



Vorsorge - Sparen

Versicherungs- bedingungen Leben Privatkundent



Januar 2017

abteilung	seite	inhalt
1 Allgemeine Versicherungsbedingungen	4	
	5	Vertragsparteien
	5	Vertragsdokumente
	5	Vertragsgegenstand
	5	Zustandekommen, Inkrafttreten und Dauer des Vertrages
	5	Widerspruchsrecht
	6	Angaben
	6	Rechte des Versicherungsnehmers
	8	Prämien
	9	Nicht versicherte Risiken
	10	Auszahlung der Leistungen
	10	Gewinnbeteiligung und Erhöhung der Versicherungsleistung
	11	Kommunikation und Datenschutz
	11	Steuerliche Behandlung des Vertrages
	12	FATCA – Automatischer Informationsaustausch
	12	Steuerliche Aspekte der Altersvorsorgeversicherung
	12	Bankgebühren
	13	Streitigkeiten
	13	Geltendes Recht und Gerichtsstand
	13	Verjährung
2 Unfallzusatzversicherung	14	
	14	Begriffsbestimmungen
	15	Gegenstand der Versicherung
	16	Prämien
	16	Geographischer Geltungsbereich
	16	Nicht versicherte Risiken
	17	Verpflichtungen im Schadenfall
	18	Feststellung der Vollinvalidität
	18	Streitigkeiten
	18	Bezugsberechtigter
	18	Auszahlung der Leistungen
	19	Versicherungsdauer

Inhalt

abteilung	seite	inhalt
3. Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ergänzend zu den Versicherungen Equatoria, Alizea und Domia	20	
	20	Begriffsbestimmungen
	22	Gegenstand der Versicherung
	23	Prämien
	23	Geographischer Geltungsbereich
	23	Nicht versicherte Risiken
	25	Verpflichtungen im Schadenfall
	26	Feststellung der Invalidität
	26	Streitigkeiten
	26	Bezugsberechtigter
	26	Auszahlung der Leistungen
	26	Versicherungsdauer
4. Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ergänzend zur Versicherung Serena	28	
	28	Begriffsbestimmungen
	30	Gegenstand der Versicherung
	32	Prämien
	32	Geographischer Geltungsbereich
	32	Nicht versicherte Risiken
	34	Verpflichtungen im Schadenfall
	35	Feststellung der Invalidität
	35	Streitigkeiten
	35	Bezugsberechtigter
	35	Auszahlung der Leistungen
	35	Versicherungsdauer
5 Krankenhauszusatzversicherung	36	
	36	Begriffsbestimmungen
	37	Gegenstand der Versicherung
	37	Limitierte Haftung
	37	Prämien
	38	Geographischer Geltungsbereich
	38	Nicht versicherte Risiken
	39	Verpflichtungen im Schadenfall
	40	Feststellung der Aufnahme ins Krankenhaus

Inhalt

abteilung	seite	inhalt
	40	Streitigkeiten
	40	Bezugsberechtigter
	40	Auszahlung der Leistungen
	40	Versicherungsdauer
5 Beistand bei der Rückführung der sterblichen Überreste	41	
	41	Beisetzung oder Einäscherung im Wohnsitzland
	41	Beisetzung oder Einäscherung im Ausland
	42	Beihilfe bei den Formalitäten
	42	Haustiere
	42	Übermittlung eiliger Nachrichten
	42	Betreuung von Kindern unter 16 Jahren

1 Allgemeine Versicherungsbedingungen

1.1 Vertragsparteien

Gemäß diesem Versicherungsvertrag versteht man unter

- der **Gesellschaft**: AXA Assurances Vie Luxembourg, eine luxemburgische Versicherungsgesellschaft, mit der der Vertrag geschlossen wird;
- dem **Versicherungsnehmer**: die Person/en, die den Versicherungsvertrag unterzeichnet/-n und der/denen die Zahlung der Prämien obliegt. Sollte es mehrere **Versicherungsnehmer** geben, sind diese gesamtschuldnerisch für sämtliche Pflichten im Rahmen dieses Vertrags haftbar.
- dem **Versicherten**: die Person(en), die mit dem Risiko des Eintritts des versicherten Ereignisses behaftet ist/sind;
- dem **Bezugsberechtigten**: die Person/en, der/denen das vertragliche Recht eingeräumt wird, über die Versicherungsleistung zu verfügen.

1.2 Vertragsdokumente

Der Versicherungsvertrag, im Folgenden der Vertrag genannt, setzt sich aus den Folgenden Vertragsdokumenten zusammen:

- dem **Versicherungsantrag** und sonstigen **Fragebögen**, in denen die Eigenschaften der Versicherung und die Bestandteile der Risikobewertung erfasst werden. Er wird von dem **Versicherungsnehmer** und dem **Versicherten** ausgefüllt und unterzeichnet.
- den **Allgemeine Versicherungsbedingungen**, in denen die Rechte und Pflichten der Vertragsbeteiligten aufgeführt werden.
- den **Persönlichen Bedingungen**, durch die jeder Vertrag individuell ausgestaltet wird und insbesondere die Bestandteile der Risikobewertung wie die Angaben zum Versicherungsnehmer, zum Versicherten, zu den versicherten Risiken, den Deckungssummen, der vertragliche Laufzeit usw. enthalten.
- dem Anhang mit den Bestimmungen, die für die **Versicherungsnehmer** gelten, welche möglicherweise nicht in Luxemburg ansässig sind.
- den später folgenden Nachträgen, in denen die möglicherweise eintretenden vertraglichen Änderungen schriftlich festgehalten werden.

1.3 Vertragsgegenstand

Die **Gesellschaft** sichert dem **Bezugsberechtigten** die Auszahlung der Beträge zu, die in den **Persönlichen Bedingungen** angegeben werden: entweder im Überlebensfall des **Versicherten** bei Vertragsablauf oder im Todesfall vor Vertragsablauf.

1.4 Zustandekommen, Inkrafttreten und Dauer des Vertrages

Der Vertrag kommt durch Unterschriftsleistung unter die **Persönlichen Bedingungen** seitens des **Versicherungsnehmers** und der **Gesellschaft** zustande.

Er tritt am in den **Persönlichen Bedingungen** genannten Datum für die dort genannte Laufzeit in Kraft, frühestens aber am Tage, an dem die Einlösumsprämie gezahlt wird. Das Datum des Inkrafttretens und das Ablaufdatum des Vertrags gelten von 0 Uhr bis 0 Uhr.

1.5 Widerspruchsrecht

Der **Versicherungsnehmer** kann dem Vertrag innerhalb einer Frist von 30 Tagen, an dem er über den Vertragsabschluss in Kenntnis gesetzt wird, widersprechen.

Falls der Vertrag zur Absicherung der Tilgung eines von einem Kreditinstitut gewährten Darlehens im Falle des Todes des Darlehensnehmers dient, ist die Widerspruchsfrist auf 14 Tage beschränkt.

Der an die **Gesellschaft** per Einschreiben 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 bei Erhalt des Originalvertrages.

1.6 Angaben

1.6.1 Angaben bei Vertragsabschluß

Bei Vertragsschluss müssen der **Versicherungsnehmer** und der **Versicherte** alle Umstände genau angeben, welche Bestandteile der Risikoprüfung durch die **Gesellschaft** sind.

Im Falle vorsätzlich verschwiegener oder falsch angegebener Umstände, wodurch die **Gesellschaft** bei ihrer Risikoprüfung fehlgeleitet wird, ist der Vertrag ungültig; die bis zu dem Zeitpunkt, in dem die **Gesellschaft** von dieser vorsätzlich verschwiegenen oder falsch gemachten Angabe Kenntnis erlangt, fällig gewordenen Prämien stehen ihr auf jeden Fall zu.

Bei nicht vorsätzlich gemachten unvollständigen bzw. unrichtigen Angaben kann die **Gesellschaft** binnen Jahresfrist ab dem Inkrafttreten des Vertrages eine Änderung dieses Vertrags vorschlagen oder von dem Vertrag zurücktreten, falls sie den Nachweis erbringt, dass sie dieses Risiko ansonsten keinesfalls versichert hätte, oder falls der Änderungsantrag für den Vertrag von dem **Versicherungsnehmer** nicht angenommen oder sogar zurückgewiesen worden ist.

Wenn indessen eine falsche Angabe zum Alter des **Versicherten** vorliegt, werden die Deckungen gemäß dem wahren Alter, das zu berücksichtigen gewesen wäre, erhöht oder verringert.

1.6.2 Anzeigen während der Vertragslaufzeit

Der **Versicherungsnehmer** und der **Versicherte** unterliegen der Verpflichtung, während der Vertragslaufzeit mit Ausnahme der Entwicklung des Gesundheitszustandes des **Versicherten** den Kern des Vertrages berührende und dauerhafte Änderungen der Umstände anzuzeigen, welche sich auf den Eintritt des versicherten Risikos beziehen, insbesondere in Bezug auf

- einen Wechsel der beruflichen Tätigkeit des **Versicherten**,
- der Wohnsitzwechsel des Versicherungsnehmers und des Versicherten in ein Land außerhalb der Europäischen Gemeinschaft.
- der Wohnsitzwechsel des Versicherungsnehmers und des Versicherten in ein Land außerhalb der Europäischen Gemeinschaft.
- eine Änderung bei den sportlichen Aktivitäten oder Freizeitaktivitäten des **Versicherten**.

Sollte sich die Umstände dergestalt ändern, dass die **Gesellschaft** die Gefahrtragung nur zu anderen als den bestehenden Bedingungen gewährt hätte, kann sie binnen Monatsfrist ab dem Tage, an dem sie hiervon Kenntnis erlangt hat, eine rückwirkende Vertragsänderung ab dem Tag der Gefahrerhöhung vorschlagen.

Falls die **Gesellschaft** den Nachweis erbringt, dass sie das erhöhte Risiko keinesfalls übernommen hätte, oder falls der Änderungsantrag für den Vertrag von dem **Versicherungsnehmer** nicht angenommen oder sogar zurückgewiesen worden ist, kann sie vom Vertrag innerhalb derselben Frist zurücktreten.

1.7 Rechte des Versicherungsnehmers

1.7.1 Bezeichnung des Bezugsberechtigten

Der **Versicherungsnehmer** hat die Möglichkeit, ein oder mehrere **Bezugsberechtigte** zu benennen.

Die Bezugsberechtigung kann auf schriftlichen Antrag des **Versicherungsnehmers** hin geändert werden. 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.

Die Änderung der Bezugsberechtigung wird in einem **Nachtrag** zum Vertrag festgehalten, der die Unterschrift der **Gesellschaft** und des **Versicherungsnehmers** trägt.

1.7.2 Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

Wenn der herabgesetzte Wert positiv ist, kann der **Versicherungsnehmer** schriftlich die Herabsetzung der Versicherungsleistungen beantragen, insofern er ein oder mehrere Beträge für den Vertrag in Höhe der Prämien von insgesamt mindestens 2 Versicherungsjahren entrichtet hat.

Bei Altersvorsorgeversicherungen ist diese Herabsetzung jederzeit möglich.

Hierdurch wird der **Versicherungsnehmer** von den Prämienzahlungen endgültig befreit. Er behält das Recht auf Erwerb der Leistung aus dem Vertrag im Rahmen der herabgesetzten Versicherungsleistungen.

Die **Gesellschaft** bestimmt den Wert der Herabsetzung der Versicherungsleistungen gemäß der technischen Berechnung, die für jede Versicherungskombination ausgearbeitet und der luxemburgischen *Commissariat aux Assurances* mitgeteilt worden ist.

Der Wert der Herabsetzung wird an dem Tag berechnet, der dem Ende der Versicherungslaufzeit entspricht, welche durch die letzte gezahlte Prämie oder der letzten gezahlten Prämienrate abgedeckt ist. Die Herabsetzung tritt an diesem Tage in Kraft.

Die Herabsetzung der Versicherungsleistungen wird in einem **Nachtrag** festgehalten, der die Unterschrift der **Gesellschaft** und des **Versicherungsnehmers** trägt.

1.7.3 Wiederbelebung der prämienfreien Versicherung

Der **Versicherungsnehmer** kann schriftlich die Wiedereinsetzung des prämienfreien Vertrages vorbehaltlich der vorherigen Zustimmung der **Gesellschaft** verlangen. Die Wiederbelebung erfolgt zu den in der **Gesellschaft** zu diesem Zeitpunkt geltenden Bedingungen.

Die Wiederbelebung hängt ab von dem positiven Ergebnis von ärztlichen Untersuchungen, wobei die Kosten für diese Untersuchungen vom **Versicherungsnehmer** zu tragen sind.

1.7.4 Rückkauf des Vertrags

Wenn der Rückkaufwert positiv ist, kann der **Versicherungsnehmer** schriftlich zusammen mit einer Kopie des gültigen Personalausweises und eines Auszugs der Bankangaben unter Angabe des Namens des Versicherungsnehmers den Rückkauf des gesamten Vertrages beantragen, insofern er ein oder mehrere Beträge in Höhe der Prämien von insgesamt mindestens den ersten beiden Versicherungsjahren entrichtet hat.

Der Gesamtrückkaufwert kann keinesfalls die Versicherungsleistung im Todesfall im Zeitpunkt des Rückkaufes übersteigen.

Die **Gesellschaft** bestimmt den Rückkaufwert gemäß der technischen Berechnung, die für jede Versicherungskombination ausgearbeitet und der luxemburgischen *Commissariat aux Assurances* mitgeteilt worden ist.

Der mögliche Überschuss beim Rückkaufwert wird in eine Einmalprämie umgewandelt, die zur Finanzierung einer Kapitalversicherung auf den Erlebensfall ohne Prämienrückerstattung dient, deren in den **Persönlichen Bedingungen** festgelegte, versicherte Leistung bei Vertragsablauf zur Auszahlung kommt, falls der **Versicherte** an diesem Datum am Leben ist.

Der Rückkauf tritt an dem Tage in Kraft, an dem der **Versicherungsnehmer** die Abfindungserklärung innerhalb von 30 Tagen unterzeichnet; nach dieser Frist läuft die Abfindungserklärung ab.

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

Sollte ein Recht auf Erwerb der Leistung durch Annahme durch den Bezugsberechtigten entstanden sein, hängt die Ausübung des Rückkaufrechts von der Zustimmung des akzeptierenden **Bezugsberechtigten** ab.

Das Rückkaufrecht besteht nicht bei den Kapitalversicherungen auf den Erlebensfall ohne Prämienrückerstattung.

