistungen?

Wir treten bei einem versicherten Schadenfall gemäß den vereinbarten und in den Sonderbedingungen aufgeführten Beträgen und Leistungen ein:

1.3.1 Im Todesfall

Wir zahlen die Versicherungssumme an die Begünstigten, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall verstirbt.

Die Versicherungssumme wird innerhalb von 15 Tagen nach Meldung des Todes und Eingang der von der Gesellschaft geforderten Belege ausgezahlt.

Tritt der Tod nach der Auszahlung von Entschädigungen für Dauerinvalidität ein, werden die diesbezüglich ausgezahlten Beträge von der im Todesfall geschuldeten Leistung in Abzug gebracht.

Wenn der Versicherte infolge eines Unfalls mit einem von ihm genutzten öffentlichen Transportmittel oder infolge einer Naturkatastrophe im Ausland verschollen ist und ein Jahr nach dem Ereignis immer noch kein offizieller Todesnachweis erbracht werden konnte, zahlen wir die Versicherungssumme aus. Im Falle eines Wiederauftauchens des Versicherten, ist unsere Leistung von den Empfängern an uns zurückzuzahlen. Fünf Jahre nach der Auszahlung bleibt sie ihnen jedoch erworben.

1.3.2 Im Falle einer Dauerinvalidität (Voll- oder Teilinvalidität)

1.3.2.1 Bestimmung des Invaliditätsgrades

Die Dauerinvalidität ist der Angriff auf die körperliche Unversehrtheit des Versicherten. Der Invaliditätsgrad wird durch ärztlichen Beschluss gemäß der offiziellen französischen Invaliditätstabelle bestimmt, ohne jedoch 100 % überschreiten zu dürfen und ohne Berücksichtigung des ausgeübten Berufes oder der Beschäftigungen des Versicherten.

Der Grad der Dauerinvalidität wird ab der Konsolidierung der Verletzungen des Versicherten und spätestens drei Jahre nach dem Unfalldatum festgelegt.

Unter Konsolidierung verstehen wir das Datum, ab welchem die Folgeschäden sich nicht mehr weiterentwickeln können.

In den nicht in dieser Tabelle vorgesehenen Fällen wird der Invaliditätsgrad durch Vergleich und per Analogie bestimmt.

Wenn der Versicherte Linkshänder ist, gelten die für den rechten Arm festgelegten Invaliditätsgrade ebenfalls für den linken Arm und umgekehrt. Ein Beidhänder gilt als Rechtshänder.

Die an bereits beeinträchtigten Gliedmaßen und Organen entstandenen Verletzungen werden in Höhe des Unterschieds zwischen der Vorinvalidität und der nach dem Unfall vorliegenden Invalidität entschädigt.

Wenn ein Gliedmaß oder ein Organ infolge ein und desselben Schadenfalls mehrere Verletzungen erlitten hat, wird nur der höchste Invaliditätsgrad zurückbehalten.

1.3.2.2 Bestimmung und Auszahlung der Versicherungsleistung

Wir zahlen dem Versicherten innerhalb von 15 Tagen ab der endgültigen Konsolidierung der Verletzungen eine Entschädigung verhältnismäßig zum festgestellten Invaliditätsgrad, welche gemäß dem in den Sonderbedingungen genannten Entschädigungsmodell berechnet wird.

Dem Versicherten stehen folgende Entschädigungsmodelle zur Auswahl:

- Mehrleistung
 - auf der Grundlage der Versicherungssumme, entsprechend dem festgestellten Invaliditätsgrad.
- Mehrleistung mit Selbstbehalt von 10 %
 - auf der Grundlage der Versicherungssumme, entsprechend dem festgestellten Invaliditätsgrad ohne Berücksichtigung der ersten 10 % der Invalidität bei der Bestimmung der Invalidität
- progressive sogenannte 1-2-3 Leistung:
 - auf der Grundlage der Versicherungssumme, für den Teil des Invaliditätsgrades von 1 % bis 25 %
 - auf der Grundlage des Doppelwertes der Versicherungssumme, für den Teil des Invaliditätsgrades von 26 % bis 50 %
 - auf der Grundlage des dreifachen Wertes der Versicherungssumme, für den Teil des Invaliditätsgrades von 51 % bis 100 %
- progressive sogenannte 1-3-5 Leistung:
 - auf der Grundlage der Versicherungssumme, für den Teil des Invaliditätsgrades von 1 % bis 25 %
 - auf der Grundlage des dreifachen Wertes der Versicherungssumme, für den Teil des Invaliditätsgrades von 26 % bis 50 %
 - auf der Grundlage des fünffachen Wertes der Versicherungssumme, für den Teil des Invaliditätsgrades von 51 % bis 100 %

Sollte unser Vertrauensarzt ein Jahr nach dem Unfall erachten, dass die endgültige Bestimmung des Grades der Dauerinvalidität noch nicht möglich ist, kann der Versicherte eine vorläufige Bestimmung eines Invaliditätsgrades beantragen und einen Vorschuss beziehen, welcher der Hälfte der Entschädigung entspricht, die für diesen vorläufigen Invaliditätsgrad geschuldet wird. Dieser ausgezahlte Betrag bleibt dem Versicherten erworben.

Es wird keinerlei Invaliditätsleistung geschuldet, falls der Versicherte vor der Konsolidierung oder vor der vorstehend beschriebenen provisorischen Auszahlung verstirbt. Wenn der Versicherte, dessen Zustand vorläufig konsolidiert wurde, vor der endgültigen Konsolidierung verstirbt, wird keinerlei zusätzliche Leistung für die Dauerinvalidität geschuldet.

1.3.3 Im Falle von medizinischen Kosten

Wir erstatten bis in Höhe der Versicherungssumme und bis zur Konsolidierung der Verletzungen, jedoch höchstens während drei Jahren ab Datum des Schadenfalls, die verauslagten oder von einem Arzt verordneten und für die Heilung des Versicherten erforderlichen Behandlungskosten.

Unter Behandlungskosten verstehen wir:

Medizinische Kosten, pharmazeutische Kosten, Kosten für den Krankenhausaufenthalt, Rehabilitationskosten, Kosten für ästhetische Eingriffe, Kosten für medizinisch notwendige Transporte, unter Ausschluss der Kosten für den Rücktransport des versicherten Opfers eines Schadenfalls im Ausland, Kosten für vorläufige Prothesen (Zahnprothesen, Hörgeräte, optische und orthopädische Prothesen) und/oder erste Prothesen (Zahnprothesen, Hörgeräte, optische und orthopädische Prothesen).

Die Transportkosten werden in Höhe von höchstens 20 % der Versicherungssumme und auf der Grundlage von 0,40 € pro km bei Verwendung eines speziellen Fahrzeuges erstattet.

Wir übernehmen ebenfalls die Kosten für das Ersetzen oder die Reparatur von bereits bestehenden Prothesen (mit Ausnahmen von Brillen und Kontaktlinsen), wenn die Beschädigung eine Folge eines versicherten Unfalls ist.

Bei folgenden Kosten wird die Leistung auf 200 % der Versicherungssumme erweitert:

- Kosten für die Miete von medizinischem Material, welches nicht von den Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen zur Verfügung gestellt wird;
- verauslagte Kosten für Umbauten und Mobiliaränderungen (einschließlich des Fahrzeugs), sofern sie sich aufgrund der körperlichen Behinderung als unumgänglich erweisen und von dem durch die Gesellschaft bestellten medizinischen Gutachter verordnet werden.

Wir begleichen sämtliche versicherte Kosten innerhalb von 15 Tagen nach Vorlage der entsprechenden Belege. Im Falle eines mehr als 5-tägigen Krankenhausaufenthalts zahlen wir gegen Vorlage eines vom Krankenhaus erstellten Belegs unverzüglich einen Vorschuss von 125 € zu dem bei der Unterzeichnung vereinbarten Index.

Die vorliegende Leistung gilt als Zusatz und wird nach Ausschöpfung der Leistungen der Organismen der Sozialversicherung, der Vorsorgekasse oder sonstiger ähnlicher Organismen erbracht, ohne dass das Opfer jedoch eine Gesamtentschädigung erhalten kann, welche die reellen Ausgaben übersteigt.

1.3.4 Im Falle einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit

Wir zahlen das in den Sonderbedingungen vereinbarte Tagegeld im Falle einer vorübergehenden vollen Arbeitsunfähigkeit während der gesamten Dauer der medizinisch bescheinigten Arbeitsunfähigkeit.

Im Falle einer teilweisen Arbeitsunfähigkeit wird das Tagegeld um einen dem Grad der Arbeitsfähigkeit entsprechenden Betrag verringert.

Ist der Versicherte zum Zeitpunkt des Schadenfalls nicht berufstätig, wird die Entschädigung um 50 % verringert, sobald er nach Meinung des Arztes nicht mehr bettlägerig ist.

Die Entschädigung ist nach Ablauf der in den Sonderbedingungen vorgesehenen Karenzzeit für jeden Tag, einschließlich der Sonn- und Feiertage, zahlbar.

Unter Karenzzeit verstehen wir die Frist, nach deren Ablauf das Recht auf Entschädigung eröffnet wird.

Vorbehaltlich einer anderweitigen Bestimmung in den Sonderbedingungen, beträgt die Entschädigungsdauer höchstens 365 Tage ab Datum des Schadenfalls.

