



Allgemeine Bedingungen Vorsorge



Januar 2019

INHALTSÜBERSICHT

ZUM BESSEREN VERSTÄNDNIS DER ALLGEMEINEN BEDINGUNGEN

Kapitel	Seite	Inhalt des Kapitels
1. Vorwort und Produktbezeichnung	4	
2. Vertragsgegenstand	4	
3. Betroffene Personen	4	
4. Rechtsrahmen des Vertrags	4 5 5 6	4.1. Rechtlicher und vertraglicher Rahmen 4.2. Vertragsparteien 4.3. Verpflichtungen des Versicherten 4.4. Geographischer Geltungsbereich
5. Inkrafttreten des Vertrags und Vertragsdauer	6	
6. Rechte des Versicherungsnehmers	7 7 8 8	6.1. Bezeichnung und Annahme des Bezugsberechtigten 6.2. Rückkaufrecht 6.3. Abtretung von Rechten 6.4. Vertragsänderung
7. Leistungen der Vorsorgeversicherung	8 8	7.1. Hauptversicherung 7.2. Zusatzversicherungen
8. Versicherungsausschlüsse und -einschränkungen	11 11	8.1. Ausschlüsse der Risiken Tod und Invalidität (Siehe Anhang 1) 8.2. Einschränkungen der Invaliditätsdeckungen
9. Verwaltung der Leistungen	11 12 12 12 13	9.1. Im Schadenfall zu erledigende Formalitäten 9.2. Ärztliche Kontrolle 9.3. Feststellung der Invalidität 9.4. Streitigkeiten 9.5. Auszahlungsmodalitäten der Leistungen
10. Was Sie auch wissen sollten	13 14 14 15 15 15 15 16 16 16 16 16	10.1. Vertragsauflösung und Versicherungsende 10.2. Prämienzahlung 10.3. Zusatzkosten und anwendbare Steuern 10.4. Informationen und Mitteilungen 10.5. Rückkaufwerte, herabgesetzte Werte und Vorauszahlungen auf die Versicherungsleistungen 10.6. Widerspruchsrecht 10.7. Verjährung 10.8. Reklamationen 10.9. Geltendes Recht und Gerichtsstand 10.10. Vertragssprache 10.11. Anwendbares Steuerrecht

INHALTSÜBERSICHT (FORTSETZUNG)

Kapitel	Seite	Inhalt des Kapitels
11. Schutz personenbezogener Daten	16	
12. Interessenkonflikte	20	
13. Vergütungen, Provisionen und Vorteile	21	
14. Solvabilitätsbericht der Versicherungsgesellschaft	21	
Anhang 1 – Ausschlüsse	22	
Anhang 2 – Definitionen	25	

1. VORWORT UND PRODUKTBEZEICHNUNG

Die vorliegenden Allgemeinen Bedingungen dienen dazu, Sie über die für den Vorsorgevertrag „BIL Protection Prêt Immo by AXA“, im Nachfolgenden als „**der Vertrag**“ bezeichnet, geltenden Bestimmungen und Bedingungen zu informieren.

2. VERTRAGSGEGENSTAND

Hauptgegenstand des Vertrags ist die Gewährleistung von Leistungen bei Eintritt des Todesfalles des Versicherten während des Deckungszeitraums des vorgenannten Risikos (im Nachfolgenden „die Hauptversicherungen“).

Bei dem Vertrag „BIL Protection Prêt Immo by AXA“ handelt es sich um eine Risikolebensversicherung, der sogenannten „Restschuldversicherung“, die hauptsächlich die Zahlung eines abnehmenden Kapitals im Todesfall des Versicherten gewährleistet, das in der Regel dazu dient, die Rückzahlung eines Tilgungsdarlehens abzusichern.

Im Rahmen des Vertrags sind wahlweise auch Zusatzversicherungen verfügbar, um den Versicherten gegen Unfall- oder Invaliditätsrisiken, gegen das Risiko der dauerhaften Vollinvalidität oder der Teilinvalidität abzusichern. Je nach abgeschlossenen Versicherungen ist die Auszahlung eines Kapitals und/oder einer Rente an den/die im Vertrag festgelegten Bezugsberechtigten entsprechend der abgeschlossenen Versicherung vorgesehen.

3. BETROFFENE PERSONEN

Der Vertrag ist für im Großherzogtum Luxemburg ansässige Versicherungsnehmer bestimmt. Er kann auch im Großherzogtum Luxemburg tätigen Grenzgängern mit Wohnsitz in Frankreich, Deutschland oder Belgien angeboten werden.

4. RECHTSRAHMEN DES VERTRAGS

4.1. Rechtlicher und vertraglicher Rahmen

Bei dem Vertrag handelt es sich um einen Lebensversicherungsvertrag vom Typ „Risikolebensversicherung“.

Der Vertrag unterliegt luxemburgischem Recht (mit Ausnahme der Fälle, in denen ein anderes Recht Anwendung findet) und gehört zum Zweig I. „Erlebensfallversicherungen, Todesfallversicherungen, mit Ausnahme der Heirats- und Geburtsversicherungen, die nicht an Investitionsfonds gebunden sind, sowie die Zusatzversicherungen zu diesen Versicherungen“ von Anhang II („Einteilung nach Lebensversicherungszweigen“) des luxemburgischen Gesetzes über den Versicherungssektor.

Der Vertrag setzt sich aus folgenden Dokumenten zusammen:

- dem Versicherungsentwurf sowie allen seinen Anhängen und eventuellen medizinischen Fragebögen, in denen die Eigenschaften der ausgewählten Versicherungen und die Bestandteile der Risikobewertung erfasst werden. Er wird vom Versicherungsnehmer (und vom Versicherten, falls es sich dabei um eine andere Person handelt) ausgefüllt und unterzeichnet
- der Bedarfsanalyse: Dokument, das dem Versicherungsentwurf beiliegt und den Bedarf und die Anforderungen des Versicherungsnehmers sowie gegebenenfalls die Empfehlung des Versicherungsagenten oder der Versicherungsgesellschaft enthält
- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen, in denen die Rechte und Pflichten der einzelnen Vertragsparteien ausgeführt werden
- den Persönlichen Bedingungen, in denen die Eigenschaften des Vertrags und die abgeschlossenen Versicherungen festgelegt sind; sie bilden den Vertrag und werden vom Versicherungsnehmer (und vom Versicherten, falls es sich dabei um eine andere Person handelt) unterzeichnet
- gegebenenfalls dem Anhang oder dem Informationsblatt zu den Bestimmungen, die für Versicherungsnehmer gelten, die nicht in Luxemburg ansässig sind
- jeglichem später folgenden Nachtrag, in dem die eventuell am Vertrag vorgenommenen Änderungen schriftlich festgehalten werden.

4.2. Vertragsparteien

4.2.1. Der Versicherungsnehmer

Natürliche Personen und – unter bestimmten Bedingungen – juristische Personen sind zum Vertragsabschluss berechtigt. Wenn der Versicherungsnehmer gleichzeitig der Versicherte ist gelten die für den Versicherten festgelegten Altersbeschränkungen (siehe 4.2.2) auch für den Versicherungsnehmer.

Die Versicherung kann von zwei Versicherungsnehmern gemeinsam abgeschlossen werden. In diesem Fall wird der Versicherungsentwurf von den beiden Versicherungsnehmern ausgefüllt und unterschrieben. Bei einem gemeinsamen Versicherungsabschluss üben die Versicherungsnehmer gemeinsam sämtliche mit dem Vertrag verbundenen Rechte aus. Im Falle des Todes eines Versicherungsnehmers erfüllt sich der Vertrag beim ersten Todesfall, wenn die Versicherungsnehmer gleichzeitig die Versicherten sind. Sollte Letzteres nicht zutreffen, läuft der Vertrag bis zum Ableben des Versicherten weiter und sämtliche mit dem Vertrag verbundenen Rechte werden vom überlebenden Versicherungsnehmer ausgeübt.

4.2.2. Der Versicherte

Der Versicherte ist die Person, die mit dem Risiko des Eintritts des versicherten Ereignisses behaftet ist. Im Allgemeinen ist der Versicherte gleichzeitig der Versicherungsnehmer. Wenn der Versicherte nicht der Versicherungsnehmer ist, ist sein schriftliches Einverständnis für den Vertragsabschluss erforderlich. Für jegliche später erfolgende Vertragsänderung bedarf es bei sonstiger Nichtigkeit der Änderung ebenfalls der vorgenannten Einverständniserklärung.

Wenn der Versicherte minderjährig oder vertragsunfähig ist, darf sein gesetzlicher Vertreter sein Einverständnis geben, wobei vermerkt wird, dass vorgenannte Genehmigung nicht vom persönlichen Einverständnis des Vertragsunfähigen befreit, wenn dieses gesetzlich verlangt wird.

Der Vertrag kann für die beiden Versicherten abgeschlossen werden. **In diesem Fall erfüllt sich der Vertrag, sobald einer der Versicherten stirbt.**

4.2.3. Der Bezugsberechtigte

Der oder die Bezugsberechtigte(n) ist/sind die Person(en), der/denen das vertragliche Recht eingeräumt wird, im Todes- oder Invaliditätsfall des Versicherten über die von der Versicherungsgesellschaft geschuldete(n) Leistung(en) zu verfügen.

4.2.4. Die Versicherungsgesellschaft

Die Versicherungsgesellschaft AXA Assurances Vie Luxembourg S.A. mit Sitz am Place de l’Etoile 1, L-1479 Luxemburg, die die im Vertrag abgeschlossenen Versicherungen gewährt.