1.7.5 Vorauszahlung auf die Versicherungsleistungen

Der **Versicherungsnehmer** kann gegen Hinterlegung des Originalvertrags eine verzinsliche Vorauszahlung auf die Versicherungsleistungen für die Hauptdeckungen vorbehaltlich der vorausgehenden Zustimmung der **Gesellschaft** erhalten.

Der Mindestbetrag für eine Vorauszahlung beläuft sich auf 500.- €.

Der Gesamtvorauszahlungsbetrag kann 80% des Rückkaufwertes nicht überschreiten und ist auf die Versicherungsleistung im Todesfall beschränkt.

Die Vorauszahlung wird in einem **Nachtrag** erfasst, in dem die Modalitäten und Bedingungen der Vorauszahlung genannt werden und der von der **Gesellschaft**, dem **Versicherungsnehmer** und ggf. dem **Bezugsberechtigten** unterzeichnet wird.

Ein Anspruch auf Vorauszahlung besteht nicht bei Risikolebensversicherungen und bei Altersvorsorgeversicherungen.

1.7.6 Abtretung von Rechten

Der **Versicherungsnehmer** kann jederzeit schriftlich bei der **Gesellschaft** beantragen, die aus dem Vertrag erwachsenden Rechte ganz oder teilweise zu übertragen.

Sollte ein Recht auf Erwerb der Leistung durch Annahme durch den Bezugsberechtigten entstanden sein, hängt die Ausübung des Rechts auf Abtretung von der Zustimmung des akzeptierenden **Bezugsberechtigten** ab.

Die Übertragung wird in einem **Nachtrag** festgehalten, der die Unterschrift der **Gesellschaft**, des **Versicherungsnehmers** und des Abtretungsempfängers trägt. Die Zustimmung des **Versicherten** ist ebenfalls erforderlich.

Ein Anspruch auf Übertragung besteht nicht bei Altersvorsorgeversicherungen.

1.7.7 Vertragsänderung

Der **Versicherungsnehmer** kann schriftlich bei der **Gesellschaft** die Anpassung der **Persönlichen Bedingungen** 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 Ergebnis ärztlicher Untersuchungen abhängig gemacht werden.

Die Anpassung wird in einem **Nachtrag** erfasst, der von der **Gesellschaft**, dem **Versicherungsnehmer** und ggf. dem akzeptierenden **Bezugsberechtigten** unterzeichnet wird.

1.8 Prämien

1.8.1 Prämienzahlung

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

Wenn kein Lastschriftverfahren eingerichtet worden ist, sendet die **Gesellschaft** bei jeder Fälligkeit eine Zahlungsaufforderung mit Angabe des Prämienbetrages an den **Versicherungsnehmer**.

1.8.2 Einstellung der Prämienzahlung

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 dem Folgetag der Einreichung des Einschreibens bei der Post nicht beglichen wird, tritt die **Gesellschaft**

- entweder vom Vertrag zurück und zahlt dabei ggf. den Rückkaufwert aus
- oder setzt die vertragliche Deckung herab.

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

1.9 Nicht versicherte Risiken

1.9.1 Immer ausgeschlossene Risiken

Unabhängig von der Ursache versichert die Gesellschaft weltweit alle Todesfallgefahren des Versicherten vorbehaltlich der nachgenannten Ausschlüsse:

- im Falle des Todes wegen Selbsttötung, die weniger als ein Jahr nach dem Abschluss oder der Wiederbelebung des Vertrages eintritt; derselbe Grundsatz gilt im Falle einer Erhöhung der Versicherungsleistungen in Höhe dieser Erhöhung und während des Jahres, das auf diese Erhöhung folgt;
- im Falle des Todes, der vorsätzlich durch den Versicherten oder auf Betreiben des Versicherungsnehmers oder eines Bezugsberechtigten oder einer sonstigen Person, die ein mittel- oder unmittelbares Interesse am Vertrag hat, herbeigeführt worden ist, außer bei Notwehr oder einer Rettung und der Erfüllung der Berufspflicht;
- wenn der Tod durch Krieg oder Ereignisse derselben Art verursacht worden ist, falls eine unmittelbare oder mittelbare Beziehung zwischen dem Tod und einer Offensive oder Defensive einer Krieg führenden Macht besteht;
- Tod mittel- oder unmittelbar im Verlaufe von Aufruhr, auch wenn er unkoordiniert ist, gewalttätigen Demonstrationen, bürgerlichen Unruhen oder im Untergrund organisierten 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 ob mit Aufstand gegen die Obrigkeit begleitet werden oder nicht;
- im Falle des Todes wegen einer gerichtlichen Verurteilung zur Todesstrafe oder dessen sofortige und unmittelbare Ursache ein Verbrechen oder eine vorsätzliche Tat ist, die von dem Versicherten als Täter oder Mittäter begangen worden ist und deren Folgen er hatte vorhersehen können;
- im Falle des Todes wegen der radioaktiven, toxischen oder explosiven Eigenschaften von nuklearen Brennstoffen oder radioaktivem Abfall;
- im Falle des Todes während eines Sprungs in die Tiefe mit einem Gummiband (Bungee).

1.9.2 Versicherbare Risiken

Ausgeschlossen ist außer bei anders lautender Vereinbarung, die einen eventuellen Prämienzuschlag vorsieht, der Tod des Versicherten, falls er verursacht wird durch:

- einen Unfall eines Luftfahrzeugs, in das er als Pilot oder als Mitglied der Crew eingestiegen ist;
- die Verwendung eines Luftfahrzeugs für Wettbewerbe oder Vorführungen, Geschwindigkeitstests, Langstreckenflüge, Trainingsflüge, Rekorde oder Rekordversuche sowie während eines Tests, um sich an einer dieser Aktivitäten zu beteiligen;
- die Ausübung einer risikobehafteten Sportart wie Fliegen mit einem motorisierten Leichtflugzeug, Drachenfliegen, Fallschirmschlepp oder Fallschirmspringen mit automatischer Schirmöffnung;

Im Todesfall des Versicherten auf Grund 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.

1.10 Auszahlung der Leistungen

Die **Gesellschaft** zahlt die Versicherungsleistungen gegen eine Abfindungserklärung an den **Bezugsberechtigten** innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt aller im Folgenden genannten Unterlagen aus:

- der unterzeichneten **Persönlichen Bedingungen** und die möglicherweise vorhandenen **Nachträge**;
- des Zahlungsbelegs für die letzte fällige Prämie und ggf. der letzten Zinsquittung für die Vorauszahlung;
- einer Kopie des gültigen Personalausweises des **Bezugsberechtigten** und eines Auszugs der Bankangaben unter Angabe des Namens des Versicherungsnehmers;
- einer Kopie der Nachweise, die die Eigenschaft des gesetzlichen Vertreters belegen, wenn der **Bezugsberechtigte** nicht geschäftsfähig ist. Außerdem muss Folgendes beigefügt werden:
- im Erlebensfall des **Versicherten**:
 - ein Lebensnachweis bei Vertragsende.
- im Todesfall des **Versicherten**:
 - ein Auszug aus der Sterbeurkunde;
 - ein ärztliches Gutachten, in dem die Todesursache und -umstände angegeben werden und das durch den Arzt oder die Ärzte, die den **Versicherten** während seiner letzten Erkrankung behandelt haben, oder im Falle eines unerwarteten Todes durch den Arzt, der den Tod festgestellt hat, abgefasst worden ist.
 - eine Offenkundigkeitsurkunde, in der die Eigenschaften und Ansprüche der **Bezugsberechtigten** genannt werden, wenn sie nicht namentlich bezeichnet worden sind.

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

1.11 Gewinnbeteiligung und Erhöhung der Versicherungsleistung

Gemäß der von dem **Versicherungsnehmer** bei Vertragsabschluss gewählten Option, die in den **Persönlichen Bedingungen** genannt wird, gewährt die **Gesellschaft** entweder eine Gewinnbeteiligung oder eine Erhöhung der Versicherungsleistung.

Die **Gesellschaft** informiert den **Versicherungsnehmer** jedes Jahr über die Höhe der Gewinnbeteiligung oder die Erhöhung der Versicherungsleistung. Diese Beträge stehen dem **Versicherungsnehmer** endgültig zu, weswegen sie für die Berechnung des Wertes der herabgesetzten Versicherung und des Rückkaufwertes nicht herangezogen werden.

Vor Abschluss des Versicherungsjahres und der Erstellung der Gewinn- und Verlustrechnung berechnet die **Gesellschaft** die Abweichungen zwischen

- den Prämienzuschlägen und den tatsächlichen Ausgaben, für die sie gedacht waren;
- der vorausberechneten Sterblichkeit laut den verwendeten Sterbetafeln und der tatsächlichen Sterblichkeit;
- dem Realzins aus den Anlangen, die für die mathematischen Reserven repräsentativ sind, und dem Zins auf diese Reserven zum Satz des Tarifs;
- der Höhe der Wertpapiere, die im Laufe des Versicherungsjahres veräußert oder getilgt wurden, und dem diesbezüglichen Kaufpreis; die Abschreibungen werden jedoch berücksichtigt.

Wenn die Summe dieser Unterschiedsbeträge positiv ist, schlägt der Verwaltungsrat der Hauptversammlung der Aktionäre vor, einen Teil festzusetzen, der auf Verträge, die den nachfolgend genannten Kriterien genügen, aufgeteilt wird.

Bei Verträgen, die eine Erhöhung der Versicherungsleistung einräumen, erfolgen diese Gewinnverteilungen über eine Anhebung der mathematischen Reserven der Verträge. Wenn die fällig werdenden Prämien um denselben Satz erhöht werden, erfolgt die sich daraus ergebende Anhebung des Kapitals in demselben Verhältnis. Wenn der **Versicherungsnehmer** der Prämienanhebung ablehnt, erhält er lediglich eine kostenlose Erhöhung der mathematischen Reserve, die als eine Inventareinmalprämie angesehen wird, welche eine Erhöhung des niedrigeren Kapitals garantiert.

Es kommen nicht solche Verträge in den Genuss dieser Verteilung, bei denen

- weder das Erlebensfallkapital
- noch die Jahresprämie (von der die möglichen Zusatzprämien abgezogen werden), die die vom Verwaltungsrat festgelegten Mindestbeträge nicht erreichen. Dasselbe gilt für die Verträge, die im Zeitpunkt der Verteilung herabgesetzt sind.

1.12 Kommunikation und Datenschutz

1.12.1 Kommunikation

Eine Mitteilung des **Versicherungsnehmers** zu dem Versicherungsvertrag ist schriftlich an die **Gesellschaft** zu senden.

Der Wohnsitz des **Versicherungsnehmers** wird von Rechts wegen an der in den **Persönlichen Bedingungen** erwähnten Anschrift gewählt. Die Mitteilungen der **Gesellschaft** werden rechtswirksam an diese Anschrift gesandt. Bei einer Wohnsitzänderung des **Versicherungsnehmers** muss dieser hierüber die **Gesellschaft** schriftlich und so schnell wie möglich in Kenntnis setzen.

Sollte es mehrere **Versicherungsnehmer** geben, ist eine Mitteilung an die in den **Persönlichen Bedingungen** genannte Anschrift gegenüber allen **Versicherungsnehmern** wirksam.

1.12.2 1.12.2 Datenschutz

Gemäß dem Gesetz vom 2. August 2002 Verarbeitung personenbezogener Daten gestatten der Versicherungsnehmer, der Versicherte und der (die) Begünstigte(n) der Versicherungsgesellschaft alle übermittelten Daten (einschließlich medizinischer Angaben) zur Beurteilung des Risikos, zur Vorbereitung, Verwaltung und Ausführung des Versicherungsvertrags, zur Regulierung eventueller Schadensfälle und zur Betrugsprävention zu sammeln, zu speichern und zu verarbeiten. Die Versicherungsgesellschaft kann personenbezogene Daten betreffend den Versicherungsnehmer und den Versicherten an Versicherer, Rückversicherer, medizinische Berater sowie an Organisationen und Personen, denen die Gesellschaft gesetzlich zur Offenlegung dieser Daten zwecks Einhaltung des Berufsgeheimnisses verpflichtet ist, und gemäß den Modalitäten und Bedingungen im Sinne von Artikel 300 des luxemburgischen Gesetzes vom 7. Dezember 2015 über den Versicherungssektor zur Sicherung des Berufsgeheimnisses in Versicherungsangelegenheiten weiterleiten.

Der Versicherungsnehmer sowie die vom Vertrag betroffenen Personen können ihre gesamten Daten mittels eines an den für die Verarbeitung Verantwortlichen gerichteten datierten und unterschriebenen Antrags adressiert an „AXA Assurances Vie Luxembourg S.A -1, place de l'Etoile- L-1479 Luxembourg“ einsehen und berichtigen lassen. Ab dem Zeitpunkt, an dem der Begünstigte unwiderruflich den Status des Begünstigten erworben hat, hat dieser ebenfalls das Recht die ihn betreffenden Daten einzusehen und Ihre Berichtigung zu beantragen, falls diese nicht korrekt, unvollständig oder veraltet sind.

Die Speicherung personenbezogener Daten ist auf die Laufzeit des Versicherungsvertrags und die gesetzliche vorgeschriebenen Fristen begrenzt.

Im Allgemeinen verwendet die Gesellschaft diese Daten zur Beurteilung der Risiken, zur Vorbereitung, Verwaltung und Ausführung der Verträge, zur Regulierung eventueller Schadensfälle und zur Betrugsprävention.

Mit der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers / des Versicherten können diese Daten für Marketingzwecke verarbeitet werden.

1.13 Steuerliche Behandlung des Vertrages

Alle gegenwärtigen und zukünftigen Steuern, Abgaben und Beiträge, die auf den Vertrag oder auf

jetzt oder zukünftig geschuldete Beträge entfallen, gehen zu Lasten des **Versicherungsnehmers**, seiner Hinterbliebenen oder des **Bezugsberechtigten**.

Die Steuern und sonstigen eventuellen Lasten, die auf die Leistungen entfallen, werden nach dem Gesetz des Wohnsitzlandes des **Bezugsberechtigten** und/oder nach dem Gesetz des Landes, in dem die Einkünfte erzielt werden, festgesetzt.

Die Steuergesetzgebung des Wohnsitzlandes des Verstorbenen und/oder das Gesetz des Wohnsitzlandes des **Bezugsberechtigten** finden Anwendung auf die Erbansprüche.