1.3.5 Im Falle eines Krankenhausaufenthalts

Für jeden mehr als 24-stündigen Krankenhausaufenthalt zahlen wir für jeden angefangenen Zeitraum von 24 Stunden das in den Sonderbedingungen vereinbarte Krankenhaus-Tagegeld.

Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 365 Tage ab Datum des Schadenfalls.

1.3.6 Die Komfort-Pauschalleistung Jugendlicher

Im Falle eines versicherten Schadenfalls erbringen wir bis in Höhe der Versicherungssumme die folgenden Leistungen:

- Für das versicherte Kind, eine Pauschalentschädigung für Nachhilfestunden von 25 € zum vereinbarten Index pro Tag der ärztlich bescheinigten vorübergehenden vollen Unfähigkeit, den Unterricht zu besuchen, sofern das Kind den Unterricht während mindestens 15 aufeinanderfolgenden Tagen versäumt hat. Berücksichtigt wird der Unterricht von der 1. Klasse der Grundschule bis zur Abschlussklasse des Sekundarunterrichts oder gleichwertiger Klassen. Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 60 Tage.
- Für das versicherte hospitalisierte Kind, welches am Tag des Schadenfalls jünger als 14 Jahre ist, eine Pauschalentschädigung für Aufenthaltskosten von 25 €/Tag zum vereinbarten Index, wenn die Anwesenheit seiner Mutter oder seines Vaters in der gleichen Einrichtung oder in deren Nähe erforderlich ist. Die Transportkosten sind in dieser Pauschalleistung eingeschlossen. Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 60 Tage.
- Für das versicherte Kind, welches am Tag des Schadenfalls jünger als 14 Jahre ist, eine Pauschalentschädigung für Betreuungskosten von 25 € zum vereinbarten Index pro Tag der vorübergehenden vollen Unfähigkeit, den Unterricht zu besuchen, ab dem 1. Tag dieser Unfähigkeit. Die Notwendigkeit für das Kind, zu Hause zu bleiben, muss ärztlich bescheinigt sein. Es muss ebenfalls nachgewiesen werden, dass beide Elternteile einer beruflichen Tätigkeit nachgehen. Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 60 Tage.
- Für das versicherte und infolge eines Unfalls vorübergehend behinderte Kind, die Erstattung der außerordentlichen Kosten, die verauslagt wurden, um ihm zu ermöglichen, von seinem Wohnsitz zur Schule und wieder zurück zu gelangen, bis in Höhe von höchstens 25 € zum vereinbarten Index pro Tag und gegen Vorlage entsprechender Belege. Diese Leistung wird auf den Transport des Schülers unter 14 Jahren ausgedehnt, dessen Eltern entweder länger als 48 Stunden hospitalisiert oder verstorben sind. Die Entschädigung wird auf der Grundlage von 0,40 € pro km bei Verwendung eines speziellen Fahrzeuges berechnet. Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 60 Tage.

Außerhalb eines Schadenfalls, für das versicherte Kind, die Erstattung seines Schulranzens, der Schulausstattung und des Schulmaterials, bei Diebstahl, nach Anzeige bei der Polizei. Wir treten einmal pro Versicherungsjahr und bis in Höhe von höchstens 100 € zum vereinbarten Index auf der Grundlage des Wertes am Tag des Schadenfalls ein.

Wir begleichen sämtliche versicherten Kosten innerhalb von 15 Tagen nach Vorlage der entsprechenden Belege. Die verschiedenen Leistungen sind bis zur Ausschöpfung des in den Sonderbedingungen für die Komfort-Pauschalleistung Jugendlicher vereinbarten Betrages in der vom Versicherungsnehmer bestimmten Rangfolge kumulierbar.

1.3.7 Die Komfort-Pauschalleistung Erwachsener

Im Falle eines versicherten Schadenfalls erbringen wir bis in Höhe der Versicherungssumme die folgenden Leistungen:

- für den hospitalisierten Versicherten oder den Versicherten, der nicht mehr in der Lage ist, die in seinem Haushalt lebenden Kinder, welche am Tag des Schadenfalls jünger als 14 Jahre sind, zu betreuen, die Erstattung der Betreuungskosten in Höhe von höchstens 25 € zum vereinbarten Index pro Tag und gegen Vorlage der entsprechenden Belege. Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 45 Tage.
- für den Versicherten, der ärztlich verordnete und von unserem Vertrauensarzt bestätigte Hauspflege benötigt, die Erstattung der Hauspflegekosten bis in Höhe von höchstens 25 € zum vereinbarten Index pro Tag und gegen Vorlage der entsprechenden Belege. Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 45 Tage.
- für den Versicherten, der nicht in der Lage ist, seine üblichen Haushaltspflichten zu erfüllen, die Erstattung der verauslagten Kosten für eine Haushaltshilfe bis in Höhe von höchstens 25 € zum vereinbarten Index pro Tag und gegen Vorlage der entsprechenden Belege. Die ärztliche Bescheinigung einer mindestens 50-prozentigen Arbeitsunfähigkeit ist erforderlich. Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 45 Tage.
- Für den infolge eines Unfalls vorübergehend behinderten Versicherten, die Erstattung der außerordentlichen Kosten, die verauslagt wurden, um ihm zu ermöglichen, von seinem Wohnsitz zu seinem Arbeitsplatz und wieder zurück zu gelangen, bis in Höhe von höchstens 25 € zum vereinbarten Index pro Tag und gegen Vorlage der entsprechenden Belege. Die Entschädigung wird auf der Grundlage von 0,40 € pro km bei Verwendung eines speziellen Fahrzeuges berechnet. Die Entschädigungsdauer beträgt höchstens 45 Tage.

Wir begleichen sämtliche versicherten Kosten innerhalb von 15 Tagen nach Vorlage der entsprechenden Belege. Die verschiedenen Leistungen sind bis zur Ausschöpfung des in den Sonderbedingungen für die Komfort-Pauschalleistung Erwachsener vereinbarten Betrages in der vom Versicherungsnehmer bestimmten Rangfolge kumulierbar.

1.3.8 Komfort-Pauschalleistung Assistance

Wenn der Versicherte Opfer eines versicherten Schadenfalls im Ausland wird, erstatten wir bis in Höhe der Versicherungssumme die Kosten für die folgenden Leistungen:

- die Kosten für Suche und Bergung des verunfallten Versicherten;
- die Kosten für den Rücktransport an den Wohnsitz des Versicherten, dessen Arzt den Rücktransport zwecks Förderung des Heilungsprozesses anordnet, oder, im Todesfall, des Leichnams des Versicherten;

Die Kosten für die Rückführung des Leichnams werden an die Person(en) gezahlt, die für die Todesfalleistung, als Begünstigte(r) eingesetzt wurde(n).

- die für die Hin- und Rückreise vom Wohnsitz an den Ort, an dem der Versicherte den Unfall hatte und festliegt, von seinem Ehegatten oder einem Angehörigen (Vorfahren, Nachfahren oder Geschwister) verauslagten Kosten, sofern sein Zustand die Anwesenheit einer dieser Personen erfordert und der Rücktransport medizinisch unmöglich ist;
- die Kosten für die Verlängerung des Hotelaufenthalts (Zimmer mit Frühstück) des Versicherten, sofern diese ärztlich verordnet wurde, bis in Höhe von 75 € zum vereinbarten Index pro Tag während 10 Tagen und gegen Vorlage der entsprechenden Belege;
- die Reisekosten einer von der Familie für die Betreuung der Kinder des verunfallten Versicherten beauftragten Person sowie deren Hotelaufenthalt (Zimmer mit Frühstück) bis in Höhe von 125 € zum vereinbarten Index. Wir treten nur insofern ein, als kein anderer Familienangehöriger vor Ort sich um die Kinder kümmern kann;
- im Falle eines Skiurlaubs, den Teil des Skipasses für den nicht benutzten Zeitraum bis in Höhe von höchstens 200 € zum vereinbarten Index, wenn der Versicherte für mehr als 24 Stunden ins Krankenhaus eingewiesen oder rücktransportiert werden muss.

Unter Reisekosten verstehen wir die Erstattung eines Zugtickets 1. Klasse oder eines Flugtickets für einen Linienflug in der Economy-Class oder, im Falle der Verwendung eines speziellen Fahrzeuges, die Erstattung der Kosten auf der Grundlage von 0,40 € pro km.

Die vorliegende Leistung gilt als Zusatz und wird nach Ausschöpfung der Leistungen der Organismen der Sozialversicherung, der Vorsorgekasse oder sonstiger ähnlicher Organismen erbracht, ohne dass das Opfer jedoch eine Gesamtschädigung erhalten kann, welche die realen Ausgaben übersteigt.

Wir begleichen sämtliche versicherten Kosten innerhalb von 15 Tagen nach Vorlage der entsprechenden Belege. Die verschiedenen Leistungen sind bis zur Ausschöpfung des in den Sonderbedingungen für die Komfort-Pauschalleistung Assistance vereinbarten Betrages in der vom Versicherungsnehmer bestimmten Rangfolge kumulierbar.