4.3. Verpflichtungen des Versicherten

4.3.1. Bei Versicherungsabschluss

Zum Vertragsabschluss muss der Versicherungsnehmer (und der Versicherte, falls es sich dabei um eine andere Person handelt) einen Versicherungsentwurf ausfüllen und an den Sitz der Versicherungsgesellschaft übermitteln. Der Versicherungsentwurf umfasst seinen Versicherungsantrag, den oder die eventuell anwendbaren Gesundheitsfragebogen und jeglichen sonstigen Anhang zum Zweck des Vertragsabschlusses, einschließlich einer beglaubigten Kopie seines gültigen Ausweises.

Er verpflichtet sich, alle Umstände genau anzugeben, die Bestandteile der Risikoprüfung durch die Versicherungsgesellschaft sind. Er verpflichtet sich insbesondere Folgendes zu erklären (wobei die Liste nicht erschöpfend ist):

- sein Geburtsdatum und -ort, seinen gewöhnlichen Wohnsitz, seinen Beruf und die entsprechenden Ausübungsbedingungen, die von ihm ausgeübten Risikoaktivitäten und Risikosportarten
- die Krankheiten oder funktionellen Invaliditäten, unter denen er leidet
- den oder die gleichartigen Versicherungsvertrag/-verträge, den oder die er anderswo abgeschlossen hat

Jegliche vorsätzlich verschwiegenen oder falschen Angaben, durch die die Versicherungsgesellschaft bei ihrer Risikoprüfung fehlgeleitet wird, führen zur Nichtigkeit des gemäß Gesetz über die Versicherungsverträge abgeschlossenen Vertrags. Darüber hinaus sind die bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Gesellschaft von diesen vorsätzlich verschwiegenen oder falsch gemachten Angaben Kenntnis erlangt, fällig gewordenen Prämien weiterhin fällig.

Bei nicht vorsätzlich gemachten unvollständigen bzw. unrichtigen Angaben bleibt der Vertrag gültig. Die Versicherungsgesellschaft kann innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt, an dem sie von diesen vorsätzlich verschwiegenen oder falsch gemachten Angaben Kenntnis erlangt hat, die Änderung des Vertrages vorschlagen,

gegebenenfalls mittels Prämienzuschlag, oder vom Vertrag zurücktreten, falls sie den Nachweis erbringt, dass sie dieses Risiko ansonsten keinesfalls versichert hätte.

Wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats ab Erhalt des Vorschlags zur Änderung des Vertrags seine Zustimmung dazu nicht erteilt hat oder die vorgeschlagene Änderung abgelehnt hat, kann die Versicherungsgesellschaft den Vertrag innerhalb von 14 Tagen kündigen.

Bei einer falschen Angabe zum Alter des Versicherten bleiben die versicherten Deckungen bestehen, werden jedoch entsprechend dem wahren Alter, das zu berücksichtigen gewesen wäre, erhöht oder verringert.

Die Gesellschaft hat ab Inkrafttreten des Vertrages ein Jahr lang die Möglichkeit, bei nicht vorsätzlich gemachten unvollständigen bzw. unrichtigen Angaben gemäß den vorgenannten Grundsätzen vorzugehen. Nach Ablauf dieser Frist kann die Versicherungsgesellschaft den Vertrag nicht mehr anfechten.

4.3.2. Während der Vertragslaufzeit

Während der Vertragslaufzeit verpflichtet sich der Versicherte, der Versicherungsgesellschaft jegliche erheblichen und dauerhaften Änderungen (sein Gesundheitszustand ausgenommen), die seine Situation und somit das versicherte Risiko beeinträchtigen, mitzuteilen, insbesondere:

- einen Wechsel seines Berufes, seiner Tätigkeiten oder andere als bei Vertragsabschluss angegebene berufliche Arbeitsbedingungen;
- die Ausübung von Risikotätigkeiten und -sportarten, die das versicherte Risiko offenkundig verändern;
- einen Wohnsitzwechsel in ein Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums;
- Reisen in Risikoländer (siehe Punkt 4.4 geographischer Geltungsbereich).

Bei Gefahrenerhöhung greifen die Bestimmungen des Gesetzes über den Versicherungsvertrag

Sollte sich das versicherte Risiko während der Vertragslaufzeit dergestalt erhöhen, dass die Versicherungsgesellschaft, wenn die Erhöhung zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hätte, die Versicherung nur zu anderen Bedingungen genehmigt hätte, muss sie innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem sie von der Gefahrenerhöhung Kenntnis erlangt hat, die rückwirkende Vertragsänderung ab dem Tag der Gefahrenerhöhung vorschlagen. Falls die Gesellschaft allerdings den Nachweis erbringt, dass sie das erhöhte Risiko keinesfalls versichert hätte, kann sie innerhalb derselben Frist vom Vertrag zurücktreten.

Wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats ab Erhalt des Vorschlags zur Änderung des Vertrags seine Zustimmung dazu nicht erteilt oder die vorgeschlagene Änderung abgelehnt hat, kann die Versicherungsgesellschaft den Vertrag innerhalb von 14 Tagen kündigen.

4.4. Geographischer Geltungsbereich

Die Haupt- und Zusatzversicherungen sind vorbehaltlich der in vorliegenden Allgemeinen Bedingungen aufgeführten Ausschlüsse weltweit gedeckt, insoweit die Gesellschaft die Möglichkeiten einer ärztlichen Kontrolle normal nutzen kann. Sollte der Versicherte allerdings aus beruflichen Gründen gezwungen sein, sich in ein Risikoland zu begeben, muss er die Versicherungsgesellschaft im Vorfeld davon in Kenntnis setzen, damit sie die Deckungsbedingungen für diese Reisen festlegen kann.

Gleichermaßen muss der Versicherte, wenn er aus persönlichen Gründen Reisen in Risikoländer oder für einen ununterbrochenen Zeitraum von mehr als 60 Tagen pro Jahr außerhalb der folgenden Länder unternimmt: Länder der Europäischen Union, Australien, Kanada, Japan, Schweiz, Vereinigte Staaten, die Versicherungsgesellschaft davon in Kenntnis setzen, damit sie die Deckungsbedingungen für diese Reisen festlegen kann.

5. INKRAFTTRETEN DES VERTRAGS UND VERTRAGSDAUER

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 wurde(n).**

Der Vertrag tritt an dem in den Persönlichen Bedingungen angegebenen Datum unter Vorbehalt der effektiven Zahlung der ersten Prämie und der Risikoannahme (und vorbehaltlich gegebenenfalls der Anwendung einer Wartezeit) in Kraft. Die Laufzeit des Vertrags und der Versicherungen, die er umfasst, ist in den Persönlichen Bedingungen festgelegt.

6. RECHTE DES VERSICHERUNGSNEHMERS

6.1. Bezeichnung und Annahme des Bezugsberechtigten

Bezeichnung

Der Versicherungsnehmer hat bei Vertragsabschluss die Möglichkeit, einen oder mehrere Bezugsberechtigte im Todesfall des Versicherten zu benennen. Bei einer namentlichen Bezeichnung des Bezugsberechtigten kann der Versicherungsnehmer die Kontaktdaten des Bezugsberechtigten zur Verwendung im Todesfall des Versicherten angeben. Solange der Begünstigungsklausel seine Bezeichnung nicht angenommen hat, kann der Versicherungsnehmer die Abänderung der Bezugsberechtigtenklausel beantragen, wenn diese nicht mehr angemessen ist. Der Versicherungsnehmer muss jedoch das Einverständnis:

- des Bezugsberechtigten einholen, wenn dieser das Recht auf Erhalt der Leistung vorher angenommen hat
- des Versicherten einholen, wenn dieser nicht der Versicherungsnehmer ist

Annahme

Der Bezugsberechtigte kann seine Bezeichnung ausdrücklich annehmen. Dieses Recht steht ausschließlich dem Bezugsberechtigten zu und kann weder von seinem Ehepartner noch von seinen Gläubigern ausgeübt werden. **Die Annahme durch den Bezugsberechtigten macht seine Bezeichnung unwiderruflich, das heißt der Versicherungsnehmer kann seine Bezeichnung ohne die vorherige Zustimmung des annehmenden Bezugsberechtigten nicht mehr widerrufen oder ändern. Allgemein kann er ohne die Zustimmung des annehmenden Bezugsberechtigten keine Änderungen am Vertrag mehr vornehmen.**

Die Annahme des Rechts auf Erhalt der Leistung geschieht mittels dreigliedrigem Nachtrag zum Vertrag, der vom Versicherer, dem Versicherungsnehmer (dem Versicherer, falls es sich dabei um eine andere Person handelt) und dem annehmenden Bezugsberechtigten unterzeichnet wird.

Standardregeln zur Zuordnung der Rechte der Bezugsberechtigten

In Übereinstimmung mit den Bestimmungen des Gesetzes über den Versicherungsvertrag sind die Versicherungsleistungen im Falle der Nichtbezeichnung von Bezugsberechtigten durch den Versicherungsnehmer oder, wenn die vom Versicherungsnehmer gewählte Klausel unanwendbar ist, dem Versicherungsnehmer (wenn er sich vom Versicherten unterscheidet) oder im Todesfall des Versicherungsnehmers an seine Erben auszuzahlen.

Sind mehrere Personen ohne Bestimmung ihrer Anteile als Bezugsberechtigte bezeichnet und im Fall des vorzeitigen Ablebens einer der Bezugsberechtigten, gelten folgende Regeln:

- sind die Personen zu gleichen Teilen bezugsberechtigt
- im Falle des vorzeitigen Ablebens eines Bezugsberechtigten kommt gemäß Eintrittsrecht sein Anteil seinen Nachkommen zu und falls das Eintrittsrecht in Ermangelung von Nachkommen nicht zur Anwendung kommt, wächst sein Anteil den überlebenden Bezugsberechtigten zu gleichen Teilen zu.