1.14 FATCA – Automatischer Informationsaustausch

1.14.1 FATCA - Ermittlung der „US-Personen“

Nach der FATCA-Gesetzgebung (Foreign Account Tax Compliant Act), durch die die US-amerikanische Steuerbehörde (IRS: Internal Revenue Service) ein Instrument geschaffen hat, um jährlich bei ausländischen Finanzhäusern Informationen über Guthaben und Erträge von Steuerpflichtigen in den USA außerhalb der Vereinigten Staaten zu erheben, ist die Versicherungsgesellschaft verpflichtet, ihre Kunden mit „US-Person“-Status im Sinne von FATCA beim Vertragsabschluss und bei der Auszahlung von Leistungen zu ermitteln.

Beim Abschluss eines **Juvena-, Azzura- oder Equatoria-Vertrages** den betreffenden Anhang des Versicherungsentwurfs, anhand dessen die Versicherungsgesellschaft den US-Status feststellen kann, ausfüllen und unterzeichnen.

Bei Vorhandensein eines US-Status wird der **Versicherungsnehmer** von der Versicherungsgesellschaft aufgefordert, bestimmte Dokumente vorzulegen und das entsprechende, von der zuständigen Steuerbehörde geforderte Formular auszufüllen.

Der **Versicherungsnehmer** haftet für jegliche falsche, unterlassene oder fehlerhafte Erklärung hinsichtlich seines Status in Bezug auf die FATCA-Vorschriften und hinsichtlich seiner Eigenschaft als „US-Person“ oder „Nicht-US-Person“. Die Versicherungsgesellschaft kann in keinem Fall für die schädlichen Folgen, die sich aus einer derartigen Unterlassung ergeben könnten, haftbar gemacht werden.

Nach der geltenden Gesetzgebung sowie dem Regierungsabkommen mit Luxemburg gibt der **Versicherungsnehmer** der Versicherungsgesellschaft im Fall der Ermittlung eines US-Status ausdrücklich die Erlaubnis, jährlich die Informationen zum **Versicherungsnehmer** bezüglich seiner Identität sowie der Guthaben und Erträge bei der Versicherungsgesellschaft an die zuständige Steuerbehörde zu übermitteln.

Während der gesamten Vertragsdauer ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, Änderungen bezüglich seiner persönlichen Situation oder der des Begünstigten mitzuteilen, die gemäß amerikanischem Gesetz zu einer Änderung seines „US-Person“-Status führen könnten. Diese Information ist dem Versicherer schriftlich an seinen Hauptsitz mitzuteilen.

Falls die Gesellschaft erfährt, dass der Versicherungsnehmer, der Versicherte oder der (die) Begünstigte(n) den Status der „US-Person“ erworben hätten ohne die Gesellschaft zu informieren, so sendet diese dem Versicherungsnehmer einen Brief per Einschreiben, mittels dem sie ihn auffordert innerhalb von zwei Monaten seinen Status zu bestätigen.

Die Versicherungsgesellschaft behält sich das Recht vor, jederzeit jegliches zusätzliche Dokument anzufordern, um den Status des Versicherungsnehmers zu überprüfen.

1.14.2 Gemeinsame Normen zur Erklärungspflicht

Im Rahmen der in der OECD im Hinblick auf den Informationsaustausch in Steuersachen ergriffenen Initiativen und die Umsetzung durch Luxemburg der Regeln und Verfahren des automatischen Informationsaustauschs gemäß der Richtlinie 2014/107/EU vom 9. Dezember 2014, ist die Gesellschaft verpflichtet jährlich an die luxemburgische Steuerverwaltung Informationen über die von ihr verwalteten Guthaben und Erträge von Personen mit Wohnsitz in einem anderen Mitgliedstaat als Luxemburg oder in einen Teilnehmerstaat, der nicht der Europäischen Union angehört, mitzuteilen. Die somit gesammelten Informationen werden an die zuständigen Steuerbehörden des betroffenen Mitgliedsstaates oder Teilnehmerstaates übermittelt.

Die Gesellschaft ist in diesem Zusammenhang verpflichtet bei der Zeichnung sowie während der gesamten Vertragslaufzeit den Steuerwohnsitz der Versicherungsnehmer zu identifizieren und zu überprüfen. Zu diesem Zweck muss der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt der Zeichnung den betreffenden Anhang zum Vertragsentwurf ausfüllen und unterzeichnen, der dem Versicherer Aufschluss über seinen Steuerwohnsitz gibt. Zudem ist er verpflichtet, der Gesellschaft während der gesamten Vertragslaufzeit unverzüglich schriftlich jede Änderung seiner Anschrift oder seines Steuerwohnsitzes mitzuteilen.

Der Versicherungsnehmer ist verantwortlich für alle falschen oder fehlerhaften Angaben hinsichtlich seines Wohnsitzes. Die Gesellschaft haftet in keinem Fall für eventuelle Schäden, die aus einer inkorrekten Angabe entstehen könnten.

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor jederzeit alle Nachweise zu beantragen, die Aufschluss über den Wohnsitz des Versicherungsnehmers geben.

Allgemeiner Hinweis: Durch den Abschluss des Vertrags akzeptiert der Versicherungsnehmer im Allgemeinen, dass die Gesellschaft möglicherweise den luxemburgischen Steuerbehörden und/oder den zuständigen ausländischen Steuerbehörden persönliche Daten bezüglich des gezeichneten Vertrags mitteilen muss, insofern diese Kommunikation sich aus rechtlichen Verpflichtungen ergibt oder aufgrund eines europäischen oder internationalen Abkommens erfolgt, zu dessen Einhaltung Luxemburg sich verpflichtet hat. Die Weigerung oder Opposition des Versicherungsnehmers hinsichtlich der Einhaltung dieser Kommunikationspflichten der Gesellschaft wären ein Grund für eine sofortige Vertragskündigung, ohne dass die Gesellschaft für etwaige daraus entstehende Schäden zur Verantwortung gezogen werden kann.

1.15 Steuerliche Aspekte der Altersvorsorgeversicherung

1.15.1 Besteuerung der Leistungen

Ein für eine Mindestdauer von 10 Jahren abgeschlossener Vertrag sieht die Zahlung der im Versicherungsschein vereinbarten Leistungen frühestens im Alter von 60 Jahren des Versicherungsnehmers, spätestens im Alter von 75 Jahren gemäß Artikel 111bis mittels einer monatlichen Leibrente oder eines Kapitals oder auch einer Kombination der beiden Möglichkeiten vor.

Sofern die vorstehenden Bedingungen erfüllt sind, erfolgt die Besteuerung der Leistung bei Vertragsende im Großherzogtum Luxemburg wie folgt:

- das ausgezahlte Kapital wird unter Anwendung der Hälfte des allgemeinen Steuersatzes als sonstiges Einkommen besteuert (Artikel 99-4 Einkommensteuergesetz);
- die Lebensrente ist zu 50 % steuerfrei. Die andere Hälfte der Lebensrente wird als Einkommen aus Pensionen und Renten besteuert (Artikel 96 Einkommensteuergesetz).

Die an einen nichtansässigen Begünstigten ausgezahlten Leistungen können in seinem

Besteuerung des vorzeitigen Rückkaufes

Beim Rückkauf der Altersvorsorgeversicherung:

- vor dem 60. Lebensjahr des **Versicherungsnehmers** oder
- vor der Mindestvertragslaufzeit von 10 Jahren

wird die gesamte Rückerstattung des angesparten Kapitals oder das der Lebensrente zugrundeliegende Kapital gemäß dem normalen System besteuert.

Die zuvor abgesetzten Zahlungen werden alsdann in dem Steuerjahr besteuert, in dem die vorzeitige Zahlung stattfindet. Sie werden als sonstige Einkünfte betrachtet (Artikel 99-5 Einkommensteuergesetz). Diesbezüglich gelangen sie nicht in den Genuss eines Vorzugssatzes,

sondern der volle Steuersatz wird auf den Gesamtbetrag der Zahlungen angewandt.

Erfolgt die vorzeitige Auszahlung in Form einer Lebensrente, wird diese als wiederkehrendes Einkommen aus Pensionen und Renten besteuert (Artikel 96 Einkommensteuergesetz), vorbehaltlich einer Befreiung in Höhe von 50 % (Artikel 115, Nummer 14a Einkommensteuergesetz).

Erfolgt der Rückkauf wegen Invalidität oder schwerer Krankheit, wird die Rückerstattung des angesparten Kapitals zu einem ermäßigten Steuersatz besteuert (Regelung der Hälfte des allgemeinen Steuersatzes).

Es sei angemerkt, dass das Rückkaufrecht nicht für die „Kapitalversicherung auf den Erlebensfall ohne Prämienrückerstattung“ gilt.

1.16 Bankgebühren

Die Kosten für Überweisungen von Beträgen zwischen den Bankkonten der **Gesellschaft** und denen des **Versicherungsnehmers** oder des **Bezugsberechtigten** gehen jeweils zu Lasten des **Versicherungsnehmers** oder des **Bezugsberechtigten**.

1.17 Streitigkeiten

Falls trotz der Bemühungen seitens der **Gesellschaft** zur Lösung der Probleme, die sich während der Vertragslaufzeit einstellen können, der **Versicherungsnehmer** keine zufrieden stellende Antwort erhalten hat, ist er aufgefordert, seine Beschwerden dem Vorstand der **Gesellschaft** schriftlich mitzuteilen.

Er kann sich unbeschadet der Möglichkeit der Beschreitung des Rechtswegs ebenfalls an eine Schlichtungseinrichtung, die auf Veranlassung des *Association des Compagnies d'Assurances* und der *Union Luxembourgeoise des Consommateurs* eingerichtet wird, oder an die *Commissariat aux Assurances* wenden.

1.18 Geltendes Recht und Gerichtsstand

Der Vertrag unterliegt luxemburgischem Recht.

Unbeschadet der Anwendung internationaler Verträge oder Übereinkommen fällt ein rechtliches Verfahren, das sich auf diesen Vertrag bezieht, in die alleinige Zuständigkeit der Gerichte des Großherzogtums Luxemburg.

1.19 Verjährung

Eine Klage, die sich aus diesem Vertrag ableitet, ist nach 2 Jahren verjährt.

Diese Frist läuft bezüglich der Klage des **Bezugsberechtigten** einer Personenversicherung ab dem Tage, an dem dieser gleichzeitig von der Existenz des Vertrages, seiner Eigenschaft als **Bezugsberechtigtem** und von dem Eintritt des Schadeneignisses, von dem die Einforderbarkeit der Versicherungsleistungen abhängt, Kenntnis erhalten hat.

2 Unfallzusatzversicherung

Ergänzend zu der Hauptversicherung hat der **Versicherungsnehmer** die Möglichkeit, eine Deckung gegen das Unfallrisiko abzuschließen.

Diese Bestimmungen gelten, falls in den **Persönlichen Bedingungen** die Deckung der Zusatzversicherung gegen das Unfallrisiko (UZV) erwähnt wird.

Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** für die Hauptversicherung gelten für diese Zusatzversicherung, insofern die folgenden Bestimmungen von diesen nicht abweichen.

2.1 Begriffsbestimmungen

Gemäß diesem Zusatzversicherungsvertrag versteht man unter

2.1.1 Unfall

Der Unfall ist ein plötzliches und unvorhersehbares Schadenereignis, das unmittelbar durch äußere Gewalteinwirkung eintritt, die dem Willen des **Versicherten** nicht unterliegt und eine körperliche Verletzung nach objektiven Symptomen nach sich zieht.

Dem Unfall gleichgestellt sind:

- Ertrinken
- Verletzungen bei einer Rettung von in Gefahr geratenen Menschen oder Sachen;
- Vergiftungen, Ersticken und Verbrennungen entweder wegen der unabsichtlichen Einnahme von toxischen oder korrosiven Substanzen oder wegen der unvorhersehbaren Freisetzung von Gasen oder Dämpfen;
- Komplikationen bei den ursprünglichen Verletzungen, die durch einen versicherten Unfall verursacht worden sind;
- Tollwut, Milzbrand und Tetanus.
- Selbsttötung wird nicht als Unfall angesehen.

2.1.2 Invalidität

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

Die **Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit** entspricht der Reduktion der körperlichen Unversehrtheit des Versicherten infolge eines Unfalls oder einer Krankheit. Der physiologische Invaliditätsgrad wird auf der Grundlage des „Barème International des Invalidités“ (L. Melennec) oder durch Sachverständige erstellt.

Die **Berufsunfähigkeit** ist eine Minderung der Arbeitsfähigkeit des **Versicherten** infolge einer ihn betreffenden Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Deren Grad wird unter Berücksichtigung der von dem **Versicherten** ausgeübten Tätigkeit und der Möglichkeiten seiner Wiedereingliederung in das Berufsleben festgesetzt, wobei der Beruf mit seinen Kenntnissen und Begabungen und seiner gesellschaftlichen Stellung 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.

Es werden die Invaliditäten nicht als solche betrachtet, die mit einem Nerven- oder Geistesleiden in Zusammenhang stehen, welches keine direkten Auswirkungen auf die Organe hat.

Grad der Invalidität

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

Die **Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit** und **Berufsunfähigkeiten**, die bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Versicherung bestanden oder aus einem ausgeschlossenen Risiko hervorgegangen sind, finden bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades keine Berücksichtigung.

2.1.3 Dauerhaftigkeit der Invalidität

Die Invalidität ist dauerhaft, wenn dies von Ärzten gemäß dem in Paragraph 2.7 beschriebenen Verfahren so beurteilt wird.

Die dauerhafte Eigenschaft kann als solche nicht vor der Konsolidierung des Gesundheitszustandes des **Versicherten** und der formalen Feststellung der Dauerhaftigkeit dieser Invalidität anerkannt werden.

2.1.4 Vollinvalidität

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 seinem Wissen, seinen Begabungen und seiner gesellschaftlichen Stellung entspricht.

2.2 Gegenstand der Versicherung

2.2.1 Gefahrtragung durch die Gesellschaft

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich zur Zahlung der Versicherungsleistungen an den **Bezugsberechtigten** gemäß der in den **Persönlichen Bedingungen** vorgesehenen Deckung, wenn der **Versicherte** einen **Unfall** erleidet, der sich in seinem Privatleben als auch Berufsleben ereignet und unmittelbar und ausschließlich innerhalb einer Frist von einem Jahr ab dem **Unfall** Folgendes nach sich zieht:

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

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

2.2.2 Einfache UZV

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich, dem **Bezugsberechtigten** das Kapital auszuzahlen, das der einfachen Todesfalleistung unter der Hauptdeckung entspricht.

2.2.3 Doppelte UZV

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich, dem **Bezugsberechtigten** das Kapital auszuzahlen, das der doppelten Todesfalleistung unter der Hauptversicherung entspricht.