1.4 In welchen Fällen erbringen wir keine Leistungen?

1.4.1 In folgenden Fällen erbringen wir niemals Leistungen:

- allergischen Erkrankungen;
- Leistenbrüchen und Bandscheibenvorfälle, Krampfadern und ihre Komplikationen, Hexenschüsse und Ischias;
- Komplikationen und Unfälle infolge von medizinischen Behandlungen und chirurgischen Eingriffen, die nicht aufgrund eines versicherten Unfalls erforderlich sind;
- subjektive Beschwerden oder psychische Störungen ohne ersichtlichen organischen Träger;
- allgemeine Krankheiten, d.h. jede Veränderung der Gesundheit, deren Ursache nicht auf ein Trauma zurückzuführen ist, wie z.B. die im nachstehenden Punkt 1.5. erwähnten schweren Krankheiten oder Gebrechen, oder aber eine mit Insektenstichen oder -bissen, einer Bluttransfusion, usw. einhergehende Veränderung der Gesundheit;

- Einsätze in der Luftfahrt als Pilot oder Crewmitglied;
- Unfälle, die sich aus dem Fahren eines Land- oder Seefahrzeuges ohne gültigen von der entsprechenden Gesetzgebung vorgeschriebenen Führerschein ereignen;
- Unfälle infolge einer der nachstehend aufgeführten schweren Fahrlässigkeiten:
 - Trunkenheit oder Alkoholvergiftung, ein durch die Einnahme von anderen Produkten oder Substanzen als alkoholische Getränke verursachter trunkenheitsähnlicher Zustand;
 - Wetten, Herausforderungen;
 - Ausübung von Sportarten unter bestimmten Bedingungen, so dass sie der Meinung von Spezialisten zufolge waghalsige oder gefährliche Handlungen darstellen;

Wir übernehmen den Schadenfall jedoch, wenn der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger nachweisen können, dass kein kausaler Zusammenhang zwischen der schweren Fahrlässigkeit und dem Unfall besteht.

- die Folgen der Teilnahme an einer Schlägerei oder einer anderen Gewalttat;
- die Folgen von Kriegstaten, bakteriologischen oder chemischen Angriffen, einschließlich des Bürgerkriegs oder anderer kollektiv begangener Gewalttaten, mit oder ohne Rebellion gegen die Behörden. Der Versicherungsschutz bleibt jedoch während 14 Tagen ab Beginn der Feindseligkeiten aufrecht erhalten, wenn der Versicherte vom Ausbruch eines Krieges im Ausland überrascht wird;
- die Folgen eines Aufstands, eines Streiks oder eines Terrorakts, außer es kann nachgewiesen werden, dass das Opfer nicht aktiv daran beteiligt war, wobei Notwehr zulässig ist;
- die Auswirkungen von Naturkatastrophen, die sich im Großherzogtum Luxemburg ereignen;
- die direkten oder indirekten Auswirkungen der Veränderung des Atomkerns, der Radioaktivität und der Entstehung von ionisierender Strahlung. Der Versicherungsschutz bleibt jedoch im Fall einer aufgrund eines versicherten Schadenfalls benötigten medizinischen Bestrahlung erworben;
- Selbstmord oder Selbstmordversuch;
- absichtlich vom Versicherten oder dem Begünstigten verursachte Unfälle oder Verletzungen;
- die Verschlimmerung der Folgen eines Schadenfalls, die durch das Unterlassen des Versicherten, sich einer regelmäßigen und angemessenen Behandlung zu unterziehen, entstehen;
- Unfälle während der Ausübung einer vergüteten oder berufsbedingt ausgeübten Sportart.

Falls die Gesellschaft die Nichtdeckung eines Schadenfalls geltend macht, hat sie den Beweis für die Tatsache zu erbringen, welche zum Erlischen ihrer Verpflichtung führt.

1.4.2 Wir erbringen reduzierte Leistungen für:

die Auswirkungen eines Verstoßes gegen die Gesetzgebung bezüglich des Tragens des Sicherheitsgurtes oder des Helmes. Die geschuldeten Entschädigungen werden um ein Drittel reduziert. Der Nachweis des Verstoßes gegen die Gesetzgebung obliegt der Gesellschaft.

1.5 Welche Personen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Wir versichern keine Personen, die unter einer schweren Krankheit oder einem schweren Gebrechen leiden, wie z.B. Gehörlosigkeit, Blindheit, Lähmung, Schlaganfall, Epilepsie, Diabetes, Geisteskrankheit, Tuberkulose, Rückenmark- und Herzerkrankungen, oder andere ähnlich schwere Erkrankungen. Das Vorliegen solcher Erkrankungen bei einem Versicherten hat die Verwirkung des Versicherungsschutzes zur Folge.

1.6 Was passiert im Falle eines Schadenfalls?

1.6.1 Anzeige und Verpflichtungen des Versicherten

Um uns eine bestmögliche Abwicklung des Schadenfalls zu ermöglichen, sind bestimmte Verfahrensweisen unumgänglich.

Sie müssen insbesondere:

- uns den Schadenfall schnellstmöglich und auf jeden Fall spätestens innerhalb von 8 Kalendertagen nach dem Ereignis anzeigen, außer in Fällen höherer Gewalt, und uns unverzüglich sämtliche erforderlichen Auskünfte erteilen, um die Umstände und das Ausmaß der Schäden zu ermitteln;

Die Schadenanzeige muss das Datum und die Uhrzeit, die Art, die Ursachen, die Umstände, die Folgen und den Ort des Schadenfalls enthalten, sowie die Namen, die Vornamen und die Wohnsitze möglicher Zeugen. Ihr muss ebenfalls ein ärztliches Attest beigelegt werden, welches die Art der Verletzungen näher erläutert.

- sämtliche vernünftigen Maßnahmen ergreifen, um die Schäden zu vermeiden und abzuschwächen;
- dem Arzt und den Vertretern der Gesellschaft gestatten, den Versicherten zu treffen, und ihre Untersuchungen erleichtern;
- uns auf Antrag sämtliche medizinischen Bescheinigungen und Berichte zur Verfügung stellen sowie sämtliche Auskünfte bezüglich des Gesundheitszustands des Opfers vor oder nach dem Unfall und des Verlaufs der medizinischen Behandlung erteilen.

Die Leistungen werden nur bewilligt, wenn uns das Recht vorbehalten wird, Ihren Gesundheitszustand jederzeit und durch einen von uns bestellten Arzt überprüfen zu lassen. Dessen Schlussfolgerungen werden Ihnen mitgeteilt. Im Falle einer Uneinigkeit werden zwei medizinische Gutachter zu Rate gezogen, wobei jede Partei ihren Gutachter selbst auswählt. Wenn sich die beiden ebenfalls uneinig sind, wird ein Dritter hinzugezogen, um eine Entscheidung herbeizuführen. Die Gutachter sind von jeglicher juristischen Formalität befreit. Jede Partei trägt die Kosten und Honorare ihres eigenen Gutachters und die Hälfte der Kosten und Honorare des Drittgutachters.

Im Todesfall können wir auf unsere Kosten eine Autopsie durchführen lassen.

Durch die alleinige Unterzeichnung des vorliegenden Vertrags willigt der Versicherte im Voraus ein, dass sein Arzt unserem Vertrauensarzt einen die Todesursache enthaltenden Todeschein übermittelt.

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, ein von den zuständigen Behörden erstelltes Unfallprotokoll zu verlangen.

Im Falle eines Verstoßes gegen die vorstehenden Verpflichtungen, und sofern dieser Verstoß uns Schaden zufügt, sind wir berechtigt, die Leistung auf die Höhe des erlittenen Schadens zu verringern.

Wir können hingegen unsere Leistung verweigern, wenn dieser Verstoß mit betrügerischer Absicht erfolgt ist, wobei uns in diesem Fall die Beweislast obliegt.

1.6.2 Vorheriger Gesundheitszustand und Verschlimmerung

Für die Beurteilung unserer Leistungen werden lediglich die Folgen berücksichtigt, die der Unfall auf einen gesunden und physiologisch und anatomisch normalen Organismus gehabt hätte.

Wenn eine Vorinvalidität, eine bereits bestehende Krankheit oder ein nachlässigkeitsbedingter Pflegemangel die Folgen des Schadenfalls verschlimmern, werden lediglich die Folgen entschädigt, die der Schadenfall ohne das Einwirken dieses Zustands gehabt hätte.

1.6.3 Wahl des Arztes

Für seine Behandlung steht dem Versicherten die Wahl seines Arztes oder des Krankenhauses frei.

1.6.4 Anspruch gegenüber haftpflichtigen Dritten

Wir verzichten auf jeglichen Anspruch gegenüber den Haftpflichtigen des Schadenfalls, außer bezüglich der medizinischen Kosten und der Pauschalleistung Assistance. Für diese beiden Leistungsarten treten wir in Bezug auf diese Kosten in sämtliche Rechte und Klagen des Versicherten gegen Dritte ein. Außer bei Absicht und schwerer Fahrlässigkeit üben wir unser Eintrittsrecht bezüglich dieser Kosten gegenüber dem Versicherungsnehmer und der in seinem Haushalt lebenden Personen, deren Haftung nicht durch einen Versicherungsvertrag abgedeckt ist, nicht aus.

2 Welches sind die administrativen Bestimmungen?

2.1 Wann kommt der Vertrag zustande und wann tritt er in Kraft?

Der Vertrag kommt durch die Unterzeichnung der Sonderbedingungen durch die Vertragsparteien zustande. Er tritt ab dem Tag und der Uhrzeit, die in den Sonderbedingungen vereinbart wurden, in Kraft. In Ermangelung einer Angabe der Uhrzeit, wird diese auf 0.00 Uhr am Tag des Inkrafttretens festgesetzt. Die gleichen Bestimmungen gelten für jeden Zusatzvertrag.

2.2 Welches ist die Vertragsdauer?

Die Versicherung wird für die in den Sonderbedingungen vorgesehene Dauer abgeschlossen.