6.2. Rückkaufrecht

Nach Ablauf der Widerrufsfrist kann der Versicherungsnehmer zu jeder Zeit den Rückkauf seines gesamten Vertrags beantragen. Zu diesem Zweck richtet er einen schriftlichen Antrag zusammen mit einer Kopie seines gültigen Personalausweises sowie einem Bankkundennachweis auf seinen Namen an die Versicherungsgesellschaft.

Der Rückkauf tritt an dem Tage in Kraft, an dem der Versicherungsnehmer den Rückkaufantrag innerhalb von 30 Tagen ausführt.

Der Rückkaufwert wird an dem Tag des Eingangs des Rückkaufantrags berechnet oder im Fall einer monatlichen Prämie an dem Tag, der dem Ende der Versicherungslaufzeit entspricht, welche durch die letzte gezahlte Prämie oder die letzte gezahlte Prämienrate gedeckt ist.

Sollte ein Recht auf Erhalt der Leistung durch Annahme durch den Bezugsberechtigten entstanden sein, hängt die Ausübung des Rückkaufrechts von der Zustimmung des akzeptierenden Bezugsberechtigten ab.
Der Rückkauf des gesamten Vertrags beendet den Vertrag und alle in ihm enthaltenen Versicherungen.

6.3. Abtretung von Rechten

Der Versicherungsnehmer kann jederzeit schriftlich bei der Gesellschaft beantragen, die aus dem abgeschlossenen Vertrag erwachsenden Rechte ganz oder teilweise zu übertragen. Sollte ein Recht auf Erhalt der Leistung durch Annahme durch den Bezugsberechtigten entstanden sein, hängt die Ausübung des Abtretungsrechts von der Zustimmung des akzeptierenden Bezugsberechtigten ab.

Die Abtretung wird in einem Nachtrag zum Vertrag festgehalten, der von der Versicherungsgesellschaft, dem Versicherungsnehmer und dem Abtretenden unterzeichnet wird. Die Zustimmung des Versicherten ist ebenfalls erforderlich.

6.4. Vertragsänderung

Der Versicherungsnehmer kann schriftlich bei der Gesellschaft die Anpassung der Versicherungen oder Eigenschaften seines Vertrages auf der Grundlage der von der Gesellschaft bereitgestellten Formulare beantragen.

Die Anpassung erfolgt vorbehaltlich der Zustimmung der Gesellschaft und zu den Bedingungen, die bei der Gesellschaft zu jenem Zeitpunkt in Kraft sind und kann von dem günstigen Ergebnis der ärztlichen Untersuchungen abhängig gemacht werden.

Die Vertragsänderung wird in einem Nachtrag zum Vertrag festgehalten, der von der Versicherungsgesellschaft, dem Versicherungsnehmer und gegebenenfalls dem Versicherten und/oder akzeptierenden Bezugsberechtigten unterzeichnet wird.

7. LEISTUNGEN DER VORSORGEVERSICHERUNG

Der Vertrag bietet Hauptversicherungen und wahlweise Zusatzversicherungen.

7.1. Hauptversicherung

Die mit der Unterzeichnung eines jeden Vertrags angebotene Hauptversicherung ist **eine Versicherung, die den Todesfall abdeckt**.

Im Rahmen des Vertrags „BIL Protection Prêt Immo by AXA“ gewährleistet die Versicherungsgesellschaft im Todesfall des Versicherten vor Vertragsende und vor Erreichen des festgelegten Höchstalters von 80 Jahren die Zahlung eines Todesfallkapitals an den/die bezeichneten Bezugsberechtigten. Das Garantiekapital ist ein abnehmendes „Restschuld“-Kapital, das in den Persönlichen Bedingungen festgelegt ist.

7.2. Zusatzversicherungen

Ergänzend zur Hauptversicherung hat der Versicherte die Möglichkeit, eine oder mehrere Zusatzversicherung(en) unter folgenden Bedingungen abzuschließen:

7.2.1. Allgemeine Bestimmungen

Der Anspruch auf den Abschluss einer Zusatzversicherung besteht nur bei Vorhandensein der Hauptversicherung.

Im Falle der Kündigung, des Rückkaufs oder der Stornierung der Hauptversicherung endet die Zusatzversicherung automatisch.

Die Zusatzprämien für den Zeitraum, der dem Ablaufdatum der Zusatzversicherung vorausgeht, stehen der Gesellschaft zur Finanzierung des versicherten Risikos zu.

Die Zusatzversicherung endet am in den Persönlichen Bedingungen festgelegten Ablaufdatum und spätestens an dem Datum, an dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet.

Durch die Auszahlung der versicherten **Kapital**-Leistungen im Rahmen einer Zusatzversicherung wird die betreffende Zusatzversicherung beendet.

7.2.2. Unfallzusatzversicherung

Ergänzend zu der Hauptversicherung hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, eine Deckung gegen das Unfallrisiko abzuschließen. Vorliegende Bestimmungen gelten, falls in den Persönlichen Bedingungen die Unfallzusatzversicherung erwähnt wird.

Gegenstand der Versicherung

Die Gesellschaft verpflichtet sich zur Zahlung einer der folgenden Zusatzleistungen entsprechend der abgeschlossenen Versicherung an den/die bezeichneten Bezugsberechtigten, wenn der Versicherte einen Unfall erleidet, der sich in seinem Berufs- als auch Privatleben ereignet und unmittelbar und ausschließlich innerhalb einer Frist von einem Jahr ab dem Unfalldatum Folgendes nach sich zieht:

- **entweder den Tod des Versicherten**
- **oder die dauerhafte Vollinvalidität des Versicherten.**

Sollte ein Invaliditätszustand auftreten, werden die versicherten Leistungen nur gezahlt:

- wenn der dauerhafte Invaliditätszustand während der Versicherungslaufzeit festgestellt wird, das heißt spätestens vor dem Datum, an dem der Versicherte das zulässige Höchstalter von 65. Jahren erreicht;
- wenn der Grad der festgestellten Invalidität 67 % oder mehr erreicht.

Die Gesellschaft verpflichtet sich für den Fall, dass es mehrere Versicherte gibt, ihrer Verpflichtung ab dem ersten Todesfall oder der ersten Anerkennung der dauerhaften Vollinvalidität einer dieser Versicherten durch die Gesellschaft ihrer Verpflichtung nachzukommen.

Bezugsberechtigter

Sollte der Versicherte versterben, zahlt die Gesellschaft die Versicherungsleistungen unter der Zusatzversicherung an den/die im Vertrag bezeichneten Bezugsberechtigten. Sollten beide Versicherte gleichzeitig versterben, wird angenommen, dass der jüngere Versicherte den älteren Versicherten überlebt hat.

Im Falle eines Unfalls, der eine dauerhafte Vollinvalidität des Versicherten zur Folge hat, nimmt die Gesellschaft außer bei gegenseitiger Übereinkunft die Auszahlung der Versicherungsleistungen an den bezeichneten Bezugsberechtigten vor. Bei mehreren Versicherten wird die Versicherungsleistung dem bezeichneten Bezugsberechtigten ausgezahlt, sobald sein dauerhafter Vollinvaliditätszustand festgestellt wurde.

7.2.3. Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

Ergänzend zu der Hauptversicherung hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, eine Deckung gegen das Invaliditätsrisiko abzuschließen, deren Umfang abhängig vom abgeschlossenen Vertrag ist. Vorliegende Bestimmungen gelten, falls in den Persönlichen Bedingungen die Berufsunfähigkeitszusatzversicherung erwähnt wird.

Mögliche Invaliditätsdeckungen

Verfügbare Deckungen unter dem Vertrag BIL Protection Prêt Immo by AXA

Die Gesellschaft verpflichtet sich zur Zahlung der Versicherungsleistungen an den/die Bezugsberechtigten gemäß der in den Persönlichen Bedingungen vorgesehenen Formel, wenn der Versicherte in seinem Privatleben als auch Berufsleben einen Unfall oder eine Krankheit erleidet, der/die unmittelbar und ausschließlich Folgendes nach sich zieht:

- **entweder eine dauerhafte Vollinvalidität**
- **oder eine dauerhafte Teilinvalidität, insofern diese einen Grad von mindestens 25 % erreicht.**

Allgemeine Bestimmungen

Unabhängig von der abgeschlossenen Versicherungsformel werden die Versicherungsleistungen bei Eintritt eines Invaliditätszustands nur gezahlt, wenn:

- der dauerhafte Invaliditätszustand während der Versicherungslaufzeit festgestellt wird, das heißt vor dem Ablaufdatum des Vertrags und spätestens vor dem Datum, an dem der Versicherte das zulässige Höchstalter von 65. Jahren erreicht;
- im Falle dauerhafter Invalidität der Invaliditätszustand konsolidiert ist.

Die Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit und Berufsunfähigkeiten, die bereits zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Zusatzversicherung bestanden oder Folge eines ausgeschlossenen Risikos sind, finden bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades keine Berücksichtigung.

Falls bei Verträgen mit zwei Versicherten beide Versicherten eine Teilinvalidität erleiden, erfolgt eine Kumulierung der Sätze nur dann, wenn jeder der beiden Versicherten eine Teilinvalidität von mindestens 25 % nachweist. Die kumulierten Sätze werden nur bis zum Erreichen eines Höchstsatzes von 100 % berücksichtigt.

Die verschiedenen Versicherungsformeln

a) Invaliditätsversicherung – Rente

Im Rahmen dieser Formel verpflichtet sich die Gesellschaft zur Zahlung einer Invaliditätsjahresrente an den Versicherten, der infolge eines Unfalls oder einer Krankheit eine Invalidität erleidet, die von seinem Vertrag abgedeckt wird.