2.2.4 UZV mit abnehmendem Deckungskapital

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich, dem **Bezugsberechtigten** das Kapital auszuzahlen, das dem abnehmenden Deckungskapital der Hauptversicherung bei einer Risikolebensversicherung mit abnehmendem Deckungskapital entspricht.

2.3 Prämien

2.3.1 Prämienzahlung

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

2.3.2 Einstellung der Prämienzahlung

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

Die Einstellung der zusätzlichen Prämienzahlung zieht die Kündigung dieser Zusatzversicherung nach sich, deren Rückkaufwert oder herabgesetzter Wert gleich null ist.

2.4 Geographischer Geltungsbereich

Die Gefahrübernahme im Rahmen dieser Zusatzversicherung gilt vorbehaltlich der im Folgenden aufgeführten Ausschlüsse weltweit, insoweit die **Gesellschaft** die vorgesehenen Möglichkeiten einer ärztlichen Kontrolle normal nutzen kann.

2.5 Nicht versicherte Risiken

2.5.1 Immer ausgeschlossene Risiken

Zusätzlich zu den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossenen Risiken sind Unfälle

- wegen eines Selbsttötungsversuchs während der Vertragslaufzeit
- wegen akrobatischer Übungen, Wetten oder Herausforderungen und allgemein wegen sämtlicher als waghalsig geltender Handlungen, an denen sich der Versicherte beteiligt hat,
- deswegen, weil der Versicherte entweder unter dem Einfluss eines Rauschmittels, eines Halluzinogens oder einer sonstigen Droge steht oder im Zustand der Trunkenheit oder Alkoholvergiftung ist, es sei denn, es gibt keinen Kausalzusammenhang zwischen dem Tod oder der Vollinvalidität und diesen Umständen,

ausgeschlossen.

2.5.2 Versicherbare Risiken

Außer bei anders lautender Vereinbarung, die einen eventuellen Prämienzuschlag vorsieht, werden unter dieser Versicherung keine Unfälle gedeckt, die auftreten

- bei der Ausübung eines risikobehafteten Berufes oder risikobehafteter beruflicher Aktivitäten wie z.B.
 - Seemann (Öltanker, Rettungsboot, Unterseeboot),
 - Ölbohrinsel,- alle Arbeiten unter Wasser,- Abstieg in Brunnen, Bergwerke oder Steinbrüche,- Arbeiten mit Hochspannungsanlagen,
 - Arbeiten, die einen Fall aus mindestens 4m Höhe zur Folge haben könnten,
 - Gerüst- oder Dacharbeiten,
 - Errichtung, Wartung oder Abriss von Gebäuden oder Bauten,
 - Baumfällen oder –schnitt,
 - Feuerwehrmann,
 - Polizist in der Abteilung zur Bekämpfung von Bandenkriminalität oder Drogenbekämpfung oder Sonderbrigade,

- bewaffnetes Personal,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die Folgendes beinhalten:
 - Herstellung, Umwandlung oder Handhabung von chemischen oder biologischen Substanzen,
 - Herstellung, Verwendung oder Handhabung von Feuerwerkskörpern oder Sprengkörpern und - stoffen,
- - Beförderung von brennbaren oder explosiven Stoffen;
- bei einem Unfall eines Luftfahrzeugs, in das der Versicherte als Pilot oder als Mitglied der Crew eingestiegen ist ⁽¹⁾
- bei der Verwendung eines Luftfahrzeugs für Wettbewerbe oder Vorführungen, Geschwindigkeitstests, Langstreckenflüge, Trainingsflüge, Rekorde oder Rekordversuche sowie während eines Tests, um sich an einer dieser Aktivitäten zu beteiligen ⁽¹⁾
- bei der Verwendung eines motorbetriebenen Fahrzeugs mit 2 oder 3 Rädern mit einem Hubraum von mehr als 50 m³ als Fahrer⁽¹⁾
- bei der Ausübung von risikobehafteten Sportarten wie z.B. :
 - Fliegen in einem motorisierten Leichtflugzeug, einem Helikopter, einem Heißluftballon oder einem Flugzeug mit weniger als acht Sitzplätzen, Ausübung eines sonstigen Sports als bezahlter Berufspraktiker oder Amateur, Variantenabfahrt, Bobfahren,
 - Segeln oder Segel- oder Motorbootssport bei mehr als 3 Seemeilen von einer Küste entfernt,
 - Bergsteigen über 3000 m Höhe hinaus, Felsklettern oder Wandklettern ohne Sicherheitsfelshaken, archäologische und höhlenkundliche Erforschung,
 - Sporttauchen mit autonomem Atemgerät in über 40 m Tiefe,
 - Beteiligung an einem sportlichen Wettkampf an Bord eines beliebigen Fahrzeugs oder die Vorbereitung eines solchen Wettkampfes⁽¹⁾,
 - Fallschirmspringen mit automatischer Schirmöffnung, Fallschirmschlepp, Paragliding, Drachen- und Segelfliegen, Parasailing, ⁽¹⁾
 - 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
 - Motorbootssportwettbewerb (nahe der Küste oder auf See) ⁽¹⁾
 - Turnierreiten
 - Schneeski
 - Kampfsportarten und asiatische Kampfsportarten.

2.6 Verpflichtungen im Schadenfall

2.6.1 Schadenanzeige

Ein **Unfall**, der den Tod oder die **Vollinvalidität** des **Versicherten** nach sich zieht, muss dem 'Medizinischen Sekretariat – Privatkunden' der **Gesellschaft** schriftlich angezeigt werden.

Die Anzeige muss – außer infolge eines unvorhersehbaren Falles oder höherer Gewalt, bei 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.

Die Anzeige muss Folgendes enthalten:

- Ort, Datum, Uhrzeit, Ursachen, Art und Umstände des **Unfalls**,

⁽¹⁾ Risiken, die auch weder trotz gegenteiliger Vereinbarung noch mittels eines Prämienzuschlags in den Altersvorsorgeversicherungen versicherbar sind.

- Namen, Vornamen und Anschriften der möglichen Zeugen.

2.6.2 Beizubringende Auskünfte und Dokumente

Dieser Anzeige muss eine ärztliche Bescheinigung von dem Arzt oder den Ärzten beigelegt werden, die den **Versicherten** nach dem **Unfall** behandelt oder dessen Tod festgestellt haben. In dieser Bescheinigung stehen die genauen Ursachen und Art der Körperverletzungen sowie deren wahrscheinliche Folgen.

Außerdem behält sich die **Gesellschaft** das Recht vor, das Protokoll einzufordern, in dem der **Unfall** festgehalten und das von den zuständigen Behörden erstellt worden ist.

2.7 Feststellung der Vollinvalidität

Auf der Grundlage der Anzeigen und der ärztlichen Bescheinigung beurteilt der Vertrauensarzt der **Gesellschaft** die tatsächliche Lage sowie den vollständigen und dauerhaften Charakter der Invalidität.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Gesetzgebung und die Rechtsprechung in Sachen Sozialversicherung für diese Zusatzversicherung nicht gelten.

Die **Gesellschaft** behält sich das Recht vor, den Entscheidungen zur Gewährung einer Vollinvalidität, die von der ärztlichen Aufsicht der Sozialversicherung zugesprochen wird, nicht zu folgen.

2.8 Streitigkeiten

Im Falle von Streitigkeiten wegen des Gesundheitszustands des **Versicherten** wird diese zur kontradiktorischen Begutachtung einer Ärztekommision vorgelegt, die aus zwei sachverständigen Ärzten zusammengesetzt ist, wobei jeweils einer von dem **Versicherungsnehmer** und/oder dem **Versicherten** und der **Gesellschaft** bestimmt wird.

Sollten sich diese beiden Ärzte nicht einigen können, benennen sie einen dritten sachverständigen Arzt, 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 Benennung durch den Präsidenten des Bezirksgerichts am Wohnsitz des **Versicherten** auf Antrag der zuerst handelnden Partei.

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

2.9 Bezugsberechtigter

Sollte der **Versicherte** versterben, zahlt die **Gesellschaft** die Versicherungsleistungen unter der Zusatzversicherung an den in den **Persönlichen Bedingungen** genannten **Bezugsberechtigten**. Sollten beide **Versicherte** gleichzeitig versterben, wird angenommen, dass der jüngere **Versicherte** der Überlebende ist.

Im Falle eines Unfalls, der eine **Vollinvalidität** zur Folge hat, nimmt die **Gesellschaft** außer bei gegenteiliger Übereinkunft die Auszahlung der Versicherungsleistungen an den berufsunfähigen **Versicherten** vor.

2.10 Auszahlung der Leistungen

Die **Gesellschaft** zahlt die Versicherungsleistungen gegen eine Abfindungserklärung an den **Bezugsberechtigten** innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt aller Unterlagen aus, die für die Auszahlung der Leistungen benötigt werden.

2.11 Versicherungsdauer

Der Anspruch auf die Zusatzversicherung ist abhängig vom Vorhandensein der Hauptversicherung. Im Falle der Kündigung, der Herabsetzung der Versicherungsleistung, 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 Versicherung endet am in den **Persönlichen Bedingungen** festgelegten Ablaufdatum, ohne dass dabei das Versicherungsjahr überschritten werden kann, in dessen Verlauf der **Versicherte** das 65. Lebensjahr vollendet. Durch die Auszahlung der Versicherungsleistungen unter dieser Versicherung wird die Zusatzversicherung beendet.

3 Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ergänzend zu den Versicherungen Equatoria, Alizea und Domia

Ergänzend zu den Hauptversicherungen **Equatoria**, **Alizea** und **Domia** hat der **Versicherungsnehmer** die Möglichkeit, eine Zusatzversicherung gegen das Invaliditätsrisiko abzuschließen.

Diese Bestimmungen gelten, falls in den **Persönlichen Bedingungen** die Deckung der Zusatzversicherung gegen das Invaliditätsrisiko (BUZV) erwähnt wird. Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** für die Hauptversicherung gelten für diese Zusatzversicherung, insofern die folgenden Bestimmungen von diesen nicht abweichen.

3.1 Begriffsbestimmungen

Gemäß diesem Zusatzversicherungsvertrag versteht man unter

3.1.1 Unfall

Der **Unfall** ist ein plötzliches und unvorhersehbares Schadenereignis, das unmittelbar durch äußere Gewalteinwirkung eintritt, die dem Willen des **Versicherten** nicht unterliegt und eine körperliche Verletzung nach objektiven Symptomen nach sich zieht.

Dem **Unfall** gleichgestellt sind:

- Ertrinken
- Verletzungen bei einer Rettung von in Gefahr geratenen Menschen oder Sachen
- Vergiftungen, Erstickten oder Verbrennungen entweder wegen der unabsichtlichen Einnahme von toxischen oder korrosiven Substanzen oder wegen der unvorhersehbaren Freisetzung von Gasen oder Dämpfen
- Komplikationen bei den ursprünglichen Verletzungen, die durch einen versicherten Unfall verursacht worden sind
- Tollwut, Milzbrand und Tetanus.
- Selbsttötung wird nicht als Unfall angesehen.

3.1.2 Krankheit

Eine **Krankheit** ist eine Verschlechterung des ursprünglichen Gesundheitszustandes ohne Unfalleinwirkung, die objektive Symptome aufweist, die von einem Arzt erkannt werden, der von Rechts wegen zur Ausübung seiner Kunst zugelassen ist, und die durch eine medizinische Untersuchung nachweisbar ist. Eine Schwangerschaft ist keine Krankheit.

3.1.3 Invalidität

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

Die **Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit** entspricht der Reduktion der körperlichen Unversehrtheit des **Versicherten** infolge eines Unfalls oder einer Krankheit. Der physiologische **Invaliditätsgrad** wird auf der Grundlage des „Barème International des Invalidités“ (L. Melennec) oder durch Sachverständige erstellt.

Die **Berufsunfähigkeit** ist eine Minderung der Arbeitsfähigkeit des **Versicherten** infolge einer ihn betreffenden Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Deren Grad wird unter Berücksichtigung der von dem Versicherten ausgeübten Tätigkeit und der Möglichkeiten seiner Wiedereingliederung in das Berufsleben festgesetzt, wobei der Beruf mit seinen Kenntnissen und Begabungen und seiner gesellschaftlichen Stellung 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.

3.1.4 Limitierte Haftung

Die Haftung ist begrenzt, wenn die Invalidität eine Folge ist von:- einem Burn-out;- psychiatrischen Komplikationen somatischer Erkrankungen;- funktionellen psychischen Erkrankungen und deren Folgen, die nicht direkte organische Auswirkungen haben. Die Invaliditätsleistungen infolge einer der obengenannten Fälle werden nach Ablauf der Karenzzeit von einem Jahr nach der Feststellung des Gesundheitszustands bereitgestellt. Die Gesamtdauer der Entschädigung ist in all diesen Fällen auf eine Höchstdauer von drei Jahren für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt. "Darüber hinaus ist eine Invalidität infolge einer der obengenannten Bedingungen im Rahmen der Invaliditäts-Zusatzleistung „A.C.C.R.I. – abfallendes Kapital“ ausgeschlossen.

3.1.5 Grad der Invalidität

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

Falls bei Verträgen mit zwei **Versicherten** im Rahmen der weiter unten erläuterten Zusatzversicherung BUZV-Prämien (vgl. 3.2.3), beide **Versicherte** eine Teilinvalidität erleiden, erfolgt eine Kumulierung der Sätze nur dann, wenn jeder **Versicherte** eine Teilinvalidität von mindestens 25% nachweist. Die kumulierten Sätze werden nur bis zum Erreichen eines Höchstsatzes von 100% berücksichtigt.

Die **Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit** und **Berufsunfähigkeiten**, die bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Versicherung bestanden oder aus einem ausgeschlossenen Risiko hervorgegangen sind, finden bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades keine Berücksichtigung.

3.1.6 Dauerhaftigkeit der Invalidität

Die Invalidität ist dauerhaft, wenn dies von Ärzten gemäß dem in Paragraph 7 beschriebenen Verfahren so beurteilt wird.

Die dauerhafte Eigenschaft kann als solche nicht vor der Konsolidierung des Gesundheitszustandes des **Versicherten** und der formalen Feststellung der Dauerhaftigkeit dieser **Invalidität** anerkannt werden.

3.1.7 Vollinvalidität

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 seinem Wissen, seinen Begabungen und seiner gesellschaftlichen Stellung entspricht.

3.1.8 Wartezeit

Unter Wartezeit versteht man den Zeitraum beginnend mit dem Inkrafttreten der zusätzlichen Invaliditätsversicherung, in dem das Risiko nicht abgedeckt ist. Die Wartezeit beträgt 9 Monate für jede infolge einer Schwangerschaft auftretende Invalidität.