Der Versicherungsnehmer und die Gesellschaft haben jedoch das Recht die Versicherung jedes Jahr zum jährlichen Zahlungsdatum der Prämie, oder alternativ zum jährlichen Wiederholungsdatum des Vertragsbeginns zu kündigen. Dies ist der Gegenpartei durch einen eingeschriebenen Brief, im Falle des Versicherungsnehmers mindestens 30 Tage vor diesem Datum, im Falle der Gesellschaft mindestens 60 Tage vor diesem Datum, mitzuteilen.

Ohne Verletzung der Bestimmungen des vorausgegangenen Absatzes hat der Versicherungsnehmer bei Verträgen mit jährlicher Zahlweise das Recht innerhalb von 30 Tagen, gerechnet vom Datum des Versandes der jährlichen Zahlungsaufforderung, den Vertrag zu kündigen.

Am Ende der ursprünglichen Dauer der Versicherung, wird diese vorbehaltlich der Anwendung des vorstehenden Absatzes stillschweigend von Jahr zu Jahr verlängert. Eine für weniger als ein Jahr abgeschlossene Versicherung kann nicht stillschweigend verlängert werden.

Die Dauer der stillschweigenden Verlängerung darf keinesfalls mehr als ein Jahr betragen.

2.3 Welches sind Ihre Obliegenheiten in Sachen Erklärungen bei Vertragszeichnung?

Der Vertrag wird auf der Grundlage der Erklärungen des Versicherungsnehmers erstellt und die Prämie entsprechend festgesetzt. Der Versicherungsnehmer muss genauestens sämtliche von ihm bekannten Umstände angeben, die es der Gesellschaft ermöglichen, die von ihr zu übernehmenden Risiken zu beurteilen.

Der Vertrag ist nichtig, wenn das absichtliche Verschweigen oder die absichtliche Ungenauigkeit der Angaben bei der Erklärung die Gesellschaft bezüglich der Elemente zur Beurteilung der Gefahr irreführen. In einem solchen Fall bleiben die bereits gezahlten Prämien der Gesellschaft erworben. Sie hat sowohl Anspruch auf die Rückzahlung der möglicherweise bereits beglichenen Schadenfälle sowie auf die Zahlung der fälligen Prämien bis zu dem Zeitpunkt, an dem sie Kenntnis über das Verschweigen oder die Ungenauigkeit der Angaben erlangt hat.

Im Übrigen kann die Gesellschaft im Schadenfall die Erbringung von Leistungen verweigern.

Im Falle von unabsichtlichem Verschweigen oder unabsichtlich gemachten ungenauen Angaben kann die Gesellschaft innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem sie von einer solchen Meldung Kenntnis erlangt hat, eine Vertragsänderung mit Wirkung zum Tag dieser Kenntniserlangung vorschlagen.

Wenn die Gesellschaft jedoch nachweist, dass sie die Gefahr keinesfalls versichert hätte, kann sie den Vertrag innerhalb der vorstehend erwähnten Frist kündigen.

Sollte der Vorschlag zur Vertragsänderung vom Versicherungsnehmer abgelehnt werden oder dieser Vorschlag innerhalb einer einmonatigen Frist ab Erhalt nicht angenommen werden, kann die Gesellschaft den Vertrag innerhalb von 15 Tagen kündigen.

Sollte sich vor Inkrafttreten der Vertragsänderung oder der Kündigung ein Schadenfall ereignen, muss die Gesellschaft die entsprechende Leistung erbringen. Falls das Verschweigen oder die Ungenauigkeit der Angaben dem Versicherungsnehmer zu Lasten gelegt werden kann, muss die Gesellschaft die Leistung nur entsprechend dem Verhältnis zwischen der gezahlten Prämie und der Prämie, die der Versicherungsnehmer hätte zahlen müssen, erbringen.

2.4 Welches sind Ihre Obliegenheiten in Sachen Erklärungen während der Vertragslaufzeit?

Der Versicherungsnehmer muss der Gesellschaft per Einschreiben jede Änderung der in den Sonderbedingungen aufgeführten Umstände, welche die Gefahr bilden, namentlich das Auftreten einer schweren Krankheit oder eines schweren Gebrechens, sobald er Kenntnis davon erlangt hat oder spätestens innerhalb von 8 Werktagen mitteilen.

Sie müssen uns ebenfalls mitteilen, wenn sie andere Verträge ähnlicher Art für den gleichen Versicherten abgeschlossen haben.

2.4.1 Was passiert im Falle einer Gefahrenminderung?

Falls die Gefahr, dass das versicherte Ereignis eintritt, wahrnehmbar und nachhaltig gemindert wird, so dass die Gesellschaft der Versicherung zu anderen Bedingungen als den bestehenden zugestimmt hätte, falls diese Minderung zum Zeitpunkt der Vertragszeichnung bereits vorgelegen hätte, ist die Gesellschaft verpflichtet, eine Verringerung der Prämie mit Wirkung zum Tag, an dem sie von dieser Minderung Kenntnis erlangt hat, zu bewilligen.

Wenn die Parteien sich innerhalb eines Monats nach dem Antrag auf Minderung des Versicherungsnehmers nicht über eine neue Prämie einigen können, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen.

2.4.2 Was passiert im Falle einer Gefahrerhöhung?

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, neue Umstände oder Veränderungen der Umstände mitzuteilen, die eine wahrnehmbare Erhöhung:

- der Gefahr, dass das versicherte Ereignis eintritt
- der Intensität dieser Gefahr

mit sich bringen.

Im Falle einer Erhöhung derartigen Ausmaßes, dass die Gesellschaft der Unterzeichnung des Vertrags nicht unter den gleichen Bedingungen zugestimmt hätte, wenn die Gefahr in diesem Ausmaß bei der Unterzeichnung bestanden hätte, muss die Gesellschaft innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem sie von der Erhöhung Kenntnis erlangt hat, eine rückwirkende Vertragsänderung mit Wirkung zum Tag der Erhöhung vorschlagen.

Wenn die Gesellschaft den Beweis erbringt, dass sie die Gefahr in diesem Ausmaß keinesfalls versichert hätte, kann sie den Vertrag innerhalb der vorstehend erwähnten Frist kündigen.

Sollte sich vor Inkrafttreten der Vertragsänderung oder der Kündigung ein Schadenfall ereignen, muss die Gesellschaft die entsprechende Leistung nur erbringen, wenn sie gesetzlich oder vertragsbedingt dazu verpflichtet ist. In Ermangelung einer solchen gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung, kann die Gesellschaft die Absicht beim Verschweigen oder bei der Ungenauigkeit der Angaben – welche bewusst anlässlich der Unterzeichnung oder während der Vertragslaufzeit begangen wurden – geltend machen, um die Leistung zu verweigern.

In Ermangelung jeglicher Absicht beim Verschweigen oder bei der Ungenauigkeit der Angaben anlässlich der Unterzeichnung oder während der Vertragslaufzeit, ist die Gesellschaft berechtigt, ihre finanzielle Leistung entsprechend dem Verhältnis zwischen der gezahlten Prämie und der Prämie zu erbringen, die der Versicherungsnehmer hätte zahlen müssen, wenn die Gesellschaft ordnungsgemäß vor dem Eintritt des Schadenfalls über die Gefahrerhöhung in Kenntnis gesetzt worden wäre.

2.5 Was müssen Sie über die Zahlung der Prämie wissen?

- 2.5.1 Die gesetzlich zulässigen Prämien (oder, im Falle von deren Aufteilung in Raten, die Prämienraten), Nebenkosten und Steuern sind im Voraus an das Domizil der Gesellschaft oder des von ihr diesbezüglich ernannten Bevollmächtigten zu entrichten.

Anlässlich jeder jährlichen Zahlungsaufforderung der Prämie weist die Gesellschaft den Versicherungsnehmer auf das jährliche Wiederholungsdatum des Vertragsbeginns, die Höhe der geschuldeten Prämie, die Kündigungsmodalitäten, das Datum, bis zu welchem eine eventuelle Kündigung ausgeführt werden kann und gegebenenfalls auf eine Tarifierhöhung, hin.

- 2.5.2 Bei Nichtzahlung aus welchem Grund auch immer einer Prämie oder einer Prämienrate innerhalb von 10 Tagen nach Fälligkeit, wird der Versicherungsschutz nach Ablauf einer 30-tägigen Frist ab Aufgabe eines Einschreibens an den Versicherungsnehmer an dessen letztbekanntem Wohnsitz ausgesetzt.

Das Einschreiben enthält eine Zahlungsaufforderung an den Versicherungsnehmer, die fällige Prämie zu zahlen, unter Angabe des Fälligkeitsdatums und des Betrags dieser Prämie sowie der Folgen, der Nichtzahlung bei Ablauf der oben erwähnten Frist.

- 2.5.3 Ein während der Aussetzungsdauer erfolgter Schadenfall verpflichtet die Gesellschaft nicht zur Leistungserbringung.

Letztere ist berechtigt, den Vertrag 10 Tage nach Ablauf der vorerwähnten 10-tägigen Frist zu kündigen.

Die Aussetzung des Versicherungsschutzes beeinträchtigt nicht die Rechte der Gesellschaft, die Prämien einzufordern, die zu einem späteren Zeitpunkt fällig werden. Dieses Recht ist jedoch auf die Prämien für die zwei aufeinander folgenden Jahre begrenzt.