Die Invaliditätsrente wird im Verhältnis zum Grad der Invalidität des Versicherten festgelegt.

Bei dauerhafter Invalidität tritt die Rente erst ab dem Datum der Konsolidierung des Invaliditätszustands in Kraft.

Wenn keine anders lautende Vereinbarung getroffen wurde, darf die Invaliditätsrente auf jährlicher Basis 80 % des durchschnittlichen jährlichen Einkommens des Versicherten aus seiner Berufstätigkeit für die dem Datum des Schadenfalls vorangegangenen 3 Kalenderjahre nicht übersteigen. Im Falle einer Überschreitung dieser Grenze ist die Versicherungsgesellschaft berechtigt, die Rente auf die besagte Grenze herabzusetzen und die Prämie im gleichen Verhältnis zu reduzieren, und zwar mit Wirkung ab dem auf die Kenntnisnahme dieser Überschreitung folgenden Monat. Die bereits ausgezahlten Leistungen bleiben bis zum Datum dieser Reduzierung unverändert. Diese Leistungsbegrenzung von 80% findet jedoch keine Anwendung, wenn die versicherte jährliche Rente maximal 12.500 € beträgt. Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, diese Grenzen für jeden neuen Abschluss und im Falle einer Anpassung der versicherten Rente zu revidieren, sowie das Recht, Mindest- und Höchstbeträge für die versicherte Rente festzulegen.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Gesellschaft jeden nicht einstweiligen Rückgang der beruflichen Einkünfte der versicherten Person unter die vorstehend definierte Grenze von 80% zu melden. Die Anpassung der versicherten Rente und der Prämie treten ab dem auf die Kenntnisnahme dieses Rückgangs folgenden Monat in Kraft.

Jede Erhöhung der versicherten Rente bedarf der vorherigen Zustimmung der Gesellschaft.

Die Zahlung der Rente wird eingestellt zum frühesten der folgenden Zeitpunkte:

- am Fälligkeitsdatum des Vertrags
- wenn der Versicherte das zulässige Höchstalter von 65 Jahren erreicht

b) BUZV – Prämienbefreiung (Berufsunfähigkeitszusatzversicherung)

Im Rahmen der vorliegenden Formel verpflichtet sich die Gesellschaft im Falle einer vom Vertrag abgedeckten Invalidität des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit zur Übernahme der Prämienzahlung der Hauptversicherung und der eventuellen sonstigen Zusatzversicherungen einschließlich Steuern und Kosten im Verhältnis zum Grad der Invalidität. Die Gesellschaft erstattet dem Versicherungsnehmer die von ihm bereits für den Entschädigungszeitraum bezahlten Prämien prorata und zwar jeweils im Laufe folgender Monate: Januar, April, Juli oder Oktober.

Die Gesellschaft übernimmt die Prämie für den jeweils angebrochenen Monat. In diesem Fall wird ein Anteil des monatlichen Leistungsbetrags entsprechend der Anzahl erstattungspflichtige Tage berechnet. Gleiches gilt am Ende des Invaliditätszeitraums oder in Bezug auf eine Leistung für einen nicht vollständigen Monat. Die Berechnung der übernommenen Prämie erfolgt im Verhältnis zu der Anzahl Tage, für die eine Entschädigung gezahlt wird. Bei den Berechnungen geht man davon aus, dass ein Monat 30 Tage zählt.

c) Invaliditätsversicherung mit abnehmendem Kapital

Im Rahmen der vorliegenden Formel verpflichtet sich die Gesellschaft im Falle einer dauerhaften Vollinvalidität des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit zur Zahlung an den/die bezeichneten Bezugsberechtigten eines Betrags, der der abnehmenden Versicherungssumme der Hauptversicherung entspricht.

Durch die Auszahlung der abnehmenden Versicherungssumme im Rahmen dieser Zusatzversicherung werden die Hauptversicherung und der Vertrag beendet.

Bezugsberechtigter

Im Falle eines Unfalls oder einer Krankheit, die einen vom Vertrag abgedeckten Invaliditätszustand zur Folge hat, nimmt die Gesellschaft außer bei gegenteiliger Übereinkunft die Auszahlung der Versicherungsleistungen an den bezeichneten Bezugsberechtigten vor.

Die Gesellschaft verpflichtet sich für den Fall, dass es mehrere Versicherte gibt, ihrer Verpflichtung ab der ersten Anerkennung des Invaliditätszustands einer dieser Versicherten durch die Gesellschaft ihrer Verpflichtung nachzukommen.

8. VERSICHERUNGSAUSSCHLÜSSE UND -EINSCHRÄNKUNGEN

8.1. Ausschlüsse der Risiken Tod und Invalidität (Siehe Anhang 1)

Die Gesellschaft versichert weltweit alle Todesfall- und Invaliditätsrisiken des Versicherten vorbehaltlich der in **Anhang 1** beschriebenen Ausschlüsse.

Im Todesfall des Versicherten infolge des Eintretens eines ausgeschlossenen Risikos zahlt die Gesellschaft dem Bezugsberechtigten den Rückkaufwert, der auf die Versicherungsleistung im Todesfall beschränkt ist.

Sollte der Tod des Versicherten auf eine vorsätzliche Handlung eines Bezugsberechtigten zurückzuführen sein, wird dieser Rückkaufwert an die restlichen, in den Persönlichen Bedingungen bezeichneten Bezugsberechtigten gemäß der darin genannten Reihenfolge ausbezahlt.

9. VERWALTUNG DER LEISTUNGEN

9.1. Im Schadenfall zu erledigende Formalitäten

9.1.1. Im Todesfall

a) Schadenmeldung

Der Tod des Versicherten muss der Abteilung „Acceptation médicale Vie Particuliers“ der Gesellschaft schriftlich gemeldet werden.

Im Falle eines Unfalltods muss die Meldung folgendes enthalten:

- Ort, Datum, Uhrzeit, Ursachen, Art und Umstände des Unfalls
- Namen, Vornamen und Wohnsitze der eventuellen Zeugen
- jegliches Dokument, das den Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Tod eventuell belegen kann (Polizeibericht, Protokoll der Gendarmerie...)

Im Todesfall durch Unfall muss die Meldung darüber hinaus – außer in Fällen eines unvorhersehbaren Ereignisses oder höherer Gewalt, die eine Einhaltung der Frist unmöglich machen und in denen die Anzeige so schnell wie in einer solchen Lage vertretbar gemacht werden muss – binnen Monatsfrist ab dem Unfallereignis unter Androhung der Leistungsminderung in Höhe des von der Gesellschaft erlittenen Schadens erfolgen.

b) Beizubringende Dokumente und zusätzliche Auskünfte

- ein Auszug aus der Sterbeurkunde des Versicherten,
- ein nach dem Tod ausgestelltes ärztliches Gutachten, in dem die Todesursache und -umstände angegeben werden und das von dem Arzt oder den Ärzten, der/die den Versicherten nach dem Unfall oder während seiner letzten Erkrankung behandelt haben, oder im Fall eines unerwarteten Todes von dem Arzt, der den Tod festgestellt hat, abgefasst worden ist. Gegebenenfalls werden in dem Gutachten die genaue Art der erlittenen Körperverletzungen sowie deren wahrscheinlichen Folgen angegeben.
- eine Offenkundigkeitsurkunde, in der die Eigenschaften und Ansprüche der Bezugsberechtigten genannt werden, wenn sie nicht namentlich bezeichnet worden sind
- im Falle eines Unfalls behält sich die Gesellschaft insbesondere das Recht vor, das von den zuständigen Behörden verfasste Protokoll einzufordern, in dem der Unfall festgehalten wurde.

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, sämtliche Unterlagen zu verlangen, die sie bei der Feststellung des Leistungsanspruchs als zweckdienlich erachtet.

9.1.2. Im Fall der Invalidität des Versicherten

a) Schadenmeldung

Jeglicher Unfall oder jegliche Krankheit, welche eine dauerhafte Invalidität des Versicherten zur Folge haben, müssen der Abteilung „Acceptation médicale – Vie Particuliers“ der Gesellschaft schriftlich gemeldet werden.

Die Meldung muss – außer in Fällen eines unvorhersehbaren Ereignisses oder höherer Gewalt, die eine Einhaltung der Frist unmöglich machen und in denen die Anzeige so schnell wie in einer solchen Lage vertretbar gemacht werden muss – **binnen Monatsfrist** ab dem Unfallereignis oder dem Auftreten der Krankheit unter Androhung der Leistungsminderung in Höhe des von der Gesellschaft erlittenen Schadens erfolgen.

In der Meldung müssen folgende Angaben enthalten sein:

- Ort, Datum, Uhrzeit, Ursachen, genaue Art und Umstände der Invalidität;
- bei einem Unfall: Namen, Vornamen und Wohnsitze der eventuellen Zeugen.

b) Beizubringende Dokumente und zusätzliche Auskünfte

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte muss/müssen der Schadenmeldung alle Dokumente, ärztliche Bescheinigungen und Berichte beifügen, mit denen das Vorhandensein und der Schweregrad des Schadens belegt werden können, insbesondere:

- ein Attest des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärzte des Versicherten, ausgestellt auf einem Standardformular der Gesellschaft unter Angabe des Eintrittsdatums, der Ursachen, der Natur, des Schweregrads und der voraussichtlichen Dauer der Invalidität
- wenn die Invalidität die Folge eines Unfalls ist, jegliches Dokument, das den Kausalzusammenhang zwischen Unfall und Invalidität eventuell belegen kann (Polizeibericht, Protokoll der zuständigen Behörden...)
- im Fall dauerhafter Invalidität: die Bescheinigung der Invaliditätskonsolidierung
- sowie jegliche sonstige Unterlagen, die die Gesellschaft zur Erstellung der Akte benötigt und verlangt.