3.1.9 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 (Artikel 10, Punkte 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes vom 04.12.1967).

Für die Lohnempfänger gilt als Einkommen aus der Berufstätigkeit die in der Lohnbescheinigung ausgewiesene Bruttovergütung.

Auf Antrag der Versicherungsgesellschaft verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, ihr jedes von ihr als zweckmäßig erachtetes Dokument zur Bescheinigung seines Einkommens oder jenes des Versicherten aus der Berufstätigkeit zu liefern.

3.2 Gegenstand der Versicherung

3.2.1 Gefahrtragung durch die Gesellschaft

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

- eine **Vollinvalidität**
- oder eine Teilinvalidität von mindestens 25%.

3.2.2 BUZV – Rente

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich, dem **Versicherten** im Verhältnis zu dem Grad der **Invalidität** die in den **Persönlichen Bedingungen** festgelegte Invaliditätsjahresrente zu bezahlen.

Die Invaliditätsrente wird zu jeweils $\frac{1}{4}$ pro Quartal an folgenden Stichtagen ausbezahlt: 30. März, 30. Juni, 30. September und 30. Dezember.

Die Invaliditätsrente ist für jeden angebrochenen Monat fällig. In diesem Fall wird ein Anteil des Monatsbeitrages der Rente berechnet, je nach Anzahl der erstattungspflichtigen Tage. Dies gilt auch für den Ablauf des Invaliditätszeitraums oder in Bezug auf eine Leistung während eines nicht abgelaufenen Monats: Die Berechnung der Rente erfolgt prorata gemäß der erstattungspflichtigen Tage.

Es wird vorausgesetzt, dass ein Monat 30 Tage zählt. Vorbehaltlich einer gegenteiligen Vereinbarung, darf die im Schadenfall gezahlte 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.

3.2.3 BUZV – Prämien

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich, die Prämienzahlung der Hauptversicherung und der Zusatzversicherungen einschließlich Steuern und Kosten im Verhältnis zum **Grad der Invalidität** zu übernehmen. Die Gesellschaft erstattet dem Versicherungsnehmer die von ihm bereits für die Unterstützungsdauer 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 Monatsbeitrags der Leistung berechnet gemäß Anzahl der erstattungspflichtigen Tage. Dies gilt auch für den Ablauf des

Invaliditätszeitraums oder in Bezug auf eine Leistung während eines nicht abgelaufenen Monats: Die Berechnung der übernommenen Prämie erfolgt prorata gemäß der erstattungspflichtigen Tage.

Es wird vorausgesetzt, dass ein Monat 30 Tage zählt.

3.2.4 Ergänzende Möglichkeit

Im Falle einer **Vollinvalidität** des Versicherten kann dieser von der **Gesellschaft**, falls er dies ausdrücklich beantragt, eine Vorauszahlung auf die Versicherungsleistung beantragen, wenn die Hauptversicherung die Leistungen im Erlebens- und im Todesfall deckt und falls diese Versicherung es zulässt. Die **Gesellschaft** trägt hierfür die Zinsen.

Die Höhe dieser Vorauszahlung ist gleich der niedrigsten Versicherungsleistung.

3.3 Prämien

3.3.1 Prämienzahlung

Als Gegenleistung für die zusätzliche Gefahrtragung durch die **Gesellschaft** zahlt der **Versicherungsnehmer** die zusätzlichen 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.

3.3.2 Einstellung der Prämienzahlung

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

Die Einstellung der zusätzlichen Prämienzahlung zieht die Kündigung dieser Zusatzversicherung nach sich, deren Rückkaufwert oder herabgesetzter Wert gleich null ist.

3.4 Geographischer Geltungsbereich

Die Gefahrtragung im Rahmen dieser Zusatzversicherung gilt vorbehaltlich der im Folgenden aufgeführten Ausschlüsse weltweit, insoweit die **Gesellschaft** die vorgesehenen Möglichkeiten einer ärztlichen Kontrolle normal nutzen kann.

3.5 Nicht versicherte Risiken

3.5.1 Immer ausgeschlossene Risiken

Zusätzlich zu den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossenen Risiken ist unter dieser Zusatzversicherung jegliche Invalidität

- wegen eines Selbsttötungsversuchs während der gesamten Vertragslaufzeit
- wegen akrobatischer Übungen, Wetten oder Herausforderungen und allgemein wegen sämtlicher als waghalsig geltender Handlungen, an denen sich der Versicherte beteiligt hat,
- deswegen, weil 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 der Invalidität und diesen Umständen,
- wegen allergischer Erkrankungen,
- wegen eines chronischen Müdigkeitssyndroms, Spasmophilie, Fibromyalgie sowie Begleiterscheinungen,
- mittelbar oder unmittelbar wegen Rauschgiftsucht einschließlich Alkoholismus und Arzneimittelmisbrauch,
- wegen einer ästhetischen Behandlung, es sei denn, es handelt sich um eine

- wiederherstellende Operation infolge eines Unfalls oder eines Krebserleidens,
- wegen einer Sterilisierung, künstlichen Besamung oder einer In-vitro-Befruchtung ausgeschlossen.

3.5.2 Versicherbare Risiken

Außer bei anders lautender Vereinbarung, die einen eventuellen Prämienzuschlag vorsieht, werden unter dieser Versicherung keine Unfälle gedeckt, die auftreten:

- bei der Ausübung eines risikobehafteten Berufes oder risikobehafteter beruflicher Aktivitäten wie z.B.
 - Seemann (Öltanker, Rettungsboot, Unterseeboot),
 - Ölbohrinsel,- alle Arbeiten unter Wasser,- Abstieg in Brunnen, Bergwerke oder Steinbrüche,- Arbeiten mit Hochspannungsanlagen,
 - Arbeiten, die einen Fall aus mindestens 4m Höhe zur Folge haben könnten,
 - Gerüst- oder Dacharbeiten,
 - Errichtung, Wartung oder Abriss von Gebäuden oder Bauten,
 - Baumfällen oder –schnitt,
 - Feuerwehrmann,
 - Polizist in der Abteilung zur Bekämpfung von Bandenkriminalität oder Drogenbekämpfung oder Sonderbrigade,
 - bewaffnetes Personal,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die Folgendes beinhalten:
 - Herstellung, Umwandlung oder Handhabung von chemischen oder biologischen Substanzen,
 - Herstellung, Verwendung oder Handhabung von Feuerwerkskörpern oder Sprengkörpern und –stoffen,
 - Beförderung von brennbaren oder explosiven Stoffen,
- bei einem Unfall eines Luftfahrzeugs, in das der Versicherte als Pilot oder als Mitglied der Crew eingestiegen ist ⁽²⁾,
- bei der Verwendung eines Luftfahrzeugs für Wettbewerbe oder Vorführungen, Geschwindigkeitstests, Langstreckenflüge, Trainingsflüge, Rekorde oder Rekordversuche sowie während eines Tests, um sich an einer dieser Aktivitäten zu beteiligen ⁽¹⁾,
- bei der Verwendung eines motorbetriebenen Fahrzeugs mit 2 oder 3 Rädern mit einem Hubraum von mehr als 50 m³ als Fahrer⁽¹⁾,
- bei der Ausübung von risikobehafteten Sportarten wie z.B. :
 - Fliegen in einem motorisierten Leichtflugzeug, einem Helikopter, einem Heißluftballon oder einem Flugzeug mit weniger als acht Sitzplätzen, Ausübung eines sonstigen Sports als bezahlter Berufspraktiker oder Amateur, Variantenabfahrt, Bobfahren,
 - Segeln oder Segel- oder Motorbootssport bei mehr als 3 Seemeilen von einer Küster entfernt,
 - Bergsteigen über 3000 m Höhe hinaus, Felsklettern oder Wandklettern ohne Sicherheitsfelshaken, archäologische und höhlenkundliche Erforschung,
 - Sporttauchen mit autonomem Atemgerät in über 40 m Tiefe,
 - - Beteiligung an einem sportlichen Wettkampf an Bord eines beliebigen Fahrzeugs oder die Vorbereitung eines solchen Wettkampfes⁽¹⁾ Fallschirmspringen mit automatischer Schirmöffnung, Fallschirmschlepp, Paragliding, Drachen- und Segelfliegen, Parasailing ⁽¹⁾,
 - 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

⁽²⁾ Risiken, die auch weder trotz gegenteiliger Vereinbarung noch mittels eines Prämienzuschlags in den Altersvorsorgeversicherungen versicherbar sind.

- **Motorbootsportwettbewerb (nahe der Küste oder auf See) ⁽¹⁾ ,**
- **Turnierreiten ,**
- **Schneeski ,**
- **Kampfsportarten und asiatische Kampfsportarten .**

3.6 Verpflichtungen im Schadenfall

3.6.1 Schadenanzeige

Ein **Unfall** oder eine **Krankheit**, welche eine dauerhafte **Invalidität** des **Versicherten** nach sich ziehen, müssen dem 'Medizinischen Sekretariat – Leben Privatkunden' der **Gesellschaft** schriftlich angezeigt werden.

Die Anzeige muss – außer infolge eines unvorhersehbaren Falles oder höherer Gewalt, bei denen die Anzeige so schnell wie in einer solchen Lage vertretbar gemacht werden muss – binnen Monatsfrist ab dem **Unfallereignis** oder dem **Krankheitseintritt** unter Androhung der Leistungsminderung in Höhe des von der **Gesellschaft** erlittenen Schadens erfolgen.

Die Anzeige muss Folgendes enthalten:

- Ort, Datum, Uhrzeit, Ursachen, genaue Art und Umstände der **Invalidität**,
- Namen, Vornamen und Anschriften der möglichen Zeugen.

3.6.2 Beizubringende Auskünfte und Dokumente

Der **Versicherungsnehmer** und/oder der **Versicherte** muss der Schadenanzeige alle Dokumente, ärztliche Bescheinigungen und Berichte beifügen, mit denen das Vorhandensein und der Schweregrad des Schadens belegt werden können.

Sobald wie möglich übersendet er der **Gesellschaft** die Angaben und Dokumente, die sie als notwendig erachtet, um die Umstände des Schadens und den Schadenumfang zu bestimmen. Der Schadenanzeige ist ein offizielles Dokument sowie ein Attest des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärzte des Versicherten beizulegen, ausgestellt auf einem Standardformular der Gesellschaft unter Angabe des Eintrittsdatums, der Ursachen, der Natur, des Schweregrads und des dauerhaften Charakters der Invalidität. In Ermangelung der vom Versicherer geforderten Auskünfte und Dokumente kann dieser seine Entscheidung verzögern und eventuell eine Schadensübernahme verweigern.

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

Der **Versicherungsnehmer** und/oder der **Versicherte** teilen der **Gesellschaft** außer im Falle einer von dieser anerkannten **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.

Im Lauf einer Teilinvalidität 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 hierfür gehen zu Lasten der **Gesellschaft**.

3.7 Feststellung der Invalidität

Auf der Grundlage der Anzeigen und der ärztlichen Bescheinigung beurteilt der Vertrauensarzt der **Gesellschaft** die tatsächliche Lage sowie den vollständigen und dauerhaften Charakter der **Invalidität**.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Gesetzgebung und die Rechtsprechung in Sachen Sozialversicherung für diese Zusatzversicherung nicht gelten.

Die **Gesellschaft** behält sich das Recht vor, den Entscheidungen zur Gewährung einer Vollinvalidität, die von der ärztlichen Aufsicht der Sozialversicherung zugesprochen wird, nicht zu folgen.

Die Schadensregulierung kann erst ab dem Tag der Feststellung des Invaliditätszustands der Versicherten erfolgen.

3.8 Streitigkeiten

Im Falle von Streitigkeiten wegen des Gesundheitszustands des **Versicherten** wird diese zur kontradiktorischen Begutachtung einer Ärztekommision vorgelegt, die aus zwei sachverständigen Ärzten zusammengesetzt ist, wobei jeweils einer von dem **Versicherungsnehmer** und/oder dem **Versicherten** und der **Gesellschaft** bestimmt wird.

Sollten sich diese beiden Ärzte nicht einigen können, benennen sie einen dritten sachverständigen Arzt, 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 *Tribunal d'Arrondissement* am Wohnsitz des **Versicherten** auf Antrag der als erstes handelnden Partei.

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

3.9 Bezugsberechtigter

Im Falle eines **Unfalls** oder einer **Krankheit**, die eine dauerhafte **Invalidität** zur Folge hat, nimmt die **Gesellschaft** außer bei gegenteiliger Übereinkunft die Auszahlung der Versicherungsleistungen an den berufsunfähigen **Versicherten** vor.

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

3.10 Auszahlung der Leistungen

Die **Gesellschaft** zahlt die Versicherungsleistungen gegen eine Abfindungserklärung an den **Bezugsberechtigten** innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt aller Unterlagen aus, die für die Auszahlung der Leistungen benötigt werden.

3.11 Versicherungsdauer

Der Anspruch auf die Zusatzversicherung ist abhängig vom Vorhandensein der Hauptversicherung.

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

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

Die Versicherung endet außer bei anders lautenden Bestimmungen in den **Persönlichen Bedingungen** in dem Versicherungsjahr, im Laufe dessen der **Versicherte** das 65. Lebensjahr vollendet, ohne dass dabei dieses Jahr überschritten werden kann.

4 Berufsunfähigkeitszusatzversicherung ergänzend zur Versicherung Serena

Ergänzend zur Hauptversicherung **Serena** hat der Versicherungsnehmer die Möglichkeit, eine Zusatzversicherung gegen das Invaliditätsrisiko abzuschließen.

Diese Bestimmungen gelten, falls in den **Persönlichen Bedingungen** die Deckung der Zusatzversicherung gegen das Invaliditätsrisiko (BUZV) erwähnt wird.

Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** für die Hauptversicherung gelten für diese Zusatzversicherung, insofern die folgenden Bestimmungen von diesen nicht abweichen.

4.1 Begriffsbestimmungen

Gemäß diesem Zusatzversicherungsvertrag versteht man unter

4.1.1 Unfall

Der **Unfall** ist ein plötzliches und unvorhersehbares Schadenereignis, das unmittelbar durch äußere Gewalteinwirkung eintritt, die dem Willen des **Versicherten** nicht unterliegt und eine körperliche Verletzung nach objektiven Symptomen nach sich zieht.