Der nicht gekündigte Vertrag tritt wieder in Kraft um null Uhr am Folgetag des Tages, an dem die fällige Prämie oder, im Falle einer Aufteilung der Jahresprämie, die Prämienraten, welche Gegenstand der Zahlungsaufforderung waren, und diejenigen, die während der Aussetzungsdauer fällig geworden sind, sowie gegebenenfalls die Betriebs- und Inkassokosten gezahlt wurden.

2.6 Was passiert, wenn wir unsere Tarife oder unsere Versicherungsbedingungen ändern?

Wenn die Gesellschaft beabsichtigt, die Versicherungsbedingungen und/oder ihre Tarife zu ändern, kann sie diese Anpassung nur mit Wirkung zum Datum der nächsten Jahresfälligkeit des Vertrags vornehmen.

Die Gesellschaft muss in diesem Fall den Versicherungsnehmer mindestens 30 Tage vor dem Datum, zu dem die Tarifierhöhung wirksam wird, auf diese Veränderung hinweisen. Der Versicherungsnehmer hat darauf hin das Recht den Vertrag innerhalb einer Frist von 60 Tagen zu kündigen, gerechnet vom Datum des Versandes der jährlichen Zahlungsaufforderung, die den Hinweis auf die Tarifierhöhung beinhaltet.

2.7 Wann und wie kann der Vertrag gekündigt werden?

2.7.1 Kündigungsfall

2.7.1.1 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Art.	Kündigungsrecht	Frist für die Mitteilung der Kündigung	Inkrafttreten der Kündigung
2.7.1.1.1	jedes Jahr zum Datum der Jahresfälligkeit der Prämie;	mindestens dreißig Tage vor dem Datum der Jahresfälligkeit der Prämie;	um 00.00 Uhr am Datum der Jahresfälligkeit der Prämie;
2.7.1.1.2	jedes Jahr im Falle einer stillschweigenden Verlängerung ;	mindestens dreißig Tage vor dem Tag der stillschweigenden Verlängerung;	um 00.00 Uhr am Tag der stillschweigenden Verlängerung;
2.7.1.1.3	wenn die Gesellschaft: <ul style="list-style-type: none"> eine oder mehrere im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistungen einen anderen Vertrag des Versicherungsnehmers nach einem Schadenfall gekündigt hat; 	innerhalb eines Monats nach der Mitteilung der Kündigung durch die Gesellschaft an den Versicherungsnehmer;	nach Ablauf eines Monats ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung;
2.7.1.1.4	Jedes Jahr zum Datum der jährlichen Zahlungsaufforderung der Prämie	Innerhalb der auf den Versand der Zahlungsaufforderung folgenden dreißig Tage	Am zweiten Arbeitstag, der auf den Versand des Kündigungsschreibens folgt, frühestens jedoch zum Datum der Vertragsverlängerung
2.7.1.1.5	Im Falle einer Änderung der Versicherungsbedingungen, unter den in Punkt 2.6. vorgesehenen Bedingungen;	In dem Monat nach der Mitteilung über die Vertragsanpassung seitens der Gesellschaft	Um 0.00 Uhr am Tag des nächsten Jahrestags des Vertragsabschlusses
2.7.1.1.6	Im Falle einer Tarifierhöhung gemäß Punkt 2.6 der Versicherungsbedingungen	Innerhalb der auf den Versand der Zahlungsaufforderung folgenden sechzig Tage	Am zweiten Arbeitstag, der auf den Versand des Kündigungsschreibens folgt, frühestens jedoch zum Datum der Vertragsverlängerung
2.7.1.1.7	in Ermangelung einer Einigung über die Festsetzung der neuen Prämie im Falle einer wahrnehmbaren und nachhaltigen Gefahrenminderung, unter den in Punkt 2.4.1 vorgesehenen Bedingungen;	nach Ablauf einer einmonatigen Frist nach dem Antrag auf Minderung des Versicherungsnehmers, sofern die Parteien sich nicht über die neue Prämie einigen konnten;	nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung;

2.7.1.2 Kündigung durch die Gesellschaft

Art.	Kündigungsrecht	Frist für die Mitteilung der Kündigung	Inkrafttreten der Kündigung
2.7.1.2.1	jedes Jahr zum Datum der Jahresfälligkeit der Prämie;	mindestens sechzig Tage vor dem Datum der Jahresfälligkeit der Prämie;	um 00.00 Uhr am Datum der Jahresfälligkeit der Prämie;
2.7.1.2.2	jedes Jahr im Falle einer stillschweigenden Verlängerung;	mindestens sechzig Tage vor dem Tag der stillschweigenden Verlängerung;	um 00.00 Uhr am Tag der stillschweigenden Verlängerung;
2.7.1.2.3	nach Eintritt eines eine Entschädigung veranlassenden Schadenfalls;	innerhalb eines Monats nach der ersten Zahlung der Leistung durch die Gesellschaft;	nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung;
2.7.1.2.4	im Falle eines betrügerischen Verstoßes des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten gegen die ihm (ihnen) infolge eines Schadenfalls obliegenden Verpflichtungen;	innerhalb eines Monats nach Aufdecken des Betruges;	ab der Mitteilung der Kündigung;
2.7.1.2.5	im Falle der Nichtzahlung einer Prämie oder einer Prämienrate innerhalb von zehn Tagen nach ihrer Fälligkeit;		nach einer 40-tägigen Frist nach der Zahlungsaufforderung;
2.7.1.2.6	<p>im Falle eines nicht absichtlichen Verschweigens oder von nicht absichtlich gemachten ungenauen Angaben bei der Gefahrenbeschreibung anlässlich der Vertragszeichnung, oder im Falle einer Gefahrerhöhung während der Vertragslaufzeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wenn der dem Versicherungsnehmer unter den in den Punkten 2.3 und 2.4.2 vorgesehenen Bedingungen unterbreitete Vorschlag der Vertragsänderung: <ul style="list-style-type: none"> - abgelehnt wird - nicht innerhalb einer einmonatigen Bedenkzeit angenommen wurde; • wenn die Gesellschaft den Beweis erbringt, dass sie die Gefahr (in dem Ausmaß) keinesfalls versichert hätte; 	<ul style="list-style-type: none"> • innerhalb von 15 Tagen nach: <ul style="list-style-type: none"> - der Ablehnung vonseiten des Versicherungsnehmers; - Ablauf der einmonatigen Bedenkzeit, sofern der Versicherungsnehmer seine Annahme des Vorschlags nicht bekundet hat; • innerhalb eines Monats nach dem Tag, an dem die Gesellschaft Kenntnis vom Verschweigen oder der Ungenauigkeit der Angaben oder der Gefahrerhöhung erlangt hat; 	<ul style="list-style-type: none"> • nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung; • nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung;
2.7.1.2.7	im Falle des Todes des Versicherungsnehmers;	innerhalb von drei Monaten, nach dem Tag, an dem die Gesellschaft Kenntnis vom Tod erlangt hat;	nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung;
2.7.1.2.8	im Falle des Konkurses des Versicherungsnehmers;	innerhalb eines Monats nach Ablauf einer dreimonatigen Frist nach der Konkurseröffnung;	nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung;

2.7.1.3 Kündigung durch die Rechtsnachfolger

Art.	Kündigungsrecht	Frist für die Mitteilung der Kündigung	Inkrafttreten der Kündigung
2.7.1.3.1	im Falle des Todes des Versicherungsnehmers. Wenn keine Kündigung beantragt wird, wird der Vertrag ohne weitere Formalitäten für Rechnung der Rechtsnachfolger weitergeführt, welche solidarisch und unteilbar für die sich aus der Versicherung ergebenden Obliegenheiten haften.	innerhalb von drei Monaten und 40 Tagen nach dem Tode des Versicherungsnehmers;	nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung.

2.7.1.4 Kündigung durch den Konkursverwalter

Art.	Kündigungsrecht	Frist für die Mitteilung der Kündigung	Inkrafttreten der Kündigung
2.7.1.4.1	bei Zahlungsunfähigkeit, Konkurs oder Zwangsvergleich des Versicherungsnehmers;	innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Ereignisses, durch welches dieses Recht entsteht;	nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung.

2.7.1.5 Kündigung durch den mit der Zwangsverwaltung beauftragten Richter

Art.	Kündigungsrecht	Frist für die Mitteilung der Kündigung	Inkrafttreten der Kündigung
2.7.1.5.1	im Falle einer Zwangsverwaltung;	innerhalb von drei Monaten nach dem richterlichen Beschluss zur Zwangsverwaltung;	nach Ablauf einer einmonatigen Frist ab dem Folgetag der Mitteilung der Kündigung.

2.7.2. Form der Kündigung

Die Kündigung des Vertrags wird entweder per Einschreiben mit der Post oder durch Urkunde des Gerichtsvollziehers oder durch Aufgabe des Kündigungsschreibens gegen Empfangsbescheinigung mitgeteilt.

2.7.3 Erstattung der Prämie im Falle einer Kündigung

Die Gesellschaft verpflichtet sich, dem Versicherungsnehmer innerhalb von 30 Tagen ab Inkrafttreten der Kündigung die für die Versicherungsdauer nach dem Inkrafttreten der Kündigung gezahlten Prämien zurückzuzahlen, wenn der Vertrag aus welchem Grund auch immer gekündigt wird. Sofern diese Frist überschritten wird, werden von Amts wegen Verzugszinsen fällig.