In Ermangelung der von der Gesellschaft geforderten Auskünfte und Dokumente kann diese ihre Entscheidung aussetzen und eventuell eine Schadenübernahme verweigern.

c) Im Laufe einer Invalidität

Der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte teilt/teilen der Gesellschaft außer im Falle einer von dieser anerkannten dauerhaften Vollinvalidität innerhalb von 30 Tagen sämtliche Änderungen des Invaliditätsgrades sowie ein Nachlassen der Invalidität, auf Grund dessen der Versicherte die Arbeit, auch wenn nur teilweise, wieder aufnehmen kann, mit.

In diesem Falle werden die Leistungen ab dem Änderungsdatum angepasst, wobei der Gesellschaft die möglichen Summen, welche sie ungerechtfertigterweise ausbezahlt hat, erstattet werden müssen.

9.2. Ärztliche Kontrolle

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, jederzeit einen geforderten und notwendigen Arztbesuch von dem Versicherten zu verlangen. Dieser ist gehalten, dieser Aufforderung binnen Monatsfrist ab der Mitteilung dieser Entscheidung Folge zu leisten.

Bei ungerechtfertigter Weigerung des Versicherten kann die Gesellschaft die Zahlung jeglicher (zukünftiger oder derzeitiger) Leistung verweigern. Gleiches gilt im Fall der Vorlage falscher Dokumente oder Auskünfte durch den Versicherten oder die Bezugsberechtigten mit dem Ziel den Versicherer in Bezug auf die Ursachen, Umstände oder Folgen eines Ereignisses in die Irre zu führen.

Im Lauf einer Invalidität behält sich die Gesellschaft das Recht vor, den Grad der Invalidität des Versicherten von ihrem Vertrauensarzt überprüfen zu lassen oder einen detaillierten Bericht vom behandelnden Arzt des Versicherten anzufordern, um so festzustellen, ob die Invalidität immer noch besteht und ob sich deren Grad nicht verändert hat.

Die Kosten für den vorgenannten Bericht gehen zu Lasten der Gesellschaft.

9.3. Feststellung der Invalidität

Auf der Grundlage der Meldungen des Versicherten und des von seinem Arzt erstellten ärztlichen Berichts beurteilt der Vertrauensarzt der Gesellschaft die tatsächliche Lage, den Grad und die Entwicklung der Invalidität sowie deren dauerhaften Charakter.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Gesetzgebung und die Rechtsprechung in Sachen Sozialversicherung für diese Berufsunfähigkeitszusatzversicherung nicht gelten. **Die Gesellschaft behält sich somit das Recht vor, den Entscheidungen zur Gewährung einer dauerhaften Teil- oder Vollinvalidität, die von der medizinischen Kontrolle der Sozialversicherung getroffen wurde, nicht zu folgen.**

Bei dauerhafter Invalidität kann die Schadenregulierung erst ab dem Datum der Konsolidierung des Invaliditätszustands des Versicherten erfolgen.

9.4. Streitigkeiten

Im Fall von Uneinigkeiten zwischen dem Vertrauensarzt der Gesellschaft und dem Arzt des Versicherten in Bezug auf den Invaliditätsgrad des Versicherten oder allgemein im Fall von Uneinigkeiten in Bezug auf den Gesundheitszustand des Versicherten, wird der strittige Punkt einer Ärztekommision vorgelegt, die sich aus zwei ärztlichen Sachverständigen zusammensetzt, wobei einer vom Versicherungsnehmer und/oder Versicherten und der andere von der Gesellschaft bestimmt wird. Sollten sich diese beiden Ärzte nicht einigen können, benennen sie einen dritten ärztlichen Sachverständigen, dessen Meinung dann den Ausschlag gibt.

Wenn eine Partei ihren Sachverständigen nicht benennt oder wenn sich die beiden Sachverständigen nicht auf einen Dritten einigen können, erfolgt dessen Bestellung durch den Präsidenten des Bezirksgerichts des Wohnsitzes des Versicherten auf Antrag der zuerst handelnden Partei.

Jede Partei trägt das Honorar ihres Sachverständigen, wobei das Honorar des dritten Sachverständigen hälftig aufgeteilt wird.

9.5. Auszahlungsmodalitäten der Leistungen

Kapitalleistungen

Die Gesellschaft zahlt die Versicherungsleistungen gegen eine auf den Bezugsberechtigten ausgestellte Zahlungsquittung innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt der für die Auszahlung der Leistungen erforderlichen Belege und unter Vorbehalt der Einhaltung der Meldefrist durch den Versicherten.

Leistungen in Form einer Invaliditätsrente

Die Invaliditätsrente wird unter Vorbehalt, dass die Gesellschaft sämtliche für die Auszahlung der Leistungen erforderlichen Belege erhält, in Quartalsbeträgen zum 31. März, 30. Juni, 30. September und 31. Dezember berechnet und im folgenden Monat ausgezahlt.

Die Invaliditätsrente ist für jeden angebrochenen Monat fällig. In diesem Fall wird ein Anteil des monatlichen Rentenbetrags entsprechend der Anzahl erstattungspflichtiger Tage berechnet. Gleiches gilt am Ende des Invaliditätszeitraums oder in Bezug auf eine Leistung für einen nicht vollständigen Monat. Die Berechnung der Rente erfolgt im Verhältnis zu der Anzahl Tage, für die eine Entschädigung gezahlt wird.

Bei den Berechnungen geht man davon aus, dass ein Monat 30 Tage zählt.

10. WAS SIE AUCH WISSEN SOLLTEN

10.1. Vertragsauflösung und Versicherungsende

10.1.1. Vertragsauflösung

Der Versicherungsnehmer kann jederzeit vom Vertrag zurücktreten, indem er einen schriftlichen Antrag auf vollständigen Rückkauf an die Gesellschaft stellt. In diesem Fall nimmt die Gesellschaft die Erstattung des Rückkaufwerts des Vertrags vor und beendet die im Vertrag enthaltenen Versicherungen.

Im Falle einer Unterlassung oder einer Erhöhung des Risikos unter den in Artikel 1.5 festgelegten Bedingungen oder im Fall der Nichtzahlung der Prämien für die Hauptversicherung unter den in nachfolgendem Artikel 2.3 angegebenen Bedingungen hat der Versicherer das Recht, einen Vertrag zu beenden.

10.1.2. Versicherungsende

Die Versicherungen sind beendet, wenn der Versicherungsnehmer sein Widerrufsrecht ausübt, wenn der Versicherte die Altersgrenze erreicht, im Todesfall, im Fall des vollständigen Rückkaufs. Die Zusatzversicherungen sind beendet im Fall der Nichtzahlung der Versicherungsprämien und in allen besonderen in Bezug auf den Abschluss einer Zusatzversicherung (insbesondere ACCRI mit abnehmendem Kapital) vorgesehenen Fällen.

10.2. Prämienzahlung

10.2.1. Festlegung der Prämien

Als Gegenleistung für die Verpflichtungen der Gesellschaft zahlt der Versicherungsnehmer die Prämien oder Prämienraten, deren Höhe, Zahlungsmodalitäten oder Zahlungsdauer in den Persönlichen Bedingungen angegeben werden.

10.2.2. Prämienzahlung

Hauptversicherung

Die Prämien sind innerhalb von zehn Tagen ab den in den Persönlichen Bedingungen festgelegten Fälligkeitsdaten zahlbar. Die Prämienzahlung kann je nach Wunsch des Versicherungsnehmers monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erfolgen.

Zusatzversicherungen

Als Gegenleistung für die Zusatzverpflichtungen der Gesellschaft zahlt der Versicherungsnehmer zusätzliche Prämien. Diese Prämien sind an denselben Fälligkeitsterminen und gemäß denselben Modalitäten zu entrichten wie bei der Hauptversicherung. Ihre Bezahlung kann nicht von denen der Hauptversicherung getrennt werden.

10.2.3. Einstellung der Prämienzahlung

Allgemeine Bestimmungen

Wenn die Gesellschaft die ausbleibende Zahlung einer Prämie oder einer Prämienrate innerhalb einer Frist von 10 Tagen ab der Fälligkeit feststellt, sendet sie an die letzte bekannte Anschrift des Versicherungsnehmers ein Einschreiben mit einer Mahnung, in der auf den Fälligkeitstermin, die Höhe der nicht beglichenen Prämien und die Folgen der Nichtzahlung der Prämie oder der Prämienrate aufmerksam gemacht wird.

Falls die Prämie weiterhin während 30 Tagen ab Versanddatum der Mahnung nicht beglichen wird, geht die Gesellschaft folgendermaßen vor:

- Sie tritt vom Vertrag zurück und zahlt gegebenenfalls den Rückkaufwert aus (nach Ablauf einer Frist von 10 Tagen)
- oder setzt die vertragliche Deckung herab

Falls der Versicherungsnehmer die Gesellschaft nach dem Fälligkeitstermin für eine unbeglichene Prämie schriftlich über seine Entscheidung unterrichtet, die Zahlung der vertraglichen Prämien einzustellen, ist die Gesellschaft von der Mahnung entbunden.

Zusatzversicherungen

Jeweils bei Ablauf einer Versicherungslaufzeit, die der letzten bezahlten Prämie oder Prämienrate entspricht, kann der Versicherungsnehmer schriftlich beantragen, die Zahlung der Prämien für die abgeschlossene Zusatzversicherung unabhängig von der Hauptversicherung einzustellen.