Dem **Unfall** gleichgestellt sind:

- Ertrinken
- Verletzungen bei einer Rettung von in Gefahr geratenen Menschen oder Sachen
- Vergiftungen, Ersticken oder Verbrennungen entweder wegen der unabsichtlichen Einnahme von toxischen oder korrosiven Substanzen oder wegen der unvorhersehbaren Freisetzung von Gasen oder Dämpfen
- Komplikationen bei den ursprünglichen Verletzungen, die durch einen versicherten Unfall verursacht worden sind
- Tollwut, Milzbrand und Tetanus.
- Selbsttötung wird nicht als Unfall angesehen.

4.1.2 Krankheit

Eine **Krankheit** ist eine Verschlechterung des ursprünglichen Gesundheitszustandes ohne Unfalleinwirkung, die objektive Symptome aufweist, die von einem Arzt erkannt werden, der von Rechts wegen zur Ausübung seiner Kunst zugelassen ist und die durch eine medizinische Untersuchung nachweisbar ist. Eine Schwangerschaft ist keine Krankheit.

4.1.3 Invalidität

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

Die **Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit** entspricht der Reduktion der körperlichen Unversehrtheit des **Versicherten** infolge eines Unfalls oder einer Krankheit. Der physiologische **Invaliditätsgrad** wird auf der Grundlage des „Barème International des Invalidités“ (L. Melenec) oder durch Sachverständige erstellt.

Die **Berufsunfähigkeit** ist eine Minderung der Arbeitsfähigkeit des **Versicherten** infolge einer ihn betreffenden Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Deren Grad wird unter

Berücksichtigung der von dem Versicherten ausgeübten Tätigkeit und der Möglichkeiten seiner Wiedereingliederung in das Berufsleben festgesetzt, wobei der Beruf mit seinen Kenntnissen und Begabungen und seiner gesellschaftlichen Stellung in Einklang stehen muss; die Beurteilung des Grades der Arbeitsunfähigkeit ist somit von sonstigen wirtschaftlichen Kriterien unabhängig.

Die Berufsunfähigkeit wird je nach den normalen wirtschaftlichen Umständen beurteilt.

Der Mutterschaftsurlaub, der Elternurlaub sowie jeder sonstige gesetzlich vorgesehene Beschäftigungsverbots- oder Ruhezeitraum gelten nicht als wirtschaftliche Unfähigkeit.

Die mit der Schwangerschaft verbundenen Komplikationen sowie die in Folge einer Geburt eventuell auftretende Invalidität sind abgedeckt.

4.1.4 Limitierte Haftung

Die Haftung ist begrenzt, wenn die Invalidität eine Folge ist von:

- einem Burn-out;
- psychiatrischen Komplikationen somatischer Erkrankungen;
- funktionellen psychischen Erkrankungen und deren Folgen, die nicht direkte organische Auswirkungen haben.

Die Invaliditätsleistungen infolge einer der obengenannten Fälle werden nach Ablauf der Karenzzeit von einem Jahr nach der Feststellung des Gesundheitszustands bereitgestellt. Die Gesamtdauer der Entschädigung ist in all diesen Fällen auf eine Höchstdauer von drei Jahren für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

4.1.5 Grad der Invalidität

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

Falls bei Verträgen mit zwei **Versicherten** im Rahmen der weiter unten erläuterten Zusatzversicherung BUZV-Prämien (vgl. 4.2.3), beide **Versicherte** eine Teilinvalidität erleiden, erfolgt eine Kumulierung der Sätze nur dann, wenn jeder **Versicherte** eine Teilinvalidität von mindestens 25% nachweist. Die kumulierten Sätze werden nur bis zum Erreichen eines Höchstsatzes von 100% berücksichtigt.

Die **Beeinträchtigungen der körperlichen Leistungsfähigkeit** und **Berufsunfähigkeiten**, die bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Versicherung bestanden oder aus einem ausgeschlossenen Risiko hervorgegangen sind, finden bei der Bestimmung des Invaliditätsgrades keine Berücksichtigung.

4.1.6 Vollinvalidität, Teilinvalidität, Dauerinvalidität, zeitweilige Invalidität

Die Ärzte beurteilen den Invaliditätsgrad gemäß dem unter Punkt 4.7 beschriebenen Verfahren. Bei der Invalidität kann es sich um eine zeitweilige oder dauerhafte Teil- oder Vollinvalidität handeln.

Die Invalidität gilt als Vollinvalidität, sofern der Schweregrad der wirtschaftlichen oder physiologischen Invalidität mindestens 67 % beträgt.

Als Teilinvalidität gilt eine Invalidität mit einem Schweregrad von weniger als 67 %.

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 anerkannt werden.

Als zeitweilige Invalidität gilt jede nicht dauerhafte Invalidität.

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 seinem Wissen, seinen Begabungen und seiner gesellschaftlichen Stellung entspricht.

4.1.7 Rückfall

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

4.1.8 Karenzzeit

Die in den Persönlichen Bedingungen angeführte Karenzzeit entspricht dem mit dem Datum des Invaliditätseintritts beginnenden Zeitraum, in welchem die Gesellschaft keinerlei Leistung schuldet.

Der Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf der Karenzzeit.

4.1.9 Wartezeit

Als Wartezeit gilt der beim Inkrafttreten der zusätzlichen Invaliditätsversicherung beginnende Zeitraum, in dem das Risiko nicht abgedeckt ist. Die Wartezeit beträgt 9 Monate für jede infolge einer Schwangerschaft auftretende Invalidität.

4.1.10 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 (Artikel 10, Punkt 1 bis 3 des Einkommensteuergesetzes vom 04.12.1967).

Für die Lohnempfänger gilt als Einkommen aus der Berufstätigkeit die in der Lohnbescheinigung ausgewiesene Bruttovergütung.

Der Versicherungsnehmer verpflichtet sich, auf Antrag der Versicherungsgesellschaft ihr jedes von ihr als zweckmäßig erachtetes Dokument zur Bescheinigung seines Einkommens oder jenes des Versicherten aus der Berufstätigkeit zu liefern.

4.2 Gegenstand der Versicherung

4.2.1 Gefahrtragung durch die Gesellschaft

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich zur Zahlung der Versicherungsleistungen an den **Bezugsberechtigten** gemäß der/den in den **Persönlichen Bedingungen** vorgesehenen Deckung/en, wenn der **Versicherte** in seinem Privat- oder Berufsleben einen **Unfall** erleidet oder sich eine Krankheit zuzieht, die unmittelbar eine physiologische oder wirtschaftliche Invalidität nach sich ziehen, sofern diese einen Schweregrad von mindestens 25% erreicht.

4.2.2 BUZV – Rente

Nach Ablauf der Karenzzeit und der Wartezeit, verpflichtet sich die Gesellschaft, dem Versicherten während der Invaliditätsdauer im Verhältnis zum Invaliditätsgrad eine Rente zu zahlen, deren jährlicher Betrag in den Persönlichen Bedingungen festgelegt ist.

Die Invaliditätsrente wird zu jeweils $\frac{1}{4}$ pro Quartal an folgenden Stichtagen ausbezahlt: 30. März, 30. Juni, 30. September und 30. Dezember.

Die Invaliditätsrente ist für jeden angebrochenen Monat fällig. In diesem Fall wird ein Anteil des Monatsbeitrages der Rente berechnet, je nach Anzahl der erstattungspflichtigen Tage. Dies gilt auch für den Ablauf des Invaliditätszeitraums oder in Bezug auf eine Leistung während eines nicht abgelaufenen Monats: Die Berechnung der Rente erfolgt prorata gemäß der erstattungspflichtigen Tage.

Es wird vorausgesetzt, dass ein Monat 30 Tage zählt.

Der Versicherungsnehmer hat die Wahl zwischen einer konstanten oder einer steigenden Rente. Die konstante Rente bleibt während der gesamten Leistungsperiode unverändert. Die steigende Rente ist pauschal während der Leistungsperiode gemäß einem in den Persönlichen Bedingungen festgelegten Prozentsatz indexiert. Diese pauschale Indexierung erfolgt jährlich, mit Wirkung zum 30. Juni, und findet lediglich Anwendung sofern mindestens ein Jahr seit dem Eintritt der Invalidität vergangen ist.

Vorbehaltlich einer gegenteiligen Vereinbarung, darf die im Schadenfall gezahlte Invaliditätsrente, auf jährlicher Basis, 80% des durchschnittlichen jährlichen Einkommens des Versicherten aus seiner Berufstätigkeit für die dem Datum des Schadenfall vorausgegangenen 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 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.

4.2.3 BUZV – Prämien

Nach Ablauf der Karenzzeit und der Wartezeit verpflichtet sich die Gesellschaft, die Prämienzahlung der Hauptversicherung und der Zusatzversicherungen einschließlich Steuern und Kosten im Verhältnis zum **Grad der Invalidität** zu übernehmen. Die Gesellschaft erstattet dem Versicherungsnehmer die von ihm bereits für die Unterstützungsdauer 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 Monatsbeitrags der Leistung berechnet gemäß Anzahl der erstattungspflichtigen Tage. Dies gilt auch für den Ablauf des Invaliditätszeitraums oder in Bezug auf eine Leistung während eines nicht abgelaufenen Monats: Die Berechnung der übernommenen Prämie erfolgt prorata gemäß der erstattungspflichtigen Tage.

Es wird vorausgesetzt, dass ein Monat 30 Tage zählt.

4.2.4 Rückfall

Im Falle eines Rückfalls innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Invaliditätsperiode und sofern die Karenzzeit seit dem Eintritt der ursprünglichen Invalidität vollständig abgelaufen ist, gilt die daraus resultierende Invalidität als Fortsetzung der Erstinvalidität. In diesem Falle findet die Karenzzeit keine Anwendung mehr, und die Intervention der Gesellschaft erfolgt auf den gleichen Grundlagen wie diejenigen, welche die Intervention anlässlich der vorherigen Invalidität veranlasst haben.

Im Falle eines Rückfalls innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der Invaliditätsperiode und sofern die Karenzzeit seit dem Eintritt der ursprünglichen Invalidität nicht vollständig abgelaufen ist, so findet sie ab Feststellung des Rückfalls für die Restlaufzeit weiterhin Anwendung.

Im Falle eines Rückfalls mehr als drei Monate nach Beendigung der Invaliditätsperiode, gilt die daraus resultierende Invalidität als neue Invalidität.

4.3 Prämien

4.3.1 Prämienzahlung

Als Gegenleistung für die zusätzliche Gefahrtragung durch die **Gesellschaft** zahlt der **Versicherungsnehmer** die zusätzlichen 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.

4.3.2 Einstellung der Prämienzahlung

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

Die Einstellung der zusätzlichen Prämienzahlung zieht die Kündigung dieser Zusatzversicherung nach sich, deren Rückkaufwert oder herabgesetzter Wert gleich null ist.

4.3.3 Tarif

Die Gesellschaft behält sich das Recht vor, im Laufe des Vertrags den Tarif der Zusatzversicherungen BUZV-Prämien und BUZV-Rente zu erhöhen, in welchem Falle sie den Versicherungsnehmer mindestens drei Monate vor der jährlichen Fälligkeit des Vertrags schriftlich darüber informiert. Die Tarifierhöhung tritt ab diesem jährlichen Fälligkeitsdatum in Kraft, es sei denn der Versicherungsnehmer beschließt, die Zahlung der zusätzlichen Prämien gemäß vorstehendem Artikel 4.3.2 einzustellen.

4.4 Geographischer Geltungsbereich

Die Gefahrtragung im Rahmen dieser Zusatzversicherung gilt vorbehaltlich der im Folgenden aufgeführten Ausschlüsse weltweit, insoweit die **Gesellschaft** die vorgesehenen Möglichkeiten einer ärztlichen Kontrolle normal nutzen kann.

4.5 Nicht versicherte Risiken

4.5.1 Immer ausgeschlossene Risiken

Zusätzlich zu den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossenen Risiken ist unter dieser Zusatzversicherung jegliche Invalidität ausgeschlossen:

- wegen eines Selbsttötungsversuchs während der gesamten Vertragslaufzeit,
- wegen akrobatischer Übungen, Wetten oder Herausforderungen und allgemein wegen sämtlicher als waghalsig geltender Handlungen, an denen sich der Versicherte beteiligt hat,
- deswegen, weil 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 der Invalidität und diesen Umständen,
- wegen allergischer Erkrankungen ,
- wegen eines chronischen Müdigkeitssyndroms, Spasmophilie, Fibromyalgie, sowie Begleiterscheinungen,
- mittelbar oder unmittelbar wegen Rauschgiftsucht einschließlich Alkoholismus und Arzneimittelmisbrauch,
- wegen einer ästhetischen Behandlung, es sei denn, es handelt sich um eine wiederherstellende Operation infolge eines Unfalls oder eines Krebserleidens,
- wegen einer Sterilisierung, künstlichen Besamung oder einer In-vitro-Befruchtung.