2.8 Wann endet der Vertrag?

2.8.1 Die Versicherung endet von Amts wegen ohne weitere Formalitäten für den Versicherten:

- wenn er stirbt;
- wenn eine in Punkt 1.5 erwähnte Krankheit oder ein in Punkt 1.5. erwähntes Gebrechen eintritt;
- wenn er bei Ablauf des laufenden Versicherungsjahres das Alter von 75 Jahren erreicht hat (Versicherungsnehmer oder Ehegatte);

Sofern es nur einen Versicherten gibt, bewirkt die Einstellung der Versicherung diejenige des Vertrags. Sofern es mehrere gibt, läuft der Vertrag weiterhin für die anderen Versicherten, welche ihre Eigenschaft als Versicherte behalten.

2.9 Vielzahl von Versicherungsnehmern

Sofern es mehrere Versicherungsnehmer gibt, handelt jeder für Rechnung des anderen. Jede von der Gesellschaft an einen von ihnen gerichtete Mitteilung gilt gegenüber allen. Sie haften zudem solidarisch und unteilbar für die sich aus dem Vertrag ergebenden Obliegenheiten.

2.10 Domizil und Korrespondenz

Das erwähnte Domizil des Versicherungsnehmers ist von Amts wegen die in den Sonderbedingungen angegebene Adresse, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat der Gesellschaft schriftlich eine Adressänderung mitgeteilt.

Die Mitteilungen des Versicherungsnehmers an die Gesellschaft sind schriftlich an den Gesellschaftssitz zu richten.

Der Versicherungsnehmer muss der Gesellschaft unverzüglich per Einschreiben jegliche Verlegung seines Wohnsitzes ins Ausland mitteilen.

Während der Vertragslaufzeit erfolgen die Mitteilungen der Gesellschaft ordnungsgemäß an den bekannten Wohnsitz des Versicherungsnehmers.

2.11 Was passiert im Falle von Beanstandungen?

Wenn der Versicherungsnehmer trotz der Bemühungen der Gesellschaft, Probleme zu lösen, die im Laufe des Versicherungsvertrags auftreten können, keine zufriedenstellende Antwort erhält, wird er gebeten, der Generaldirektion der Gesellschaft seine Beschwerden zu unterbreiten. Er kann sich ebenfalls an das Versicherungsaufsichtsamt oder an die auf Initiative der Vereinigung der Versicherungsgesellschaften und des luxemburgischen Verbraucherverbands eingesetzte Schlichtungsstelle wenden, unbeschadet der Möglichkeit, eine gerichtliche Klage einzureichen.

2.12 Welches sind die zuständigen Gerichtsbarkeiten?

Jegliche zwischen dem Versicherungsnehmer und der Gesellschaft aufgrund des Versicherungsvertrags entstandene Rechtstreitigkeit unterliegt der ausschließlichen Zuständigkeit der Gerichte des Großherzogtums Luxemburg, unbeschadet der Anwendung von internationalen Verträgen und Abkommen.

2.13 Was ist mit der Verjährung?

Jegliches sich aus dem Vertrag ergebende Recht verjährt nach drei Jahren ab Eintritt des Ereignisses, durch welches das Recht entsteht. Diese Verjährung kann innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Grenzen ausgedehnt werden.

2.14 Welches Gesetz ist anwendbar?

Der Vertrag unterliegt dem luxemburgischen Gesetz.

Addendum zu den Versicherungsbedingungen

Artikel 1: Bestehen und Datum des Inkrafttretens des Vertrags

Vorbehaltlich anderslautender oder besonderer Bestimmungen wird der Absatz zum Bestehen, Zustandekommen und Inkrafttreten oder Datum des Inkrafttretens des Vertrags wie folgt präzisiert und ergänzt:

„Der Vertrag kommt mit der Unterzeichnung der Persönlichen Bedingungen durch den Versicherungsnehmer und die Gesellschaft zustande.

Der Versicherungsnehmer lässt der Gesellschaft ein unterzeichnetes Exemplar zukommen. **Auch bei Nichtrücksendung der unterzeichneten Persönlichen Bedingungen gilt der Vertrag dann als ausdrücklich vom Versicherungsnehmer angenommen und wirksam abgeschlossen, wenn die Prämie(-n) entrichtet wurden.“**

Artikel 2: Interessenkonflikte

„ **Ein Interessenkonflikt** lässt sich definieren als „jede berufliche Situation, in welcher die Gefahr besteht, dass die Unabhängigkeit oder Integrität des Ermessens oder der Entscheidungskraft einer Person, eines Unternehmens oder einer Organisation von Erwägungen persönlicher Natur oder unter dem Druck eines Dritten beeinflusst oder beeinträchtigt werden.“

Zur Aufdeckung von Interessenkonflikten, die im Rahmen ihrer Geschäftstätigkeit einschließlich im Rahmen des Versicherungsvertriebs auftreten können und das Risiko bergen, dass die Interessen eines Kunden (Versicherungsnehmer, Versicherter oder Begünstigter) verletzt werden, ist die Gesellschaft verpflichtet, zu prüfen, ob sie selbst, ihre Führungskräfte und Mitarbeiter, ihre Versicherungsagenten oder jede andere Person, die direkt oder indirekt über eine kontrollierende Beziehung mit ihr verbunden ist, ein Interesse am Ergebnis dieser Tätigkeit haben, sofern dieses Interesse:

- 1) vom Interesse des Kunden abweicht
- 2) oder potenziell das Ergebnis der Vertriebstätigkeiten zulasten des Kunden beeinflussen kann.

Die Gesellschaft muss auf dieselbe Weise vorgehen, um Interessenkonflikte zwischen ihren Kunden aufzudecken.

Vor diesem Hintergrund hat die Gesellschaft eine Reihe organisatorischer und administrativer Maßnahmen zur Erkennung, Vermeidung, Handhabung und Lösung jeglicher Interessenkonfliktsituationen ergriffen, die sich negativ auf die Interessen ihrer Kunden auswirken können, insbesondere, jedoch nicht ausschließlich, beim Vertrieb von Versicherungsverträgen.

Sofern erwiesen ist, dass bestimmte organisatorische und administrative Maßnahmen nicht ausreichen, um die Vermeidung eines Interessenkonflikts oder dessen wirksame Lösung sicherzustellen, verpflichtet sich die Gesellschaft, den Kunden rechtzeitig vor Abschluss des Versicherungsvertrags über die Natur und den Ursprung des betreffenden Interessenkonflikts zu informieren.

Die Bestimmungen der Gesellschaft bezüglich Interessenkonflikten sind auf einfache Anfrage erhältlich und können direkt auf der Internetpräsenz www.axa.lu eingesehen werden.

Artikel 3: Vergütungen, Provisionen und Vorteile

Allgemeiner Grundsatz

Die Gesellschaft verpflichtet sich dazu, sicherzustellen, dass die zugunsten ihrer Mitarbeiter, Versicherungsagenten und allgemein der mit dem Vertrieb ihrer Versicherungsprodukte betrauten Vermittler betriebene Vergütungspolitik nicht deren Fähigkeit beeinträchtigt, im besten Interesse ihrer Kunden zu handeln, und sie nicht davon abhält, eine angemessene Empfehlung abzugeben oder eine Information unparteiisch, klar verständlich und nicht irreführend darzustellen.

Provisionen und Vorteile

Die Versicherungsnehmer und Versicherten werden vor Vertragsschluss über die Art der von den Versicherungsvermittlern in Verbindung mit dem Vertrieb eines Versicherungsprodukts oder von den Mitarbeitern der Gesellschaft im Fall des Direktvertriebs erhaltenen Vergütung informiert.

Insbesondere können die Versicherungsvermittler eine Vergütung in Form einer Versicherungsprovision erhalten, die in der Regel in der Versicherungsprämie für die jeweils vertriebenen Verträge enthalten ist.

Beim Direktvertrieb werden die Mitarbeiter der Gesellschaft in Form eines Gehalts vergütet. Sie erhalten keinerlei Provision, die in direktem Zusammenhang mit dem Vertrieb eines Versicherungsvertrags steht.

Versicherungsvermittler und Mitarbeiter der Gesellschaft können darüber hinaus Vergütungen jeder weiteren Art wie etwa in Form geldwerter oder nicht geldwerter Vorteile beziehen, sofern der vorstehend beschriebene allgemeine Grundsatz eingehalten wird.

Artikel 4: Anreize (nur für Anlageprodukte auf Versicherungsbasis)

„**Anreiz**“: Jegliche „Entgelte, Provisionen oder geldwerten oder nicht geldwerten Vorteile, die Versicherungsunternehmen oder -vermittler im Zusammenhang **mit dem Vertrieb eines auf einer Versicherung beruhenden Anlageprodukts** oder der Erbringung einer ergänzenden Dienstleistung an jegliche Partei zahlen oder von dieser erhalten, mit Ausnahme des Kunden oder der im Namen des Kunden handelnden Person.“

Die Gesellschaft verpflichtet sich, **angemessene Organisationsabläufe** einzuführen und aufrechtzuerhalten, um sicherzustellen, dass die von ihr im Zusammenhang mit dem Vertrieb eines Versicherungsprodukts gezahlten oder erhaltenen Anreize und Anreizsysteme **i)** weder zu einer Beeinträchtigung der Qualität des dem Kunden gebotenen Service führen **ii)** noch sie davon abhalten, wie ihre Agenten und sonstigen Versicherungsvermittler ihrer Verpflichtung nachzukommen, ehrlich, loyal und professionell sowie im besten Interesse ihrer Kunden (Versicherungsnehmer, Versicherte oder Begünstigte) zu handeln.

Informationen zu sämtlichen Kosten in Verbindung mit dem Vertrieb eines Versicherungsprodukts, einschließlich der Beratungskosten, werden dem potenziellen Kunden rechtzeitig vor Abschluss des Vertrags in zusammengefasster Form im Basisinformationsblatt zum jeweiligen Produkt bereitgestellt. Auf Anfrage des Kunden kann die Gesellschaft eine Aufschlüsselung dieser Kosten nach Posten unter Angabe der Höhe der dem Versicherungsvermittler gezahlten Provisionen bereitstellen.

Artikel 5: Schutz personenbezogener Daten

Für die Datenverarbeitung verantwortliche Stelle

Die Gesellschaft AXA Assurances Luxembourg S.A. gegebenenfalls AXA Assurances Vie Luxembourg S.A. ist für die Verarbeitung der personenbezogenen Daten verantwortlich, die ihr im Rahmen des Abschlusses/ des Beitritts zum Versicherungsvertrag oder zu einem späteren Zeitpunkt im Rahmen der Erfüllung des Versicherungsvertrags mitgeteilt werden. Sie hat einen Datenschutzbeauftragten ernannt, der speziell für sämtliche Fragestellungen zum Datenschutz innerhalb der Gesellschaft zuständig ist.

Die Verarbeitung personenbezogener oder persönlicher Daten

Die Verarbeitung persönlicher Daten bezeichnet allgemein sämtliche gegebenenfalls von der Gesellschaft mithilfe automatisierter Verfahren ausgeführten Schritte, die auf personenbezogene Daten oder Datensätze angewandt werden, zum Beispiel die Erfassung, Speicherung, Organisierung, Strukturierung, Aufbewahrung, Anpassung oder Änderung, Extraktion, Abfrage, Verwendung, Weiterleitung durch Übertragung, Verbreitung oder jede weitere Form der Verfügbarmachung, Abgleichung oder Verknüpfung, Eingrenzung, Löschung oder Zerstörung.

Alle personenbezogenen Daten werden im Einklang mit der anwendbaren luxemburgischen und EU-Gesetzgebung zum Schutz von Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten verarbeitet.

Die betroffenen Personen

Die Gesellschaft ist berechtigt, persönliche Daten folgender betroffener Personen oder Personenkategorien zu verarbeiten:

- **Personen, die ein Interesse am Versicherungsvertrag haben:** insbesondere die Versicherungsnehmer, Versicherten oder Mitglieder, Begünstigten, Anspruchsberechtigten, Dritten, Erben, Vormunde, Verwalter, Fahrer, etc...;
- **Vertragsbeteiligte:** insbesondere die Versicherungsvermittler (Versicherungsagenten, Versicherungsmakler, Vermittler in untergeordneter Funktion), Sachbearbeiter und Leistungserbringer (Sachverständige, Ärzte, Rechtsanwälte etc...).

Dies ist keine erschöpfende Aufstellung. Maßgeblich ist einzig das Verzeichnis der Gesellschaft.

Kategorien personenbezogener Daten

Die Gesellschaft kann alle Daten verarbeiten, die erforderlich und relevant sind für die Risikobeurteilung, die Schadensbewertung oder die ordnungsgemäße Erfüllung Vertragsverarbeitung, insbesondere gemäß der Art des abgeschlossenen Versicherungsvertrags und zwar die wichtigsten Kategorien folgender personenbezogener Daten:

- Daten zur Identifizierung der betroffenen Personen (Identität, Familienstand, Anschrift, Steuerwohnsitz, Steuernummer, Staatsangehörigkeit etc...);
- ergänzende Daten zur persönlichen, familiären, wirtschaftlichen und finanziellen Situation des Versicherungsnehmers und/oder Versicherten/Mitglieds, Daten zu seinen Lebensgewohnheiten (Sport, Freizeit, Reisen etc.) sowie zu seiner beruflichen Situation;
- sensible Daten zur körperlichen und/oder geistigen Gesundheit des Versicherten/Mitglieds.

Dies ist keine erschöpfende Aufstellung. Maßgeblich ist einzig das Verzeichnis der Gesellschaft.

Zwecke und Rechtsgrundlage der Verarbeitung

Zwecke (keine erschöpfende Aufstellung – maßgeblich ist einzig das Verzeichnis der Gesellschaft)

Personenbezogene Daten werden insbesondere zu folgenden Zwecken erfasst und verarbeitet:

- Analyse des Bedarfs und der Anforderungen der Kunden;
- Risikobewertung;
- Vertragsvorbereitung, -abschluss und -verwaltung;
- Vertragserfüllung;
- Schadensregulierung;
- Betrugsverhinderung;
- Erstellung versicherungsmathematischer Statistiken und Studien;
- Management von Beschwerden, Reklamationen und Streitfällen;
- Kundenmanagement und gegebenenfalls Kundenwerbung;
- Einhaltung und Erfüllung gesetzlicher Pflichten hinsichtlich geltender Rechts- und Verwaltungsvorschriften (insbesondere bezüglich der Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung, Steuerabgaben, Reportingvorgaben etc...).

Rechtliche Grundlagen der Datenverarbeitung:

Die Verarbeitung personenbezogener Daten zu den vorstehend beschriebenen Zwecken beruht auf mindestens einer der folgenden Rechtsgrundlagen:

- Die Verarbeitung ist für die Erfüllung des Versicherungsvertrags erforderlich, zu dessen Parteien oder Beteiligten die betroffenen Personen zählen, oder zur Erfüllung vorvertraglicher Maßnahmen, die auf Wunsch der betroffenen Person(-en) ergriffen werden;
- Die Verarbeitung ist zur Einhaltung gesetzlicher Vorschriften erforderlich, an die die Gesellschaft gebunden ist;
- Die Verarbeitung ist zur Wahrung lebenswichtiger Interessen der betroffenen Personen oder einer anderen natürlichen Person erforderlich;
- In den nachstehend aufgeführten Fällen wurde das Einverständnis erteilt.

Das Einverständnis der betroffenen Person ist darüber hinaus erforderlich, wenn es sich um Folgendes handelt:

- die Verarbeitung gesundheitsbezogener Daten zur betroffenen Person für sämtliche vorstehend aufgeführten Zwecke;
- die Datenverarbeitung zur Kundenwerbung.

Empfänger oder Kategorien von Empfängern personenbezogener Daten

Die personenbezogenen Daten können vorbehaltlich strenger Beschränkungen und Bedingungen, die durch das luxemburgische Gesetz zum Versicherungsgeheimnis festgelegt sind, an folgende Personengruppen übermittelt werden (siehe Artikel 300 des Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor):

- Versicherungsvermittler (Versicherungsagenten, Versicherungsmakler und Vermittler in untergeordneter Funktion) und weitere Partner der Gesellschaft;
- Dienstleister und Auftragnehmer der Gesellschaft insoweit, als dies für die Durchführung der ihnen übertragenen Aufgaben erforderlich ist;
- die weiteren Unternehmen der Versicherungsgruppe, der die Gesellschaft angehört;
- der oder die Rückversicherer der Gesellschaft, Rechnungs- und Wirtschaftsprüfer;

- die am Versicherungsvertrag beteiligten Personen wie zum Beispiel Rechtsanwälte, Sachverständige, Vertrauensärzte etc...;
- und allgemein jede Person oder (administrative, steuerliche oder rechtliche) Stelle, an die personenbezogene Daten von Gesetzes wegen zu Bedingungen und innerhalb von Grenzen, die gesetzlich vorgegeben sind, weitergeleitet werden müssen oder dürfen.

Dies ist keine erschöpfende Aufstellung. Maßgeblich ist einzig das Verzeichnis der Gesellschaft.

Datenübermittlung außerhalb der Europäischen Union

Die personenbezogenen Daten können in folgenden zulässigen Fällen in Länder außerhalb der Europäischen Union übermittelt werden, in folgenden autorisierten Fällen und vorbehaltlich strenger Beschränkungen und Bedingungen, die durch das luxemburgische Gesetz zum Versicherungsgeheimnis festgelegt sind:

- Die Übermittlung erfolgt in ein Land, das ein angemessenes Schutzniveau gewährleistet, das dem von der Europäischen Kommission festgelegten oder von einer zuständigen Stelle als gleichwertig eingestuften Niveau entspricht;
- Die Übermittlung unterliegt den von der Europäischen Kommission verabschiedeten Standardvertragsklauseln;
- Die Übermittlung wird durch ein Unternehmen der AXA-Gruppe vorgenommen, das die verbindlichen unternehmensinternen Vorschriften unterzeichnet hat, die ein ausreichendes Schutzniveau gewährleisten;
- Die Übermittlung ist gemäß einer der in Artikel 49 der europäischen Datenschutzverordnung festgelegten Ausnahmen zulässig (insbesondere im Fall des ausdrücklichen Einverständnisses der betroffenen Person, zur Erfüllung der Versicherungsverträge, zum Schutz menschlichen Lebens oder zur Feststellung, Ausübung oder Verteidigung von Rechten vor Gericht).

Es dürfen lediglich solche Daten übermittelt werden, die im Hinblick auf den von der Übermittlung verfolgten Zweck sachdienlich sind.

Um eine rechtmäßige Verarbeitung personenbezogener Daten sicherzustellen, verpflichtet sich die Gesellschaft vor jeder Übermittlung oder auf einfache Anfrage der betroffenen Personen umfassende Informationen über den Zweck, die Art der Daten und das oder die Empfängerländer bereitzustellen.

Vergabe von Unteraufträgen für bestimmte Verarbeitungsvorgänge ins Ausland

In Übereinstimmung mit den oben beschriebenen Prinzipien und gemäß den durch das Gesetz über den Versicherungssektor vorgesehenen Bedingungen und Einschränkungen, sind Sie darüber informiert, dass die Gesellschaft nachfolgende Dienste und Verarbeitungsvorgänge an externe oder konzerninterne Dienstleister vergeben kann:

- Die Filterung der Kundendatenbanken (Versicherungsanwärter, Versicherte und Begünstigte) anhand der Überwachungslisten, die im Rahmen der Bekämpfung der Geldwäsche und der Terrorismusfinanzierung gemäß den rechtlichen Verpflichtungen der Gesellschaft eingerichtet wurden.
 - Art der Dienstleister: konzerninterne Gesellschaften
 - Art der den Dienstleistern zur Verfügung gestellten Daten: persönliche Identifikationsdaten der betroffenen Personen
 - Land der Niederlassung der Dienstleister: konzernintern (Frankreich und Belgien) und außerhalb der Europäischen Union (Indien)

- Die Verwaltung von AXA Assistance Schadensfällen (Versicherungsanwärter, Versicherte und Begünstigte)
 - Art der Dienstleister: konzerninterne Gesellschaften
 - Art der den Dienstleistern zur Verfügung gestellten Daten: Art der den Dienstleistern und die Daten, die für die Verwaltung von Schadensfällen erforderlich sind
 - Land der Niederlassung der Dienstleister: konzernintern (auf der ganzen Welt)

- Die Leistungsbearbeitung im Gesundheitswesen (Versicherungsanwärter, Versicherte und Begünstigte)
 - Art der Dienstleister: externe Gesellschaft
 - Art der den Dienstleistern zur Verfügung gestellten Daten: persönliche Identifikationsdaten der betroffenen Personen sowie die medizinischen Daten, die für die Leistungsbearbeitung unbedingt erforderlich sind
 - Land der Niederlassung der Dienstleister: Portugal

Die Untervergabe der oben beschriebenen Transaktionen unterliegt immer der Unterzeichnung einer Vertraulichkeitsvereinbarung durch jeden Dienstleister bezüglich der persönlichen Daten, auf die er Zugriff hat.

Jede spätere Änderung im Zusammenhang mit der Untervergabe der oben beschriebenen Vorgänge oder jede neue Übertragung von Daten an einen Subunternehmer ins Ausland, die im Hinblick auf den Zweck der Verarbeitung erforderlich ist, ist Gegenstand einer schriftliche Mitteilung seitens der Gesellschaft, entweder in Form eines Addendums zu den Allgemeinen Bedingungen oder durch gesonderte Benachrichtigung gemäß den oben genannten allgemeinen Grundsätzen der Kommunikation.

Verzeichnis der personenbezogenen Daten:

Die Gesellschaft führt ein Verzeichnis, in dem die betroffenen Personen, die Kategorien personenbezogener Daten und die Gegenstand der Verarbeitung sind, die Empfänger und Empfängerkategorien sowie die Zwecke der Datenverarbeitung aufgeführt sind. Bei Abweichung der Bestimmungen des vorliegenden Absatzes und des Inhalts des Verzeichnisses ist Letzteres maßgeblich.

Dauer der Datenaufbewahrung

Die personenbezogenen Daten werden von der Gesellschaft in einer Form gespeichert, die die Identifizierung der betroffenen Personen während des gesamten Zeitraums erlaubt, der für die Zwecke, zu denen diese Daten erhoben und verarbeitet werden, erforderlich ist. Generell werden sie solange gespeichert, wie für die Gesellschaft erforderlich, um ihren gesetzlichen Pflichten nachzukommen, die sich aus den anwendbaren Gesetzen ergebenden Verjährungsfristen einzuhalten und allgemein ihre Rechte festzustellen, auszuüben oder vor Gericht zu verteidigen.

Die Gesellschaft ergreift die erforderlichen Maßnahmen, um die Sicherheit der Verarbeitung personenbezogener Daten sicherzustellen.

Rechte der betroffenen Personen

Die betroffenen Personen haben das Recht, Einsicht in ihre persönlichen Daten zu nehmen und deren Berichtigung oder in bestimmten Fällen Löschung, die Beschränkung ihrer Verarbeitung sowie deren Übertragung zu verlangen.

a. Zugangs- und Änderungsrecht

Jede betroffene Person verfügt gegenüber der Gesellschaft über ein Recht auf Zugang zu ihren persönlichen Daten sowie auf die erneute Bereitstellung sämtlicher folgender Informationen: die Verarbeitungszwecke, die betroffenen Kategorien persönlicher Daten, die Empfänger oder Empfängerkategorien, an die die Daten weitergeleitet wurden oder werden, die Dauer der Datenaufbewahrung sowie sämtliche Rechte der betroffenen Person bezüglich dieser Daten.

Die Gesellschaft überprüft in jedem Fall die Identität der Person, die Zugang zu den Daten verlangt, bevor sie einer solchen Aufforderung nachkommt.

Jede betroffene Person hat darüber hinaus die Möglichkeit, die unverzügliche Berichtigung von Daten zu verlangen, die sich als unrichtig erweisen, sowie die unverzügliche Ergänzung unvollständiger Daten.

Die Gesellschaft sorgt dafür, dass die Mitteilung der gewünschten Daten beziehungsweise die erbetene Berichtigung binnen eines Monats ab Eingang der Aufforderung erfolgt.

Das Recht auf Zugang und/oder Änderung kann von den betroffenen Personen grundsätzlich kostenfrei wahrgenommen werden, sofern dies keinen für die Gesellschaft unzumutbaren Aufwand darstellt, wobei sie in diesem Fall eine Bezahlung verlangen kann.

b. Recht auf Widerruf des Einverständnisses

Jede Person, die sich ausdrücklich und insbesondere in den unter „Rechtliche Grundlagen der Datenverarbeitung“ genannten Fällen mit der Verarbeitung ihrer persönlichen Daten einverstanden erklärt hat, kann dieses Einverständnis jederzeit widerrufen. Der Widerruf des Einverständnisses hat keine rückwirkende Kraft und stellt die auf dem Einverständnis vor diesem Widerruf beruhende Verarbeitung nicht infrage.

c. Recht auf Vergessen

Jede betroffene Person hat in folgenden Fällen die Möglichkeit, seitens der Gesellschaft die unverzügliche Löschung der sie betreffenden Daten zu erwirken:

- Die erhobenen Daten sind für den Verarbeitungszweck nicht mehr erforderlich;
- Die betroffene Person zieht das Einverständnis zurück, auf dem die Datenverarbeitung beruhte (und es besteht keine sonstige rechtliche Grundlage für die Datenverarbeitung);
- Die Löschung ist zur Einhaltung einer gesetzlichen Verpflichtung erforderlich, an die die Gesellschaft gebunden ist.

Die Gesellschaft setzt die betroffene Person über jede Löschung personenbezogener Daten in Kenntnis.

d. Recht auf die Einschränkung der Verarbeitung

Jede betroffene Person kann in folgenden Fällen die Einschränkung der Verarbeitung ihrer persönlichen Daten verlangen:

- Die betroffene Person bestreitet die Richtigkeit der sie betreffenden Daten und verlangt die Aussetzung der Verarbeitung, um es der für die Verarbeitung verantwortlichen Person oder Stelle zu erlauben, die Daten zu überprüfen;
- Die betroffene Person wünscht nicht die Löschung ihrer Daten, sondern lediglich die Einschränkung von deren Nutzung;
- Die Daten sind veraltet, für die betroffene Person jedoch für die Feststellung, Ausübung oder Verteidigung ihrer Rechte vor Gericht erforderlich.

Die Gesellschaft setzt die betroffene Person über jede Einschränkung bezüglich ihrer persönlichen Daten in Kenntnis.

e. Recht auf die Datenübertragbarkeit (Portabilität)

Jede betroffene Person hat das Recht, die sie betreffenden personenbezogenen Daten in einem struktu-

rierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, und sie hat das Recht, diese Daten einem anderen für die Verarbeitung Verantwortlichen ohne Behinderung durch die Gesellschaft zu übermitteln.

Sie kann darüber hinaus verlangen, dass ihre persönlichen Daten direkt von der Gesellschaft an einen anderen Verantwortlichen übermittelt werden, sofern dies technisch möglich ist.

f. Ausübung der Rechte

Jede betroffene Person kann ihre Rechte ausüben, indem sie dem Datenschutzbeauftragten der Gesellschaft entweder unter Beilage einer Kopie der Vorder- und Rückseite eines gültigen Ausweisdokuments eine datierte und unterzeichnete schriftliche Aufforderung oder eine E-Mail an folgende Adresse zukommen lässt: dpo@axa.lu.

Beschwerden

Jede Beschwerde in Zusammenhang mit der Verarbeitung personenbezogener Daten nimmt die Nationale Kommission für den Datenschutz unter folgender Adresse entgegen: **Commission Nationale sur la Protection des Données Personnelles (CNPD)**, Service des Plaintes, 1 avenue du Rock'Roll L-4361 Esch Sur Alzette.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem AXA-Berater



Sie finden all Ihre Leistungen und
Vertragsdokumente
auf **MyAXA** via axa.lu

AXA antwortet Ihnen auf