Die Einstellung der Prämienzahlung im Zusammenhang mit einer Zusatzversicherung zieht die Auflösung der jeweiligen Zusatzversicherung nach sich, deren Rückkaufwert oder herabgesetzter Wert gleich null ist. Die Hauptversicherung bleibt in Kraft.

10.2.4. Entwicklung der Prämien

Die Prämien können während der Vertragslaufzeit auf Antrag des Versicherungsnehmers entsprechend der Entwicklung des angegebenen Risikos und der abgeschlossenen Versicherungen angepasst werden. Darüber hinaus können die Prämien aufgrund von Änderungen von Gesetzen, Verordnungen und des Steuerrechts einer Anpassung unterzogen werden.

10.3. Zusatzkosten und anwendbare Steuern

Die Prämien unterliegen keiner Steuer in Luxemburg. Bei nicht im Großherzogtum Luxemburg ansässigen Versicherungsnehmern können die Prämien allerdings spezifischen Steuern entsprechend der im Wohnsitzland des Versicherungsnehmers geltenden Gesetzgebung unterliegen. Der Versicherungsnehmer sollte vor Abschluss einer Versicherung seinen Versicherungsagent oder Steuerberater konsultieren.

10.4. Informationen und Mitteilungen

10.4.1. Wie werden Sie informiert?

Im Anschluss an den Vertragsabschluss übermittelt die Gesellschaft dem Versicherungsnehmer die Persönlichen Bedingungen, in denen die Vertragsbezeichnung und die abgeschlossenen Versicherungen angegeben sind.

10.4.2. Kommunikation mit der Gesellschaft

Jegliche Korrespondenz im Zusammenhang mit dem abgeschlossenen Vertrag ist grundsätzlich schriftlich auf dem Postweg an den Unternehmenssitz der Gesellschaft zu richten.

Jegliche an den Versicherungsnehmer gerichtete Korrespondenz der Gesellschaft wird auf dem Postweg an die in den Persönlichen Bedingungen angegebene Adresse oder gegebenenfalls an die neueste der Gesellschaft auf dem Postweg mitgeteilte Wohnsitzadresse gesendet.

Wenn keine gegenteilige schriftliche Anweisung vorliegt, kann die Gesellschaft auch über elektronische Post mit dem Versicherungsnehmer, den Versicherten oder dem/den Bezugsberechtigten kommunizieren, wenn Letztere über eine gültige elektronische Adresse verfügen und diese der Gesellschaft zu Kommunikationszwecken mitgeteilt haben. Die Gesellschaft kann allerdings keinesfalls die Sicherheit und Verlässlichkeit der über elektronische Post getätigten Mitteilungen gewährleisten und behält sich das Recht vor, dieses Kommunikationsmittel nicht zu nutzen, wenn sie es als nicht angemessen oder ausreichend gesichert beurteilt.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der Gesellschaft Änderungen bezüglich seiner persönlichen Situation, wie ein Wechsel des steuerlichen Wohnsitzes, der Postanschrift oder der elektronischen Anschrift schnellstmöglich schriftlich gegebenenfalls zusammen mit den von der Gesellschaft geforderten Belegen mitzuteilen.

Solltes mehrere Versicherungsnehmer geben, ist eine Mitteilung der Gesellschaft an die in den Persönlichen Bedingungen genannte Anschrift oder an die zuletzt mitgeteilte Wohnsitzadresse gegenüber allen Versicherungsnehmern wirksam.

10.5. Rückkaufwerte, herabgesetzte Werte und Vorauszahlungen auf die Versicherungsleistungen

Die Zusatzversicherungen enthalten weder einen Rückkaufwert noch einen herabgesetzten Wert mit Ausnahme der Versicherung gegen das Invaliditätsrisiko mit abnehmenden Kapital (ACCRI abnehmendes Kapital).

Die Todesfallhauptversicherungen und die Zusatzversicherung ACCRI mit abnehmendem Kapital enthalten einen Rückkaufwert, dessen Betrag in den Persönlichen Bedingungen angegeben ist. Die Gesellschaft bestimmt den Rückkaufwert gemäß der technischen Berechnung, die für jeden Vertrag ausgearbeitet und der luxemburgischen Versicherungsaufsicht „Commissariat aux Assurances“ mitgeteilt worden ist. Die Gesellschaft gewährt keinerlei Vorauszahlung auf den Vertrag.

10.6. Widerspruchsrecht

Wurde der Vertrag für eine Laufzeit von über 6 Monaten abgeschlossen, kann der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab dem Zeitpunkt, an dem er über den Vertragsabschluss in Kenntnis gesetzt wird, vom Vertrag zurücktreten. Der Versicherungsnehmer wird als in Kenntnis gesetzt betrachtet ab dem Tag, an dem er die Persönlichen Bedingungen erhalten hat.

Der an die Gesellschaft per Einschreiben mit Rückschein gesandte Widerspruch bewirkt, dass die Parteien zukünftig von jeder vertragsgegenständlichen Verpflichtung entbunden sind.

Die Erstattung der gezahlten Prämie abzüglich der für die Deckung des Risikos verbrauchten Beträge erfolgt innerhalb von 30 Tagen nach dem Datum des Eingangs des Widerspruchsanspruchs bei der Gesellschaft.

10.7. Verjährung

Die Verjährungsfrist für jegliche Klagen im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag beträgt drei Jahre. Die Frist läuft ab dem Tag, an dem das Ereignis eingetreten ist, das die Klage begründet. Wenn der Kläger allerdings nachweist, dass er erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis dieses Ereignisses erlangt hat, läuft die Frist erst ab diesem Datum, wobei die Frist fünf Jahre ab dem Ereignis nicht überschreiten darf, ausgenommen im Fall von Betrug.

Handelt es sich um eine Klage des Bezugsberechtigten, läuft die Frist erst ab dem Tag, an dem dieser gleichzeitig von der Existenz des Vertrages, seiner Eigenschaft als Bezugsberechtigtem und von dem Eintritt des Schadenereignisses, von dem die Einforderbarkeit der Versicherungsleistungen abhängt, Kenntnis erhalten hat.

Die Rückgriffsklage des Versicherers gegen den Versicherten oder den Bezugsberechtigten verjährt nach drei Jahren ab dem Tag der Zahlung durch den Versicherer, ausgenommen im Fall von Betrug.

10.8. Reklamationen

Falls trotz der Bemühungen seitens der Gesellschaft zur Lösung der Probleme, die sich während der Vertragslaufzeit einstellen können, der Versicherungsnehmer keine zufriedenstellende Antwort erhalten hat, kann er seine Beschwerden der Generaldirektion der Gesellschaft, Place de l'étoile 1, L-1479 Luxemburg schriftlich mitteilen.

Er kann sich unbeschadet der Möglichkeit der Beschreitung des Rechtswegs ebenfalls an die auf Initiative der Vereinigung der Versicherungsgesellschaften gegründete Schlichtungseinrichtung wenden unter folgender Adresse: ACA - c/o Médiateur en Assurance - B.P.448 L-2014 Luxembourg, oder auch direkt an die Aufsichtsstelle Commissariat aux Assurances, 7 boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg.

10.9. Geltendes Recht und Gerichtsstand

Die Verträge unterliegen grundsätzlich luxemburgischem Recht.

Unbeschadet der Anwendung internationaler Verträge oder Übereinkommen fällt jede Klage, die sich auf diese Verträge bezieht, in die alleinige Zuständigkeit der Gerichte des Großherzogtums Luxemburg

10.10. Vertragssprache

Der Vertrag und die dazugehörigen Unterlagen werden in einer der Amtssprachen des Großherzogtums Luxemburg (Französisch oder Deutsch) verfasst. Auf schriftlichen Antrag des Versicherungsnehmers können sie allerdings in englischer Sprache verfasst werden.

10.11. Anwendbares Steuerrecht

Alle gegenwärtigen und zukünftigen Steuern, Abgaben und Beiträge, die auf die Verträge oder auf jetzt oder zukünftig geschuldete Beträge entfallen, gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers, seiner Rechtsnachfolger oder des Bezugsberechtigten.

Das auf die Verträge anwendbare Steuerrecht hängt von dem im Wohnsitzland des Versicherungsnehmer anzuwendenden Recht ab. Wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz im Großherzogtum Luxemburg hat, fallen die Verträge unter luxemburgisches Steuerrecht.

Die Gesellschaft stellt dem Versicherungsnehmer ein Merkblatt zum Steuerrecht, in dem das auf die Verträge anwendbare luxemburgische Steuerrecht erläutert wird, zur Verfügung. Dieses Merkblatt dient gemäß der geltenden Gesetzgebung lediglich der Information und hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Für zusätzliche Auskünfte sollte sich der Versicherungsnehmer an **einen Steuerberater wenden**.

11. SCHUTZ PERSONENBEZOGENER DATEN

Für die Datenverarbeitung verantwortliche Stelle

Die Gesellschaft 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 wie zum Beispiel die Erfassung, Speicherung, Organisierung, Strukturierung, Aufbewahrung, Anpassung oder Änderung, Extraktion, Abfrage, Verwendung, Weiterleitung durch Übertragung, Verbreitung oder jede weitere Form der Bereitstellung, 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 allgemein erforderlich und relevant sind für die Risikobeurteilung, die Schadenbewertung oder die ordnungsgemäße Ausführung der Vertragsverarbeitung und insbesondere entsprechend der jeweiligen Art des abgeschlossenen Versicherungsvertrags folgende Hauptkategorien 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
- Schadenregulierung
- 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 und vorbehaltlich strenger Beschränkungen und Bedingungen, die durch das luxemburgische Gesetz zum Versicherungsgeheimnis festgelegt sind, in Länder außerhalb der Europäischen Union übermittelt werden:

- 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 erfolgt an ein Unternehmen der AXA-Gruppe, 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, setzen wir Sie in Kenntnis davon, dass die Gesellschaft nachfolgende Dienste und Verarbeitungsvorgänge an externe oder konzerninterne Dienstleister vergeben kann:

- Die Filterung der Kundendatenbanken (Versicherungsanwärter, Versicherte und Bezugsberechtigte) 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 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, 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 zu gewährleisten.