4.5.2 Versicherbare Risiken

Außer bei anders lautender Vereinbarung, die einen eventuellen Prämienzuschlag vorsieht, werden unter dieser Versicherung keine Unfälle gedeckt, die auftreten:

- bei der Ausübung eines risikobehafteten Berufes oder risikobehafteter beruflicher Aktivitäten wie z.B.
 - Seemann (Öltanker, Rettungsboot, Unterseeboot),
 - Ölbohrinsel,- alle Arbeiten unter Wasser,- Abstieg in Brunnen, Bergwerke oder Steinbrüche,- Arbeiten mit Hochspannungsanlagen,
 - Arbeiten, die einen Fall aus mindestens 4m Höhe zur Folge haben könnten,
 - Gerüst- oder Dacharbeiten,
 - Errichtung, Wartung oder Abriss von Gebäuden oder Bauten,
 - Baumfällen oder –schnitt,
 - Feuerwehrmann,
 - Polizist in der Abteilung zur Bekämpfung von Bandenkriminalität oder Drogenbekämpfung oder Sonderbrigade,
 - bewaffnetes Personal,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die Folgendes beinhalten:
 - Herstellung, Umwandlung oder Handhabung von chemischen oder biologischen Substanzen,
 - Herstellung, Verwendung oder Handhabung von Feuerwerkskörpern oder Sprengkörpern und –stoffen,
 - Beförderung von brennbaren oder explosiven Stoffen
- bei einem Unfall eines Luftfahrzeugs, in das der Versicherte als Pilot oder als Mitglied der Crew eingestiegen ist,
- bei der Verwendung eines Luftfahrzeugs für Wettbewerbe oder Vorführungen, Geschwindigkeitstests, Langstreckenflüge, Trainingsflüge, Rekorde oder Rekordversuche sowie während eines Tests, um sich an einer dieser Aktivitäten zu beteiligen ⁽¹⁾,
- bei der Verwendung eines motorbetriebenen Fahrzeugs mit 2 oder 3 Rädern mit einem Hubraum von mehr als 50 m³ als Fahrer⁽¹⁾,
- bei der Ausübung von risikobehafteten Sportarten wie z.B. :
 - Fliegen in einem motorisierten Leichtflugzeug, einem Helikopter, einem Heißluftballon oder einem Flugzeug mit weniger als acht Sitzplätzen, Ausübung eines sonstigen Sports als bezahlter Berufspraktiker oder Amateur ,Variantenabfahrt, Bobfahren ,
 - Segeln oder Segel- oder Motorbootssport bei mehr als 3 Seemeilen von einer Küster entfernt ,
 - Bergsteigen über 3000 m Höhe hinaus, Felsklettern oder Wandklettern ohne Sicherheitsfelshaken, archäologische und höhlenkundliche Erforschung ,
 - Sporttauchen mit autonomem Atemgerät in über 40 m Tiefe,
 - - Beteiligung an einem sportlichen Wettkampf an Bord eines beliebigen Fahrzeugs oder die Vorbereitung eines solchen Wettkampfes⁽¹⁾. Fallschirmspringen mit automatischer Schirmöffnung, Fallschirmschlepp, Paragliding, Drachen- und Segelfliegen, Parasailing ⁽¹⁾.
 - 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
 - Motorbootssportwettbewerb (nahe der Küste oder auf See) ⁽¹⁾
 - Turnierreiten
 - Schneeski

- **Kampfsportarten und asiatische Kampfsportarten.**

4.6 Verpflichtungen im Schadenfall

4.6.1 Schadenanzeige

Ein **Unfall** oder eine **Krankheit**, welche die **Invalidität** des **Versicherten** nach sich ziehen, müssen dem 'Medizinischen Sekretariat – Leben Privatkunden' der **Gesellschaft** schriftlich angezeigt werden.

Die Anzeige muss – außer infolge eines unvorhersehbaren Falles oder höherer Gewalt, bei denen die Anzeige so schnell wie in einer solchen Lage vertretbar gemacht werden muss – binnen Monatsfrist ab dem **Unfallereignis** oder dem **Krankheitseintritt** unter Androhung der Leistungsminderung in Höhe des von der **Gesellschaft** erlittenen Schadens erfolgen.

Die Anzeige muss Folgendes enthalten:

- Ort, Datum, Uhrzeit, Ursachen, genaue Art und Umstände der **Invalidität**,
- Namen, Vornamen und Anschriften der möglichen Zeugen.

4.6.2 Beizubringende Auskünfte und Dokumente

Der **Versicherungsnehmer** und/oder der **Versicherte** müssen der Schadenanzeige alle Dokumente, ärztlichen Bescheinigungen und Berichte beifügen, mit denen das Vorhandensein und der Schweregrad des Schadens belegt werden können.

Sobald möglich übersendet er der **Gesellschaft** die Angaben und Dokumente, die sie als notwendig erachtet, um die Umstände des Schadens und den Schadenumfang zu bestimmen. Der Schadenanzeige ist ein offizielles Dokument sowie ein Attest des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärzte des Versicherten beizulegen, ausgestellt auf einem Standardformular der Gesellschaft unter Angabe des Eintrittsdatums, der Ursachen, der Natur, des Schweregrads und der vermutlichen Dauer der Invalidität. In Ermangelung der vom Versicherer geforderten Auskünfte und Dokumente kann dieser seine Entscheidung verzögern und eventuell eine Schadensübernahme verweigern.

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

Der **Versicherungsnehmer** und/oder der **Versicherte** teilen der **Gesellschaft** außer im Falle einer von dieser anerkannten **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.

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 hierfür gehen zu Lasten der **Gesellschaft**.

4.7 Feststellung der Invalidität

Auf der Grundlage der Anzeigen und der ärztlichen Bescheinigung beurteilt der Vertrauensarzt der **Gesellschaft** die tatsächliche Lage, den Grad und die Entwicklung der **Invalidität**.

Es wird darauf hingewiesen, dass die Gesetzgebung und die Rechtsprechung in Sachen

Sozialversicherung für diese Zusatzversicherung nicht gelten.

Die **Gesellschaft** behält sich das Recht vor, den Entscheidungen zur Gewährung einer Invalidität, die von der ärztlichen Aufsicht der Sozialversicherung zugesprochen wird, nicht zu folgen.

Die Schadensregulierung kann erst ab dem Tag der Feststellung des Invaliditätszustands der Versicherten erfolgen.

4.8 Streitigkeiten

Im Falle von Streitigkeiten wegen des Gesundheitszustands des **Versicherten** wird diese zur kontradiktorischen Begutachtung einer Ärztekommision vorgelegt, die aus zwei sachverständigen Ärzten zusammengesetzt ist, wobei jeweils einer von dem **Versicherungsnehmer** und/oder dem **Versicherten** und der **Gesellschaft** bestimmt wird.

Sollten sich diese beiden Ärzte nicht einigen können, benennen sie einen dritten sachverständigen Arzt, 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 *Tribunal d'Arrondissement* am Wohnsitz des **Versicherten** auf Antrag der als erstes handelnden Partei.

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

4.9 Bezugsberechtigter

Im Falle eines **Unfalls** oder einer **Krankheit**, die eine **Invalidität** zur Folge hat, nimmt die **Gesellschaft** außer bei gegenteiliger Übereinkunft die Auszahlung der Versicherungsleistungen an den berufsunfähigen **Versicherten** vor.

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

4.10 Auszahlung der Leistungen

Die **Gesellschaft** zahlt die Versicherungsleistungen gegen eine Abfindungserklärung an den **Bezugsberechtigten** innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt aller Unterlagen aus, die für die Auszahlung der Leistungen benötigt werden.

4.11 Versicherungsdauer

Der Anspruch auf die Zusatzversicherung ist abhängig vom Vorhandensein der Hauptversicherung.

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

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

Die Versicherung endet außer bei anders lautenden Bestimmungen in den Persönlichen Bedingungen in dem Versicherungsjahr, im Laufe dessen der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet, ohne dass dabei dieses Jahr überschritten werden kann.

5 Krankenhauszusatzversicherung

Ergänzend zu der Hauptversicherung hat der **Versicherungsnehmer** die Möglichkeit, eine Zusatzversicherung gegen das Krankenhausrisiko abzuschließen.

Diese Bestimmungen gelten, falls in den **Persönlichen Bedingungen** die Deckung der Zusatzversicherung gegen das Krankenhausrisiko erwähnt wird (KZV). Die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen** für die Hauptversicherung gelten für diese Zusatzversicherung, insofern die folgenden Bestimmungen von diesen nicht abweichen.

5.1 Begriffsbestimmungen

Gemäß diesem Zusatzversicherungsvertrag versteht man unter

5.1.1 Unfall

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

Dem **Unfall** gleichgestellt sind:

- Ertrinken
- Verletzungen bei einer Rettung von in Gefahr geratenen Menschen oder Sachen
- Vergiftungen, Erstickten und Verbrennungen entweder wegen der unabsichtlichen Einnahme von toxischen oder korrosiven Substanzen oder wegen der unvorhersehbaren Freisetzung von Gasen oder Dämpfen
- Komplikationen bei den ursprünglichen Verletzungen, die durch einen versicherten Unfall verursacht worden sind
- Tollwut, Milzbrand und Tetanus

Selbsttötung wird nicht als **Unfall** angesehen.

5.1.2 Krankenhausaufenthalt

Der Krankenhausaufenthalt ist jeder medizinisch notwendige Aufenthalt von mehr als 24 Stunden in einer öffentlichen oder privaten Krankenanstalt, die über ausreichende diagnostische und therapeutische Mittel verfügt und in der im Verlaufe der Heilbehandlung nur wissenschaftlich erwiesene Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen.

Nicht als **Krankenhausaufenthalt** gelten:

- Aufenthalte in einer Krankenanstalt für die Pflege und Behandlung eines genetischen Defekts
- Aufenthalte in einer Krankenanstalt, in der ebenfalls Heilverfahren praktiziert werden oder die auch Genesende aufnimmt, insbesondere Genesungsstätten, Sanatorien, Nervenheilstätten, Kuranstalten, Gesundheits- und Fittness-Einrichtungen oder vergleichbare Einrichtungen
- Aufenthalte in einer Krankenanstalt über 90 Tage hinaus während der gesamten Laufzeit dieser Versicherung, unabhängig davon, ob diese direkt aufeinander folgen, wegen Pflege auf Grund einer Tuberkuloseerkrankung und deren Behandlung, einer Geisteskrankheit oder vergleichbarer Leiden
- Aufenthalte in einer Krankenanstalt aus beliebigem Grunde mit einer Dauer von mehr als 180 aufeinander oder nicht aufeinander folgender Tage
- Aufenthalte in einer Krankenanstalt, sobald die Heilbehandlung diesen stationären Aufenthalt aus medizinischer Sicht nicht mehr notwendig macht oder sobald die Pflege, Obhut oder Fürsorge, die auf Grund der Bewegungsunfähigkeit oder der Geisteskrankheit des **Versicherten** notwendig werden, auf Grund der medizinischen Befunde die

Vorgehensweise der Wahl sind.

- Anwesenheitstage in Krankenanstalten und auf Sanitätsstationen der Armee oder Krankenstationen einer Strafvollzugsanstalt, wenn die Heilbehandlung aus medizinischer Sicht diesen stationären Aufenthalt im zivilen Leben nicht notwendig machen würde.

5.1.3 Schwangerschaft

Schwangerschaft bedeutet den Zustand einer Schwangeren, die Niederkunft und alle medizinischen Folgen aus dieser Niederkunft.

5.1.4 Krankheit

Eine **Krankheit** ist eine Verschlechterung des ursprünglichen Gesundheitszustandes ohne Unfallwirkung, die objektive Symptome aufweist, die von einem Arzt erkannt werden, der von Rechts wegen zur Ausübung seiner Kunst zugelassen ist, und die durch eine medizinische Untersuchung nachweisbar ist. Eine Schwangerschaft ist keine Krankheit.

5.2 Gegenstand der Versicherung

Die **Gesellschaft** verpflichtet sich, dem **Bezugsberechtigten** ab dem ersten Tag des **Krankenhausaufenthaltes** bis zu einer Höchstdauer von 180 Tagen eine Krankentagegeldpauschale während dessen Dauer infolge eines **Unfalls**, einer **Krankheit** oder **Schwangerschaft** vor dem festgesetzten Ablauf der Versicherung zu zahlen.

Die Höchstbetrag dieses Tagessatzes beläuft sich auf 50,00 € pro **Bezugsberechtigten**.

Ab dem Inkrafttreten dieser Versicherung deckt die **Gesellschaft Krankenhausaufenthalte** infolge eines **Unfalls** oder einer **Krankheit**. Bei einem **Krankenhausaufenthalt** wegen einer Niederkunft oder Schwierigkeiten bei der **Schwangerschaft** verschiebt sich das Inkrafttreten um neun Monate.

5.3 Limitierte Haftung

Die Haftung ist begrenzt, wenn die Invalidität eine Folge ist von:

- einem Burn-out;
- psychiatrischen Komplikationen somatischer Erkrankungen;
- funktionellen psychischen Erkrankungen und deren Folgen, die nicht direkte organische Auswirkungen haben.

Die Leistungen für den Krankenhausaufenthalt infolge einer der obengenannten Erkrankungen ist für alle Fälle auf eine Höchstdauer von 90 Tagen (aufeinander folgend oder nicht) für die gesamte Vertragslaufzeit begrenzt.

5.4 Prämien

5.4.1 Prämienzahlung

Als Gegenleistung für die Gefahrtragung durch die **Gesellschaft** zahlt der **Versicherungsnehmer** die zusätzlichen Prämien. Diese Prämien sind an denselben Fälligkeitsterminen zu entrichten und gemäß denselben Modalitäten wie bei der Hauptversicherung.

Ihre Bezahlung kann nicht von denen der Hauptversicherung getrennt werden.

5.4.2 Einstellung der Prämienzahlung

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

Die Einstellung der zusätzlichen Prämienzahlung zieht die Kündigung dieser Zusatzversicherung nach sich, deren Rückkaufwert oder herabgesetzter Wert gleich null ist.

5.5 Geographischer Geltungsbereich

Die Gefahrtragung im Rahmen dieser Zusatzversicherung gilt vorbehaltlich der im Folgenden aufgeführten Ausschlüsse sowohl im Großherzogtum Luxemburg als auch in den angrenzenden Ländern, insoweit die **Gesellschaft** die vorgesehenen Möglichkeiten einer ärztlichen Kontrolle normal nutzen kann.

5.6 Nicht versicherte Risiken

5.6.1 Immer ausgeschlossene Risiken

Zusätzlich zu den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen ausgeschlossenen Risiken ist unter dieser Zusatzversicherung ein Krankenhausaufenthalt

- wegen eines Selbsttötungsversuchs während der gesamten Vertragslaufzeit
 - wegen akrobatischer Übungen, Wetten oder Herausforderungen und allgemein wegen sämtlicher als waghalsig geltender Handlungen, an denen sich der Versicherte beteiligt hat,
 - wegen Naturkatastrophen (Erdbeben, Flutwellen usw.)
 - deswegen, weil 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 Krankenhausaufenthalt und diesen Umständen,
 - wegen allergischer Erkrankungen,
 - wegen eines chronischen Müdigkeitssyndroms, Spasmophilie oder Fibromyalgie sowie deren Begleiterscheinungen
 - mittelbar oder unmittelbar wegen Rauschgiftsucht einschließlich Alkoholismus und Arzneimittelmisbrauch,
 - wegen einer ästhetischen Behandlung, es sei denn, es handelt sich um eine wiederherstellende Operation infolge eines Unfalls oder eines Krebsleidens handelt,
 - wegen einer Sterilisierung, künstlichen Besamung oder einer In-vitro-Befruchtung
- nicht versichert.

5.6.2 Versicherbare Risiken

Außer bei anders lautender Vereinbarung, die einen eventuellen Prämienzuschlag vorsieht, werden unter dieser Versicherung keine Unfälle gedeckt, die auftreten:

- bei der Ausübung eines risikobehafteten Berufes oder risikobehafteter beruflicher Aktivitäten wie z.B.
 - Seemann (Öltanker, Rettungsboot, Unterseeboot),
 - Ölbohrinsel,- alle Arbeiten unter Wasser,- Abstieg in Brunnen, Bergwerke oder Steinbrüche,- Arbeiten mit Hochspannungsanlagen,
 - Arbeiten, die einen Fall aus mindestens 4m Höhe zur Folge haben könnten,
 - Gerüst- oder Dacharbeiten,
 - Errichtung, Wartung oder Abriss von Gebäuden oder Bauten,
 - Baumfällen oder –schnitt,
 - Feuerwehrmann,
 - Polizist in der Abteilung zur Bekämpfung von Bandenkriminalität oder Drogenbekämpfung oder Sonderbrigade,
 - bewaffnetes Personal,
- bei beruflichen Tätigkeiten, die Folgendes beinhalten:
 - Herstellung, Umwandlung oder Handhabung von chemischen oder biologischen Substanzen,
 - Herstellung, Verwendung oder Handhabung von Feuerwerkskörpern oder Sprengkörpern und –stoffen,
 - Beförderung von brennbaren oder explosiven Stoffen,

- bei einem Unfall eines Luftfahrzeugs, in das der Versicherte als Pilot oder als Mitglied der Crew eingestiegen ist ,
- bei der Verwendung eines Luftfahrzeugs für Wettbewerbe oder Vorführungen, Geschwindigkeitstests, Langstreckenflüge, Trainingsflüge, Rekorde oder Rekordversuche sowie während eines Tests, um sich an einer dieser Aktivitäten zu beteiligen ⁽¹⁾,
- bei der Verwendung eines motorbetriebenen Fahrzeugs mit 2 oder 3 Rädern mit einem Hubraum von mehr als 50 m³ als Fahrer,
- bei der Ausübung von risikobehafteten Sportarten wie z.B. :
 - Fliegen in einem motorisierten Leichtflugzeug, einem Helikopter, einem Heißluftballon oder einem Flugzeug mit weniger als acht Sitzplätzen, Ausübung eines sonstigen Sports als bezahlter Berufspraktiker oder Amateur, Variantenabfahrt, Bobfahren,
 - Segeln oder Segel- oder Motorbootssport bei mehr als 3 Seemeilen von einer Küster entfernt,
 - Bergsteigen über 3000 m Höhe hinaus, Felsklettern oder Wandklettern ohne Sicherheitsfelshaken, archäologische und höhlenkundliche Erforschung,
 - Sporttauchen mit autonomem Atemgerät in über 40 m Tiefe,
 - - Beteiligung an einem sportlichen Wettkampf an Bord eines beliebigen Fahrzeugs oder die Vorbereitung eines solchen Wettkampfes⁽¹⁾, Fallschirmspringen mit automatischer Schirmöffnung, Fallschirmschlepp, Paragliding, Drachen- und Segelfliegen, Parasailing ⁽¹⁾,
 - 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
 - Motorbootssportwettbewerb (nahe der Küste oder auf See) ⁽¹⁾
 - Turnierreiten
 - Schneeski
 - Kampfsportarten und asiatische Kampfsportarten.

5.7 Verpflichtungen im Schadenfall

5.7.1 Schadenanzeige

Ein **Unfall** oder eine **Krankheit** oder eine Schwangerschaft, die einen **Krankenhausaufenthalt** des **Versicherten** nach sich ziehen, müssen dem *Secrétariat Médical – Vie Particuliers* der **Gesellschaft** schriftlich angezeigt werden.

Die Anzeige muss – außer infolge eines unvorhersehbaren Falles oder höherer Gewalt, bei denen die Anzeige so schnell wie in einer solchen Lage vertretbar gemacht werden muss – binnen Monatsfrist ab der Aufnahme ins Krankenhaus unter Androhung der Leistungsminderung in Höhe des von der **Gesellschaft** erlittenen Schadens erfolgen.

5.7.2 Beizubringende Auskünfte und Dokumente

Die Anzeige erfolgt unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung, die von dem Arzt oder den Ärzten abgefasst ist, der oder die den **Versicherten** behandelt haben.

Darin muss Folgendes stehen:

- die Krankenanstalt, die genaue Ursache und die Dauer des **Krankenhausaufenthaltes** (Einlieferungs- und Entlassungsdatum).

Bei einem **Krankenhausaufenthalt** infolge eines **Unfalls** muss der ärztlichen Bescheinigung eine Anzeige beigefügt sein, in der Folgendes steht:

- Ort, Datum, Uhrzeit, Ursachen, Art und Umstände des **Unfalls**
- Namen, Vornamen und Anschriften der möglichen Zeugen.

5.8 Feststellung der Aufnahme ins Krankenhaus

Auf der Grundlage der Anzeigen und der ärztlichen Bescheinigung beurteilt der Vertrauensarzt der **Gesellschaft** die tatsächliche Lage des **Krankenhausaufenthaltes**.

Die **Gesellschaft** behält sich die Möglichkeit vor, jederzeit einen geforderten und notwendigen Arztbesuch von dem **Versicherten** vornehmen zu lassen. Dieser ist gehalten, diesem Verlangen binnen Monatsfrist ab der Mitteilung dieser Entscheidung Folge zu leisten. Sollte sich der **Versicherte** weigern, sich der Überprüfung seines Gesundheitszustandes durch den Vertrauensarzt der **Gesellschaft** zu unterziehen oder sollte der Bericht des behandelnden Arztes abgelehnt werden, besteht für den **Bezugsberechtigten** kein Anspruch mehr auf die Versicherungsleistung unter dieser Versicherung. In Ermangelung der vom Versicherer geforderten Auskünfte und Dokumente kann dieser seine Entscheidung verzögern und eventuell eine Schadensübernahme verweigern.

5.9 Streitigkeiten

Im Falle der Streitigkeiten wegen des Gesundheitszustands des **Versicherten** wird diese zur kontradiktorischen Begutachtung einer Ärztekommision vorgelegt, die aus zwei sachverständigen Ärzten zusammengesetzt ist, wobei jeweils einer von dem **Versicherungsnehmer** und/oder dem **Versicherten** und der **Gesellschaft** bestimmt wird. Sollten sich diese beiden Ärzte nicht einigen können, benennen sie einen dritten sachverständigen Arzt, 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 am Wohnsitz des **Versicherten** auf Antrag der als erstes handelnden Partei.

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

5.10 Bezugsberechtigter

Außer bei gegenteiliger Bestimmung wird angenommen, dass der **Versicherte** der Bezugsberechtigte des von der **Gesellschaft** unter der Krankenhauszusatzversicherung gewährten Krankenhaustagegeldes ist.

5.11 Auszahlung der Leistungen

Die **Gesellschaft** zahlt die fällig gewordenen Tagessätze innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt sämtlicher Belege aus, die für die Auszahlung der Leistungen benötigt werden.

5.12 Versicherungsdauer

Der Anspruch auf die Zusatzversicherung ist abhängig vom Vorhandensein der Hauptversicherung.

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

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

Die Versicherung endet am in den **Persönlichen Bedingungen** festgelegten Ablaufdatum, ohne dass dabei das Versicherungsjahr überschritten werden kann, in dessen Verlauf der **Versicherte** das 60 Lebensjahr vollendet.

6 Beistand bei der Rückführung der sterblichen Überreste

Diese Bestimmungen gelten, falls in den **Persönlichen Bedingungen** die Deckung für den Beistand bei der Rückführung der sterblichen Überreste erwähnt wird.

Gemäß dieser Deckung versteht man unter **Dienstleister**:

Beihilfegesellschaft INTER PARTNER ASSISTANCE Groupe Européen SA (vermarktet unter dem Namen AXA Assistance), zugelassen unter der Nr. 0487 zur Ausübung des Tourismusversicherungsgeschäfts (K.E. vom 04.07.1979 und vom 13/07/1979 – Belg. Staatsbl. vom 14.07.1979) mit Sitz in der Avenue Louise 166, boîte 1, B-1050 Brüssel, die sich verpflichtet, für Rechnung der **Gesellschaft** alle versicherten Beistandsleistungen zu erbringen.

Die persönlichen Daten des Versicherten, die dem Versicherer im Rahmen des Vertrags mitgeteilt werden, werden von **AXA Assurances Luxembourg** und Inter Partner Assistance SA (genannt IPA) (vermarktet unter dem Namen AXA Assistance), Avenue Louise 166/1, in 1050 Brüssel zu Verwaltungszwecken, Kundenmanagement, Betrugsbekämpfung und bei Rechtsstreitigkeiten verwendet. Die von IPA im Rahmen ihrer Leistungen gesammelten Daten können von ihr an ihre Dienstleister oder Subunternehmer – auch außerhalb der Europäischen Union - weitergeleitet werden, zu denen auch AXA Business Services zählt.

Service-Infoline - Beihilfe rund um die Uhr:  (+352) 45 30 55

6.1 Beisetzung oder Einäscherung im Wohnsitzland

Falls sich die Familie des **Versicherten** für eine Beisetzung oder Einäscherung im Wohnsitzland entscheidet, organisiert der **Dienstleister** die Rückführung der sterblichen Überreste und übernimmt:

- die Kosten für die Abwicklung der Beisetzung
- die Kosten für die Einsargung vor Ort
- die Sargkosten bis zu 650,00 €
- die Kosten für den Transport der sterblichen Überreste vom Ort des Ablebens bis zum Ort der Beisetzung oder Einäscherung.

Falls der **Versicherte** allein ins Ausland verreist war, organisiert der **Dienstleister** die Hin- und Rückreise eines Mitglieds der Familie oder einer nahe stehenden Person zur Begleitung der sterblichen Überreste und übernimmt dafür die Kosten.

Die Hotelkosten vor Ort für diese Person werden von dem **Dienstleister** in Höhe von 65,00 € pro Übernachtung und pro Zimmer für höchstens 2 Übernachtungen übernommen.

Die Kosten für die Feierlichkeiten und für die Beisetzung oder Einäscherung werden vom **Leistungsempfänger** nicht getragen.

6.2 Beisetzung oder Einäscherung im Ausland

Falls sich die Familie des **Versicherten** für eine Bestattung oder Einäscherung im Ausland entscheidet, organisiert der **Dienstleister** dieselben Leistungen wie vorangehend beschrieben.

Der **Dienstleister** organisiert die Hin- und Rückreise eines Mitglieds der Familie oder einer nahe stehenden Person, die im Wohnsitzland ansässig sind, zum Ort der Beisetzung oder Einäscherung und übernimmt dafür die Kosten.

Die Hotelkosten vor Ort für diese Person werden von dem **Dienstleister** in Höhe von 65,00 € pro Übernachtung und pro Zimmer für höchstens 3 Übernachtungen übernommen.

Bei Einäscherung im Ausland und Feierlichkeiten im Wohnsitzland trägt der **Dienstleister** die Kosten

für die Rückführung der Urne ins Wohnsitzland.

Der Leistungsumfang des **Dienstleisters** beschränkt sich in jedem Fall auf die Auslagen, die für die Rückführung der sterblichen Überreste ins Wohnsitzland angenommen werden.

Die Auswahl der Unternehmen, die für die Rückführung herangezogen werden, obliegt ausschließlich dem **Dienstleister**.

6.3 Beihilfe bei den Formalitäten

Der **Dienstleister** unterstützt die Familie des **Versicherten** bei den folgenden Schritten:

- Kontaktvermittlung zu Beerdigungsunternehmen
- Hilfe bei der Abfassung der Todesanzeigen
- Hinweise zu den notwendigen Schritten, insbesondere bei der Gemeindeverwaltung
- Suche nach einer Hausverwaltung für die Immobilien.

6.4 Haustiere

Der **Dienstleister** organisiert die Rückkehr der Haustiere (Hund(e) oder Katze(n)), die den **Versicherten** begleitet haben, und trägt die diesbezüglichen Kosten.

6.5 Übermittlung eiliger Nachrichten

Der **Dienstleister** übermittelt kostenlos eilige Nachrichten in Zusammenhang mit den Versicherungen und den Versicherungsleistungen, falls die Mitglieder der Familie des **Versicherten** dies beantragen.

Allgemein sind die Begründung des Antrages, die Klarheit und Eindeutigkeit der zu übermittelnden Nachricht und die Angabe des Namens, der Anschrift und der Telefonnummer des Ansprechpartners Voraussetzungen für die Übermittlung von Nachrichten.

Ein Text, der eine strafrechtlich, finanzielle, zivilrechtliche oder handelsrechtliche Haftung nach sich ziehen könnte, wird unter der alleinigen Verantwortlichkeit seines Verfassers übermittelt, der als solcher erkennbar sein muss. Sein Inhalt muss mit luxemburgischem und internationalem Recht in Einklang stehen und kann keine Haftung für den **Dienstleister** nach sich ziehen.

6.6 Betreuung von Kindern unter 16 Jahren

Der **Dienstleister** organisiert die Betreuung der Kinder des **Versicherten**, die jünger als 16 Jahre alt sind, bis zu 65,00 € pro Tag während höchstens 4 Tagen und übernimmt die diesbezüglichen Kosten.

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

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.

Externe Dienstleister für Informatikdienstleistungen

Um die Kontinuität und Qualität der Dienstleistungen zu gewährleisten, haben oder können die Unternehmen externe Informatikdienstleister hinzuziehen. Diese Informatikdienstleistungen beinhalten keinerlei versicherungstechnischen Leistungen (wie z.B. Schadensverwaltung, Assistenzleistungen usw.)

Die Unternehmen können unter anderem Dienstleistungen in Anspruch nehmen betreffend Infrastruktur, Cloud Computing (Infrastruktur und/oder Software) oder sich an Informatikanbieter wenden, die unter anderem Cloud Computing-Dienste verwenden. In diesem Fall verschlüsseln die Unternehmen zwecks Vertraulichkeitsgewährleistung die Daten und bewahren den Verschlüsselungsschlüssel in Luxemburg auf, damit der Dienstleister keinerlei Zugriff auf die Daten hat. Zusätzlich unterzeichnet jeder Dienstleister eine Vereinbarung, um die Einhaltung der Vertraulichkeit zu gewährleisten.

Bei Informatikdienstleistungen liegt die Verantwortung für die Gesamtheit der Prozesse bei den Unternehmen und die Dienstleistungen schließen Folgendes aus: Qualitätsverringering der Gouvernance, erhöhtes Betriebsrisiko, Unfähigkeit der Aufsichtsbehörde zu kontrollieren, ob das betreffende Unternehmen seinen Verpflichtungen nachkommt, oder Beeinträchtigung des Leistungsniveaus für die Versicherungsnehmer.

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 Aus-

setzung 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 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 pour la Protection des Données (CNPD)**, Service des Plaintes, 15 Boulevard du Jazz L-4370 Belvaux.

Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem AXA-Berater



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

AXA antwortet Ihnen auf