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 Übertragbarkeit 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 der Einwilligung

Jede Person, die ausdrücklich und insbesondere in den unter „Rechtliche Grundlagen der Datenverarbeitung“ genannten Fällen in die Verarbeitung ihrer persönlichen Daten eingewilligt hat, kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung hat keine rückwirkende Kraft und stellt die auf der Einwilligung vor diesem Widerruf beruhende Verarbeitung nicht infrage.

c. Recht auf Vergessenwerden

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 ihre Einwilligung zurück, auf der 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 strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten, und sie hat das Recht, diese Daten einem anderen für die Verarbeitung Verantwortlichen zu übermitteln, ohne dass die Gesellschaft dagegen Einspruch erheben kann.

Sie kann darüber hinaus verlangen, dass ihre persönlichen Daten direkt von der Gesellschaft an einen anderen für die Datenverarbeitung 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.

12. 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 Bezugsberechtigter) 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 Versicherungsgesellschaft 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 oder können direkt auf der Internetseite www.axa.lu eingesehen werden.

13. 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.

14. SOLVABILITÄTSBERICHT DER VERSICHERUNGSGESELLSCHAFT

Der Bericht über Solvabilität und Finanzlage der Gesellschaft gemäß den geltenden Bestimmungen des Gesetzes über den Versicherungssektor ist auf einfache Anfrage bei der Gesellschaft erhältlich.

ANHANG 1: AUSSCHLÜSSE



1. ALLGEMEINE AUSSCHLÜSSE

Generell von den Hauptversicherungen (Todesfall) und Zusatzversicherungen (Unfall und Invalidität) ausgeschlossen sind Tod oder Invalidität des Versicherten, herbeigeführt:

- durch einen Selbsttötungsversuch des Versicherten, der weniger als ein Jahr nach Abschluss oder Inkrafttreten des Vertrags stattfindet; dasselbe Prinzip gilt im Fall der Erhöhung der versicherten Leistungen bis zu dieser Erhöhung und während des Jahres, das dieser Erhöhung folgt
- durch eine vorsätzliche Handlung des Versicherten oder auf Betreiben des Versicherungsnehmers oder eines Bezugsberechtigten oder einer sonstigen Person, die ein mittel- oder unmittelbares Interesse am Vertrag hat, außer bei Notwehr oder einer Rettung und der Erfüllung der Berufspflicht
- durch Krieg oder Ereignisse derselben Art, falls eine unmittelbare oder mittelbare Beziehung zwischen dem Tod und/oder der Invalidität des Versicherten und einer Offensive oder Defensive einer Krieg führenden Macht besteht
- mittel- oder unmittelbar durch Aufstände, auch wenn sie unkoordiniert sind, gewalttätige Demonstrationen, bürgerliche Unruhen oder im Untergrund organisierte Gewalttätigkeiten (einschließlich atomaren, bakteriologischen und chemischen Terrorismus) aus ideologischen, politischen, wirtschaftlichen oder gesellschaftlichen Gründen, welche Taten Einzelner oder von Gruppen sind und auf das Leben von Personen oder die Zerstörung von Sachen abzielen und die von einer Rebellion gegen die Obrigkeit begleitet werden oder nicht
- durch eine gerichtliche Verurteilung zur Todesstrafe oder unmittelbar durch ein Verbrechen oder eine vorsätzliche Tat, die von dem Versicherten als Täter oder Mittäter begangen worden ist und deren Folgen er hatte vorhersehen können
- durch die Folgen der radioaktiven, toxischen oder explosiven Eigenschaften von nuklearen Brennstoffen oder radioaktivem Abfall
- durch einen Bungee-Sprung

2. ZUSATZAUSSCHLÜSSE IM ZUSAMMENHANG MIT DER UNFALLVERSICHERUNG



Ausgeschlossen von der Zusatzunfallversicherung sind Tod und dauerhafte Vollinvalidität des Versicherten, herbeigeführt:

- durch einen Selbsttötungsversuch des Versicherten während der gesamten Vertragslaufzeit
- durch akrobatische Übungen, Wetten oder Herausforderungen und allgemein jegliche offenkundig waghalsigen Handlungen, an denen sich der Versicherte beteiligt hat
- durch die Tatsache, dass der Versicherte entweder unter dem Einfluss eines Rauschmittels, eines Halluzinogens oder einer sonstigen Droge steht oder im Zustand der Trunkenheit ist, es sei denn, es gibt keinen Kausalzusammenhang zwischen dem Tod oder der dauerhaften Vollinvalidität und den vorgenannten Umständen
- durch Naturkatastrophen

3. ZUSATZAUSSCHLÜSSE IM ZUSAMMENHANG MIT DER INVALIDITÄTSVERSICHERUNG



Ausgeschlossen von der Zusatzinvaliditätsversicherung des Versicherten ist Invalidität, herbeigeführt durch:

- einen Selbsttötungsversuch des Versicherten während der gesamten Vertragslaufzeit
- akrobatische Übungen, Wetten oder Herausforderungen und allgemein jegliche offenkundig waghalsigen Handlungen, an denen sich der Versicherte beteiligt hat

- die Tatsache, dass der Versicherte entweder unter dem Einfluss eines Rauschmittels, eines Halluzinogens oder einer sonstigen Droge steht oder im Zustand der Trunkenheit ist, es sei denn, es gibt keinen Kausalzusammenhang zwischen dem Tod oder der dauerhaften Vollinvalidität und den vorgenannten Umständen
- allergische Erkrankungen
- ein chronisches Müdigkeitssyndrom, Spasmophilie, Fibromyalgie sowie damit verbundene Begleiterscheinungen
- eine ästhetische Behandlung, es sei denn, es handelt sich um eine wiederherstellende Operation nach einem Unfall oder einem Krebsleiden
- Sterilisation, künstliche Befruchtung oder In-Vitro-Fertilisation

Psychische Erkrankungen fallen in keinem Fall unter den Versicherungsschutz gegen dauerhafte Vollinvalidität.

4. ALLGEMEIN VON DER HAUPTVERSICHERUNG (TODESFALL) AUSGESCHLOSSENE ABER VERSICHERBARE RISIKEN



Ausgeschlossen von der Hauptversicherung im Todesfall ist der Tod des Versicherten infolge der folgenden Risiken und Ereignisse – es sei denn die Versicherungsgesellschaft erteilt ihre ausdrückliche Genehmigung und ein eventueller Prämienzuschlag wird gezahlt:

- Unfall eines Luftfahrzeugs, in dem er sich als Pilot oder Crewmitglied befand
- Verwendung eines Luftfahrzeugs für Wettbewerbe oder Vorführungen, Geschwindigkeitstests, Luftangriffe, Trainingsflüge, Rekorde oder Rekordversuche sowie für jegliche Tests im Hinblick auf die Teilnahme an einer der vorgenannten Aktivitäten
- Ausübung einer Risikosportart wie Drachenfliegen, Fliegen eines Ultraleichtflugzeugs, Parasailing oder Automatik-Fallschirmspringen

5. ALLGEMEIN VON DEN VERSICHERUNGEN AUSGESCHLOSSENEN ABER VERSICHERBARE RISIKEN



Ausgeschlossen von der Todesfall-, Unfall- oder Invaliditätsversicherung ist der Tod oder die Invalidität infolge der folgenden Risiken und Ereignisse – es sei denn die Versicherungsgesellschaft erteilt ihre ausdrückliche Genehmigung und ein eventueller Prämienzuschlag wird gezahlt:

- Ausübung von Risikoberufen oder -tätigkeiten wie zum Beispiel:
 - Seemann (Tanker, Rettungsboot, U-Boot);
 - Bohrinserl;
 - alle Unterwasserarbeiten;
 - Einsteigen in Brunnen, Bergwerken oder Steinbrüche;
 - Hochspannungsarbeiten;
 - Arbeiten, die einen Sturz aus mindestens 4m Höhe zur Folge haben könnten;
 - Gerüst- oder Dacharbeiten;
 - Errichtung, Unterhalt oder Abbruch von Gebäuden oder Bauten;
 - Baumfällen oder –schnitt;
 - Feuerwehrmann;
 - Polizist in einer Sonderbrigade, Brigade zur Bekämpfung der Bandenkriminalität oder zur Drogenbekämpfung;
 - bewaffnetes Personal;
 - Tätigkeiten im Bereich Herstellung, Umwandlung oder Handhabung von chemischen oder biologischen Stoffen;
 - Tätigkeiten im Bereich Herstellung, Verwendung und Handhabung von Feuerwerkskörpern oder Sprengkörpern oder -stoffen;
 - Beförderung von brennbaren oder explosionsgefährlichen Stoffen.
- Unfall eines Luftfahrzeugs, in dem er sich als Pilot oder Crewmitglied befand
- Verwendung eines Luftfahrzeugs für Wettbewerbe oder Vorführungen, Geschwindigkeitstests, Luftangriffe, Trainingsflüge, Rekorde oder Rekordversuche sowie für jegliche Tests im Hinblick auf die Teilnahme an einer der vorgenannten Aktivitäten
- Führen eines motorbetriebenen Fahrzeugs mit 2 oder 3 Rädern mit einem Hubraum von mehr als 50 cm³

■ Ausübung von Risikosportarten wie zum Beispiel:

- Jagd;
- Fliegen eines oder Mitfliegen in einem Ultraleichtflugzeugs, einem Hubschrauber, einem Heißluftballon oder einem Flugzeug mit weniger als 8 Sitzplätzen;
- Ausübung eines sonstigen Sports als bezahlter Profi oder Amateur;
- Variantenfahren; Skispringen; Bobfahren; Skeleton;
- Segeln oder Segel- oder Motorbootsport mehr als 3 Seemeilen von der Küste;
- Bergsteigen in über 3000 m Höhe, Fels- oder Wandklettern ohne Sicherheitshaken, archäologische und höhlenkundliche Erforschungen;
- Sporttauchen mit autonomen Atemgerät in über 40 m Tiefe;
- Beteiligung an einem Sportwettkampf an Bord eines beliebigen Fahrzeugs oder Vorbereitung eines solchen Wettkampfes;
- Automatik-Fallschirmspringen, Parasailing, Gleitschirmfliegen, Drachenfliegen; Segelfliegen;
- Ausübung der folgenden Sportarten einschließlich der Vorbereitung im Rahmen eines Wettbewerbs der von einem offiziellen Verband oder im Rahmen eines Wettkampfes veranstaltet wird, der nicht ausschließlich Freizeitcharakter hat oder nur gelegentlich stattfindet;
- Motorbootsportwettkampf (inshore und offshore);
- Tunierreiten;
- Skifahren auf Schnee;
- Kampfsportarten und Kampfkunst.

ANHANG 2: BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzliches und unerwartetes Ereignis, das unmittelbar durch äußere Gewalteinwirkung eintritt, die dem Willen des Versicherten nicht unterliegt und eine körperliche Verletzung mit objektiven Symptomen nach sich zieht.

Dem Unfall gleichgestellt sind:

- Ertrinken
- Verletzungen bei einer Rettung von in Gefahr geratenen Menschen oder Gütern
- Vergiftungen, Erstickten oder Verbrennungen entweder durch die unabsichtliche Einnahme von toxischen oder korrosiven Substanzen oder durch die unerwartete Freisetzung von Gasen oder Dämpfen
- Komplikationen von ursprünglich durch einen versicherten Unfall verursachten Verletzungen
- Tollwut, Milzbrand und Tetanus

Selbsttötung wird nicht als Unfall angesehen.

UZV

Unfallzusatzversicherung.

Zusatzversicherung gegen das Risiko der Invalidität (ACCRI)

Zusatzversicherung gegen das Risiko der Invalidität.

Versicherte

Die Person, die der versicherten Gefahr ausgesetzt ist.

Versicherer

Die Gesellschaft Axa Assurances Vie Luxembourg S.A., 1 place de l'étoile, L-1479 Luxembourg, bei der der Vertrag abgeschlossen wird.

Bezugsberechtigter

Die im Vertrag bezeichnete(n) Person(en), die Anspruch auf den Erhalt der vorgesehenen Leistungen im Todes- oder Invaliditätsfall haben.

Vertrag

Der Vertrag bezeichnet den Versicherungsvertrag „BIL Protection Prêt Immo by AXA“ .

Konsolidierung

Stabilisierung eines Gesundheitszustands nach einem Unfall oder einer Krankheit mit fortbestehenden Folgeschäden, die sich voraussichtlich nicht mehr verschlimmern oder nennenswert weiterentwickeln und dem Gesundheitszustand einen dauerhaften Charakter verleihen. Die Konsolidierung wird vom Vertrauensarzt der Gesellschaft festgelegt.

Wartezeit

Als Wartezeit gilt der beim Inkrafttreten der zusätzlichen Invaliditätsversicherung beginnende Zeitraum, in dem das Risiko nicht abgedeckt ist.

Karenzzeit

Der Zeitraum zwischen dem Datum der Invaliditätsfeststellung, die einen Anspruch auf Entschädigung eröffnet, und dem effektiven Beginn dieser Entschädigung.

Wohnsitz

Der Wohnsitz ist der räumliche Lebensmittelpunkt und gewöhnliche Aufenthaltsort des Versicherungsnehmers und/oder des Versicherten (Luxemburg, Frankreich, Belgien, Deutschland).

Versicherungsvermittler

Die natürliche oder juristische Person, die über eine Zulassung als Versicherungsagent oder Versicherungsmakler verfügt und am Vertragsabschluss und/oder an der Vertragsverwaltung beteiligt ist.

Invalidität

Jeglicher körperlicher oder geistiger Zustand des Versicherten, der die Folge eines Unfalls oder einer Krankheit ist und seine Arbeitsfähigkeit vollständig oder teilweise beeinträchtigt, welche unter Berücksichtigung des in den Persönlichen Bedingungen angegebenen und zum Zeitpunkt des Schadens noch stets ausgeübten Berufs bewertet wird.

Invalidität bezeichnet sowohl die Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit als auch die Berufsunfähigkeit.

Grad der Invalidität

Der Grad der Invalidität wird nach der höchsten Stufe jeweils für die Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit und die Berufsunfähigkeit festgelegt.

Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit

Die Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit entspricht der Reduktion der körperlichen Unversehrtheit des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit. Der physiologische Invaliditätsgrad wird durch Sachverständige festgelegt.

Berufsunfähigkeit

Die Berufsunfähigkeit ist eine Minderung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten infolge einer ihn betreffenden Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Deren Grad wird unter Berücksichtigung der vom Versicherten ausgeübten Tätigkeit und der Möglichkeiten seiner Wiedereingliederung in das Berufsleben festgesetzt, wobei der Beruf mit seinen Kenntnissen, seiner Erfahrung und seinen Begabungen in Einklang stehen muss; die Beurteilung des Grades der Arbeitsunfähigkeit ist somit von sonstigen wirtschaftlichen Kriterien unabhängig.

Die Berufsunfähigkeit wird nach den normalen wirtschaftlichen Umständen beurteilt.

Der Mutterschaftsurlaub, der Elternurlaub sowie jeder sonstige gesetzlich vorgesehene Beschäftigungsverbots- oder Ruhezeitraum gelten nicht als Berufsunfähigkeit. Die mit der Schwangerschaft verbundenen Komplikationen sowie die in Folge einer Geburt eventuell auftretende Invalidität sind abgedeckt.

Teilinvalidität

Die Invalidität gilt als Teilinvalidität, sofern der Schweregrad der Berufsunfähigkeit oder der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit unter 67 % liegt. Erst ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 25 % erkennen wir eine Invalidität als solche an.

Vollinvalidität

Die Invalidität gilt als Vollinvalidität, sofern der Schweregrad der Berufsunfähigkeit oder der Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit mindestens 67 % beträgt.

Dauerhafte Invalidität

Jeglicher körperlicher oder geistiger Zustand des Versicherten, der die Folge eines Unfalls oder einer Krankheit ist und seine Arbeitsfähigkeit teilweise beeinträchtigt oder gänzlich unterbindet, wobei seine Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung des bei Vertragsabschluss angegebenen und zum Zeitpunkt des Schadens noch stets ausgeübten Berufs bewertet wird.

Der dauerhafte Charakter der Invalidität kann nicht als solcher vor der Stabilisierung des gesundheitlichen Zustands des Versicherten und der formellen Feststellung der Dauerhaftigkeit dieser Invalidität durch den Vertrauensarzt der Gesellschaft anerkannt werden.

Dauerhafte Vollinvalidität

Dauerhafte Vollinvalidität ist eine Invalidität, deren Grad mindestens bei 67% liegt, wodurch es dem Versicherten endgültig unmöglich ist, seinen Beruf auszuüben oder sich unter normalen wirtschaftlichen Voraussetzungen wieder ins Berufsleben einzugliedern und dabei eine Arbeit anzunehmen, die seinen Kenntnissen, seiner Erfahrung und seinen Fähigkeiten entspricht.

Krankheit

Eine Krankheit ist eine Verschlechterung des ursprünglichen Gesundheitszustands ohne Unfalleinwirkung und die mittels ärztlicher Untersuchung überprüfbar ist. Schwangerschaft ist keine Krankheit.

Vorversicherung

Gewährter Versicherungsschutz für den Zeitraum zwischen dem Zeitpunkt des Inkrafttretens des Darlehens und dem Datum der ersten Darlehensrückzahlung.

Prämie(n)

Die vom Versicherungsnehmer geleistete(n) Zahlung(en) als Gegenleistung für die im Rahmen des Vertrages von der Gesellschaft übernommenen Verpflichtungen.

Verjährung

Erlöschen eines Rechts nach Ablauf einer festgelegten Frist.

Rückfall

Als Rückfall gilt jede neue Invalidität, welche innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Übernahme einer von der Versicherung abgedeckten zeitweiligen Invalidität eintritt und auf die gleiche Krankheit oder den gleichen Unfall zurückzuführen ist.

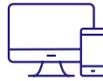
Herabsetzung der Versicherungsleistung

Herabsetzung des Betrags der Hauptversicherungen im Fall der Einstellung der Prämienzahlung.

Einkommen aus der Berufstätigkeit

Für die Freiberufler und sonstigen Selbstständigen gilt als Einkommen aus der Berufstätigkeit das Nettoeinkommen, d.h. der Gewinn aus der im Versicherungsantrag angegebenen Tätigkeit (siehe Einkommensteuergesetz vom 04.12.1967). Für Arbeitnehmer gilt als Einkommen aus der Berufstätigkeit die in der Lohnbescheinigung ausgewiesene Bruttovergütung.

Ihr AXA-Ansprechpartner



Sie finden alle Ihre Vertragsleistungen
und -unterlagen auf **MYAXA**
axa.lu

AXA beantwortet Ihre Fragen auf:

