

## Unfall-Zahlungsplan Plus – Allgemeine Bedingungen

### 1. Einführung

Verschiedene Begriffe und Ausdrücke haben Bedeutungen, die dieser **Police** eigen sind. Um dies zu verdeutlichen, sind bestimmte Begriffe in **fett** gedruckt und ihre Bedeutung wird im Abschnitt „**Definitionen**“ erklärt. Konsultieren **Sie** bitte den Abschnitt „**Definitionen**“, wenn **Sie** einen **fett** gedruckten Begriff oder einen Ausdruck sehen und sich dessen genauer Bedeutung nicht sicher sind.

Die **Policenbedingungen**, **Konditionen**, **Limitationen** und **Ausschlüsse**, das **Leistungsverzeichnis**, und wenn zutreffend, **Anmeldungsformulare**, die zur Anmeldung der Versicherung benutzt wurden, sind **Ihre Versicherungsunterlagen**. Diese Dokumente sollten alle zusammen gelesen werden. Die Dokumente sind wichtig, bitte bewahren Sie diese an einem sicheren Ort auf.

Dieser Unfall-Zahlungsplan Plus zahlt die folgenden **Leistungen** aus:

- Eine **Barleistung** für jeden **Tag** eines **Krankenhausaufenthaltes** in Deutschland als direkte Folge eines **Unfalls** in Deutschland oder im **versicherten Ausland**.
- Eine **Barleistung** für jeden **Tag** eines **Krankenhausaufenthaltes** im **versicherten Ausland** als direkte Folge eines **Unfalls** im **versicherten Ausland**.
- **Erwerbsunfähigkeitsleistungen** für jeden aufeinanderfolgenden Monat im Anschluss an die **Wartefrist**, in dem Sie wegen einer **Krankheit** oder einer **Körperverletzung**, die eine unmittelbare Folge eines **Unfalls** ist, **erwerbsunfähig** sind, und
- **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** für jeden aufeinanderfolgenden Monat im Anschluss an die **Wartefrist**, in dem **Sie** nicht mehr einer **Vollzeiterwerbstätigkeit** nachgehen oder **selbstständig** sind und **arbeitslos** gemeldet sind.

**Wir** verpflichten uns, den in dieser **Police** beschriebenen Versicherungsschutz den versicherten Personen bereitzustellen, sofern die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt sind, die **Prämie** bei Fälligkeit bezahlt wird und **wir** zustimmen, diese zu akzeptieren.

**Wir empfehlen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz mindestens einmal jährlich überprüfen, um sicherzugehen, dass diese Police weiterhin Ihren Bedürfnissen entspricht.**

### 2. Definitionen

Wenn die folgenden Begriffe und Ausdrücke in **Ihrer Police** verwendet werden, haben diese folgende Bedeutung:

**Änderungsdatum** ist das Datum, an dem Änderungen an Ihrer Police vorgenommen wurden.

**Arbeitslosigkeit/arbeitslos** bedeutet, dass Sie:

- weder einer **Vollzeiterwerbstätigkeit** noch einer **Selbstständigen Beschäftigung** nachgehen
- bei der Bundesagentur für Arbeit (oder der Nachfolgebehörde) als **arbeitslos** gemeldet sind und Arbeitslosengeld I oder II beantragt haben
- für eine **Vollzeiterwerbstätigkeit** oder eine **Selbstständige Beschäftigung** zur Verfügung stehen und diese aktiv suchen. (mindestens zwei Bewerbungen pro Monat)

**Arzt** bezeichnet einen medizinischen Praktiker, der ordnungsgemäß zugelassen und in vollem Umfang qualifiziert ist, Krankheiten und Verletzungen zu diagnostizieren und zu behandeln.

**Hauptwohnsitz** bedeutet, dass Sie mindestens 7 Monate innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten (Jahr) Ihren **Hauptwohnsitz** in Deutschland haben und über ein gültiges deutsches Bankkonto oder eine deutsche Kreditkarte oder eine mit uns vereinbarte Zahlungsmethode für die Zahlung der Prämien verfügen.

**Leistung** bezeichnet den Betrag, zu dem der **Versicherte Erwachsene** und das **Versicherte Kind** durch die **Police** versichert sind. Die **Barleistung(en)** ist/sind im **Leistungsverzeichnis** angegeben.

**Körperverletzung** bezeichnet körperliche Schäden, die direkt durch einen Unfall verursacht und einem **Versicherten Erwachsenen** oder **Versicherten Kind** entstanden sind

**Kind** oder **Kinder** bezeichnet alle **Kinder** des **versicherten Erwachsenen**, die höchstens 18 Jahre alt sind und deren **Hauptwohnsitz** derselbe ist wie der **Ihre**, oder alle **Kinder** des **Versicherten Erwachsenen**, die höchstens 22 Jahre sind, sofern sie sich in Vollzeit in Ausbildung befinden.

**Krankheit** bedeutet jegliche körperliche oder geistige Erkrankungen, natürlich vorkommende Gesundheitszustände, degenerative Prozesse, Verletzungen oder körperliche Beeinträchtigungen, die während der Laufzeit der Police auftraten.

**Krankenhaus** bezeichnet eine medizinische Einrichtung, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen anerkannt wird, die über volle chirurgische und stationäre Einrichtungen mit Pflege rund um die Uhr und Überwachung durch mindestens einen **Arzt** verfügt.

**Krankenhausaufenthalt/Einweisung** in ein **Krankenhaus** bezeichnet die Aufnahme in ein Krankenhaus zur notwendigen stationären Behandlung einer **Körperverletzung**, die eine direkte Folge eines **Unfalls** ist.

**Erwerbsunfähigkeit/erwerbsunfähig** bedeutet, dass Sie unter einer **Krankheit** oder den Folgen einer **Körperverletzung** leiden, die eine unmittelbare Folge eines **Unfalls** ist, die:

- **Sie**, falls Sie einer **Vollzeiterwerbstätigkeit** nachgehen oder **selbstständig** sind, daran hindert, Ihrer **Vollzeiterwerbstätigkeit** oder **Selbstständigen Beschäftigung** nachzugehen, oder:
- falls Sie nicht einer **Vollzeiterwerbstätigkeit** nachgehen oder selbstständig sind, dazu führt, dass Sie die Anforderungen des Tätigkeiten des beruflichen Alltags erfüllen.

**Leistungsverzeichnis** bezeichnet ein Dokument, das Teil Ihrer **Policendokumente** ist; es enthält wichtige policenspezifische Informationen.

**Notwendige Behandlung** bezeichnet die medizinische Behandlung einer **Körperverletzung**, die eine direkte Folge eines **Unfalls** ist und die mit der derzeit anerkannten medizinischen Praxis übereinstimmt.

**Öffentliches Verkehrsmittel** bezeichnet ein zugelassenes öffentliches Verkehrsmittel, das für den Transport von Fahrgästen zu regelmäßigen Zeiten auf regelmäßigen Routen zwischen festgelegten und bekannten Abfahrts- und Ankunftspunkten feste Fahrpreise in Rechnung stellt.

**Partner** bezeichnet die Person, die zum **Versicherungsbeginn** zwischen 18 und 60 Jahre alt ist und deren **Hauptwohnsitz** derselbe ist wie der **Ihre**, mit der **Sie** entweder verheiratet sind, eine eingetragene Partnerschaft haben oder die für den Zeitraum von zwölf aufeinander folgenden Monaten mit **Ihnen** an derselben Anschrift als Paar gelebt hat.

**Personenbezogene Daten** bezeichnet die Daten, die **Sie** und andere in der **Police** aufgeführte Personen zur Verfügung stellen.

**Prämie** bezeichnet die Kosten, einschließlich Steuern und Gebühren, die **Sie** monatlich für **Ihren** Versicherungsschutz gemäß dieser **Police** bezahlen.

**Police** bezeichnet die zwischen Ihnen und **uns** vereinbarten Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüsse, um **Ihnen** einen Versicherungsschutz bereitzustellen. Die **Police** besteht aus den Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüssen der Police, dem **Leistungsverzeichnis**, dem **Produktinformationsblatt** und ggf. dem Antragsformular. Diese Schriftstücke sind zusammen zu lesen.

**Selbstständigkeit/selbstständig** bedeutet, dass **Sie Ihren Lebensunterhalt** durch **Ihre selbstständige** Arbeit bestreiten, die von der gesetzlichen Sozialversicherung ausgenommen ist (z.B. Gewerbe oder freiberufliche Tätigkeit), und dies mindestens 24 Monate lang vor Eintritt des Schadensfalls ununterbrochen in ein und demselben Beruf. **Sie** müssen **Ihren** Lebensunterhalt und etwaige Unterhaltungspflichten durch Einkünfte aus **Ihrer** Selbstständigen Arbeit bestreiten und keine Einkünfte aus anderen Tätigkeiten erzielt haben.

**Sie** oder **Ihr/e usw.** bezeichnet den Versicherungsnehmer.

**Tag** bezeichnet 24 aufeinanderfolgende Stunden.

**Tätigkeiten des beruflichen Alltags** sind:

a) **Ihre** Unfähigkeit drei (3) oder mehr der folgenden Tätigkeiten auszuführen:

- **Gehen** – die Fähigkeit, eine Strecke von 200 Meter auf einer ebenen Fläche zu gehen, ohne wegen Kurzatmigkeit, Brustschmerzen oder anderer starker Beschwerden anhalten oder die Hilfe einer anderen Person in Anspruch nehmen zu müssen, gegebenenfalls unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel wie z.B. einer Gehhilfe
  - **Steigen** – die Fähigkeit, eine Treppe bestehend aus zwölf Stufen unter Benutzung des Handlaufs auf- und abzustiegen, wobei Sie eine Pause machen können
  - **Bücken** – die Fähigkeit, in einen Mittelklassewagen ein- oder auszusteigen, oder die Fähigkeit, sich zu bücken und zu knien, um eine Tasse (oder einen ähnlichen Gegenstand) vom Boden aufzuheben, und sich wieder zu strecken, ohne die Hilfe einer anderen Person in Anspruch zu nehmen, gegebenenfalls unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel
  - **Kommunizieren** – die Fähigkeit:
    - i. ein Gespräch in einem stillen Raum deutlich zu hören (mit einem Hörgerät oder einem anderen Hilfsmittel, falls dies normalerweise verwendet wird) oder
    - ii. einfache Äußerungen zu verstehen oder
    - iii. so deutlich zu sprechen, dass man klar verstanden wird
  - **Lesen** – ausreichende Sehkraft, eventuell nach der Korrektur durch eine Brille oder Kontaktlinsen, um eine in normaler Schriftgröße gedruckte Tageszeitung zu lesen oder den Standard-Sehtest für die Führerscheinprüfung zu bestehen. Wird diese Aufgabe nicht erfüllt, muss ein Attest eines Augenarztes über die Blindheit oder die Sehbehinderung eingeholt werden
  - **Geschicklichkeit** – die körperliche Fähigkeit, Hände und Finger zu benutzen, z.B. um mit Hilfe eines Stifts oder einer Tastatur effektiv kommunizieren zu können
  - **Verantwortlichkeit und Selbstständigkeit** – die Fähigkeit, selbstständig einen Arzttermin zu vereinbaren oder regelmäßig Medikamente zu nehmen, die von einem Arzt oder einem entsprechend qualifizierten Mediziner verschrieben wurden
  - **Finanzielle Kompetenz** – die Fähigkeit, den Transaktionswert von Geld zu erkennen, und die Ausführung finanzieller Transaktionen wie z.B. der Zahlung von Rechnungen oder das Nachzahlen von Kleingeld beim Einkaufen
- Oder:

(b) **Sie** haben eine organische Hirnkrankheit oder Hirnverletzung (bestätigt durch eine neurologische Untersuchung), die Ihre Fähigkeit zu denken und zu begreifen eingeschränkt und so viele Schäden verursacht hat, dass Sie sich nicht mehr ohne die ständige Betreuung und Hilfe eines anderen selbst versorgen können; oder

(c) **Sie** haben eine schwere psychische Störung gemäß ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) und stehen unter der Beobachtung durch die Leitung des Teams für psychische Erkrankungen (mit oder ohne Überwachungsregister) oder einer gleichwertigen Stelle.

**Unfall** bezeichnet ein plötzliches, unerwartetes und unerwünschtes Ereignis, während die **Police** in Kraft ist, das direkt auf äußere und gewaltsame Einwirkungen zurückzuführen ist.

**Versicherter Erwachsener** ist der **Versicherungsnehmer** und der **Partner** des **Versicherungsnehmers**, wenn dieser Versicherungsschutz für den **Partner** gewählt und die entsprechende **Prämie** bezahlt wurde.

**Versichertes Kind** oder **versicherte Kinder** ist/sind ein **Kind** oder **Kinder**, wenn dieser Versicherungsschutz gewählt und die entsprechende **Prämie** bezahlt wurde.

**Versichertes Ausland** bezeichnet Ägypten, Algerien, Andorra, Australien, die Azoren, Bermuda, Bosnien-Herzegowina, Brasilien, Costa Rica, die Europäische Union (mit Ausnahme von Deutschland), Französisch-Polynesien, Gibraltar, Guyana, Island, Japan, Kanada, die **Karibik-Inseln**, Liechtenstein, Madeira, die Malediven, Marokko, Mayotte, die ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien, Mexiko, Monaco, Montenegro, Neukaledonien, Neuseeland, Norwegen, Réunion, Saint

Pierre und Miquelon, San Marino, die Schweiz, Serbien, Singapur, Südafrika, Südkorea, Thailand, Tunesien, die Türkei, die Vereinigten Staaten von Amerika, die Vatikanstadt sowie Wallis und Futuna.

(**Karibikinseln** bezeichnet Anguilla, Antigua und Barbuda, Aruba, die Bahamas, Barbados, Bonaire, die Britischen Jungferninseln, die Cayman-Inseln, Curaçao, Dominica, die Dominikanische Republik, Grenada, Guadeloupe, Haiti, Jamaica, Kuba, Martinique, Montserrat, Navassa, Puerto Rico, Saba, St. Barts, St. Eustatius, St. Kitts und Nevis, St. Lucia, St. Maarten, St. Martin, St. Vincent, Trinidad und Tobago, die Turks- und Caicosinseln und die Amerikanischen Jungferninseln.)

**Versicherungsnehmer** bezeichnet die Person, die diesen Versicherungsvertrag abgeschlossen hat und die **Prämie** bezahlt und rechtlich zur Kündigung der **Police** oder Änderung der Deckungshöhe berechtigt ist.

**Versicherungsbeginn** bezeichnet den Tag, Monat und das Jahr, an dem Ihr Versicherungsschutz beginnt, wie im Leistungsverzeichnis ausgewiesen.

**Vollzeiterwerbstätigkeit** bedeutet, dass **Sie** mindestens sechs Monate lang in einem bezahlten Arbeitsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mehr als 30 Stunden pro Woche waren, das zeitlich nicht begrenzt war und der gesetzlichen Sozialversicherung unterlag.

**Vorerkrankung** bezeichnet jede Krankheit, Erkrankung, jeden natürlich vorkommenden Gesundheitszustand, degenerativen Prozess, medizinischen oder psychischen Zustand, jede Verletzung oder körperliche Beeinträchtigung, für den/die der **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind** während der zwei Jahre vor dem Datum des **Unfalls** entweder:

- (a) eine medizinische Behandlung oder Beratung erhalten hat oder
- (b) Symptome aufwies (gleichgültig, ob diese diagnostiziert wurden oder nicht).

**Wartefrist** bedeutet den 30-tägigen Zeitraum, der am ersten Tag der **Erwerbsunfähigkeit** oder **Arbeitslosigkeit** beginnt und in dem **Sie** ununterbrochen **erwerbsunfähig** oder **arbeitslos** sein müssen, bevor die Leistung ausbezahlt wird.

**Wir, uns** oder **unser/e** usw. bezieht sich auf Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell, den Versicherer dieser Police.

**Wohnhaft** bedeutet, mindestens sieben Monate eines jeden Zwölf-Monats-Zeitraums über einen Hauptwohnsitz in Deutschland und ein gültiges deutsches Bankkonto oder eine deutsche Kreditkarte oder eine andere Zahlungsmethode zu verfügen, wie zwischen Ihnen und **uns** für die Zahlung von **Prämien** vereinbart.

### 3. Wer die Police abschließen kann

Für den Abschluss dieser **Police** müssen **Sie** und **Ihr Partner** (falls für den Versicherungsschutz mit gewählt):

- am Datum des **Versicherungsbegins** zwischen 18 und 60 Jahre alt und
- in Deutschland **wohnhaft** sein.

### 4. Umfang des Versicherungsschutzes

#### *i. Krankenhaustagegeld in Deutschland*

**Wir** bezahlen dem **Versicherungsnehmer** das im **Leistungsverzeichnis** angegebene **Krankenhaustagegeld in Deutschland** für jeden **Tag**, an dem für einen **versicherten Erwachsenen** oder ein **versichertes Kind** als direkte Folge eines **Unfalls** in Deutschland oder im **versicherten Ausland** ein **Krankenhausaufenthalt** in Deutschland notwendig ist.

#### *ii. Krankenhaustagegeld im versicherten Ausland*

**Wir** bezahlen dem **Versicherungsnehmer** das im **Leistungsverzeichnis** angegebene Krankenhaustagegeld im versicherten Ausland für jeden **Tag**, an dem für einen **versicherten Erwachsenen** oder ein **versichertes Kind** als direkte Folge eines **Unfalls** im **versicherten Ausland** ein Krankenhausaufenthalt im **versicherten Ausland** notwendig ist.

#### *iii. Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit*

Wir zahlen Ihnen die **Erwerbsunfähigkeitsleistungen** gemäß des **Leistungsverzeichnisses** für jeden aufeinanderfolgenden Monat im Anschluss an die **Wartefrist**, in dem **Sie** aufgrund einer **Krankheit** oder einer **Körperverletzung** infolge eines **Unfalls** erwerbsunfähig sind.

#### *iv. Leistungen bei Arbeitslosigkeit*

Wir zahlen Ihnen die **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** gemäß des **Leistungsverzeichnisses** für jeden aufeinanderfolgenden Monat im Anschluss an die **Wartefrist**, in dem Sie **arbeitslos** sind.

### 5. Einschränkung des Versicherungsschutzes

#### *Einschränkungen, die auf i. Krankenhaustagegeld in Deutschland anwendbar sind:*

- Der **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind** muss in Deutschland innerhalb von **90 Tagen** nach dem **Unfall** in Deutschland oder im **versicherten Ausland** in ein **Krankenhaus eingewiesen** werden
- **Leistungen** werden vom ersten **Tag** des **Krankenhausaufenthalts** für höchstens **365 Tage** im **Krankenhaus** pro **Unfall** bezahlt

#### *Einschränkungen, die auf ii. Krankenhaustagegeld im Versicherten Ausland anwendbar sind:*

- Der **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind** muss im **versicherten Ausland** innerhalb von **30 Tagen** nach dem **Unfall** im **versicherten Ausland** in ein **Krankenhaus eingewiesen** werden
- **Leistungen** werden vom ersten Tag des **Krankenhausaufenthalts** im **Versicherten Ausland** für höchstens **30 Tage** im Krankenhaus pro Unfall bezahlt

#### **Einschränkungen für Krankenhausaufenthalte, Erwerbsunfähigkeit und notwendige Behandlung:**

- Die Höhe der **Leistungen** richtet sich nach dem Betrag, der zum Datum des **Unfalls** vereinbart war.
- **Krankenhausaufenthalte** müssen von einem **Arzt** angeordnet werden und mindestens einen vollen **Tag** dauern
- Es ist möglich, dass **wir** Gutachten von dritten Einrichtungen oder andere medizinische Fachgutachten verwenden, um festzustellen, ob der **Krankenhausaufenthalt**:
  - medizinisch notwendig war und
  - fachlich anerkannten Normen hinsichtlich Qualität, Häufigkeit und Dauer entsprach
- Der **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind** muss die notwendige Behandlung unter der fachlichen Aufsicht eines Arztes erhalten:
  - Der **Arzt** muss die **Notwendige Behandlung** im Rahmen seiner Zulassung erbringen
  - Bei dem **Arzt** darf es sich nicht um **Sie, Ihren Partner, Ihre Eltern, Ihre Kinder, Ihre Geschwister** oder die Eltern, Kinder oder Geschwister **Ihres Partners** handeln
- Folgekrankenhausaufenthalte – Zusätzliche **Krankenhausaufenthalte** für dieselbe **Körperverletzung**, die direkt durch den ursprünglichen **Unfall** entstanden ist, müssen innerhalb von **90 Tagen** nach dem Ende des letzten **Krankenhausaufenthalts** stattfinden. Die Höhe der im **Leistungsverzeichnis** angegebenen Leistungen richtet sich nach dem Betrag, der zum Datum des ursprünglichen Unfalls vereinbart war.

#### **Erwerbsunfähigkeitsleistungen**

- **Ihr Partner** und **Ihre Kinder** haben keinen Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit
- Um **Erwerbsunfähigkeitsleistungen** zu beantragen, müssen **Sie** während der gesamten **Wartefrist** oder länger **erwerbsunfähig** sein
- Die **Erwerbsunfähigkeit** muss durch einen **Arzt** attestiert werden.
- Alle **Erwerbsunfähigkeitsleistungen** werden jeden Monat nachträglich gezahlt und laufen für höchstens sechs Zahlungen für jeden **Erwerbsunfähigkeitszeitraum**, der aus einer spezifischen **Erkrankung** oder **Körperverletzung** resultiert.
- Der maximale zahlbare Betrag unter dieser **Police** bei **Erwerbsunfähigkeit** aufgrund einer spezifischen **Erkrankung** oder **Körperverletzung** beträgt **300 EUR**

- **Wir** werden die **Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit** unter dieser Police für jeden **Erwerbsunfähigkeitszeitraum** einstellen, wenn **Sie**:
  - den maximalen Betrag von 300 EUR für jede spezifische **Erkrankung** oder **Körperverletzung** erhalten haben
  - nicht mehr **erwerbsunfähig** sind
  - keinen Nachweis **Ihrer** anhaltenden **Erwerbsunfähigkeit** vorlegen; oder
  - das 65. Lebensjahr erreichen oder
  - versterben
- Sie können nicht gleichzeitig **Leistungen für Erwerbsunfähigkeit** und **Leistungen für Arbeitslosigkeit** in Anspruch nehmen.

Ein **Erwerbsunfähigkeitszeitraum**, der aus einer spezifischen **Erkrankung** oder **Körperverletzung** resultiert, wird als laufender **Erwerbsunfähigkeitszeitraum** betrachtet, wenn er innerhalb von drei Monaten nach dem Ende des vorherigen **Erwerbsunfähigkeitszeitraums** eintritt, wobei keine weitere **Wartefrist** gilt. Andernfalls wird er als erneute Erwerbsunfähigkeit behandelt, in der eine erneute **Wartefrist** gilt.

Jede **Erwerbsunfähigkeit**, die durch Rückenschmerzen oder damit zusammenhängenden Erkrankungen ausgelöst wird, ist unter der Police versichert, wenn eine Störung radiologisch nachgewiesen wurde.

#### Benefit Leistungen bei Arbeitslosigkeit:

- **Ihr Partner** und **Ihre Kinder** haben keinen Anspruch auf **Leistungen bei Arbeitslosigkeit**
- Sie müssen unmittelbar vor Beginn der **Arbeitslosigkeit** für sechs aufeinanderfolgende Monate einer **Vollzeiterwerbstätigkeit** oder **selbstständigen Beschäftigung** nachgegangen sein
- Die **Arbeitslosigkeit** nach einer **Vollzeiterwerbstätigkeit** muss die Folge der Kündigung durch den Arbeitgeber oder der Aufhebung Ihres Arbeitsvertrags in beiderseitigem Einvernehmen im Rahmen eines gerichtlichen Vergleichsverfahrens aufgrund einer Kündigungsschutzklage oder zur Verhinderung einer Kündigung aus betrieblichen Gründen sein
- Die **Arbeitslosigkeit** nach einer **Selbstständigkeit** muss die Folge einer geschäftlichen Ursache sein, z.B. wenn der Gewinn aus **Ihrer selbstständigen Tätigkeit** nicht mehr zur Finanzierung **Ihres** Lebensunterhalts oder zur Zahlung von Unterhaltungspflichten ausreicht
- Um **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** zu beantragen, müssen Sie während der gesamten **Wartefrist** oder länger **arbeitslos** sein
- Sie müssen bei der Bundesagentur für Arbeit (oder der Nachfolgebehörde) als **arbeitslos** gemeldet sein und Arbeitslosengeld I oder II erhalten
- Der Betrag der zahlbaren **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** ist derjenige, der am Tag des Beginns der **Arbeitslosigkeit** gilt
- Alle **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** werden jeden Monat nachträglich gezahlt und laufen für höchstens sechs Zahlungen für jeden **Arbeitslosigkeitszeitraum** weiter
- Der maximale zahlbare Betrag unter dieser Police beträgt 300 EUR in jedem **Arbeitslosigkeitszeitraum**
- **Wir** werden die **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** unter dieser **Police** für jeden **Arbeitslosigkeitszeitraum** einstellen, wenn Sie:
  - den maximalen Betrag von 300 EUR für jeden Arbeitslosigkeitszeitraum erhalten haben
  - nicht mehr **arbeitslos** sind;
  - das 65. Lebensjahr erreichen
  - keinen Nachweis Ihrer anhaltenden Arbeitslosigkeit vorlegen oder
  - versterben
- Sie können nicht gleichzeitig **Leistungen für Arbeitslosigkeit** und **Leistungen für Erwerbsunfähigkeit** in Anspruch nehmen

Nachdem **wir** höchstens 300 EUR in sechs Zahlungen für jeden **Arbeitslosigkeitszeitraum** ausgezahlt haben, werden so lange keine weiteren **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** erbracht, bis

Sie erneut sechs aufeinanderfolgende Monate lang einer **Vollzeiterwerbstätigkeit** oder **Selbstständigen Beschäftigung** nachgegangen sind.

### Vorerkrankungen

Wir bezahlen die **Leistungen** bei **Krankenhausaufenthalt** nur, wenn der **Krankenhausaufenthalt** direkt auf den **Unfall** zurückzuführen ist. **Vorerkrankungen** werden bei der Berechnung des zahlbaren Betrags berücksichtigt, wenn sich durch die **Vorerkrankung** der **Krankenhausaufenthalt** des **versicherten Erwachsenen** oder des **versicherten Kindes** verlängert.

Eine medizinische Beurteilung wird in einen Prozentsatz umgerechnet und auf die zahlbare Versicherungsleistung angewandt. Liegt der errechnete Prozentsatz unter 25 %, bezahlen wir die Leistung in voller Höhe.

Wir holen die medizinische Beurteilung von **Ihrem Arzt** ein. Ist dieser nicht in der Lage oder bereit, diese Beurteilung bereitzustellen, holen Wir eine Beurteilung von einem unabhängigen Arzt ein.

## 6. Ausschlüsse

Wir bezahlen keine **Leistungen**, wenn der **Krankenhausaufenthalt** oder **Erwerbsunfähigkeit**:

- auf Selbstmord oder selbst zugefügte Verletzungen oder jede vorsätzliche oder fahrlässige Handlung oder Unterlassung zurückzuführen sind, bei der davon ausgegangen wird, dass sie zu ernsthaften Verletzungen oder zum Tod führt, gleichgültig, ob der Versicherte bei vollem Verstand ist oder nicht
- deshalb eintreten, weil sich der Versicherte unter dem Einfluss von Drogen oder Medikamenten befindet, es sei denn, die Drogen oder Medikamente wurden gemäß den Anweisungen des Herstellers oder den Anweisungen einer zugelassenen medizinischen Fachkraft eingenommen
- auf das Fahren eines Fahrzeugs oder die Kontrolle über ein Fahrzeug unter Alkoholeinfluss und/oder mit mehr Alkohol im Blut bzw. Urin, als dies in dem Gebiet, in dem der **Unfall** stattfindet, zulässig ist, zurückzuführen ist
- auf die Teilnahme an einer gesetzwidrigen Handlung, den Versuch der Durchführung oder die Beihilfe zu einer gesetzwidrigen Handlung gemäß dem Gesetz des Gebiets, in dem der **Unfall** stattfindet, zurückzuführen sind
- auf einen (erklärten oder nicht erklärten) Krieg, eine Invasion, militärische Handlungen oder Unruhen oder während des aktiven Dienstes, der Schulung oder Tätigkeit in den Streitkräften zurückzuführen sind
- auf Handlungen entgegen medizinischen Rat zurückzuführen sind

Wir bezahlen keine **Leistungen**, wenn der **Krankenhausaufenthalt**:

- in einer Einrichtung oder einem Teil dieser Einrichtung stattfindet, die/der primär zu folgenden Zwecken betrieben wird:
  - Heilbadbehandlungen, Reha-Behandlungen oder Sanatorium
  - Erholungsheim, Erholungsanlage oder Pflegeeinrichtung oder
  - Einrichtung, die pflegerische, psychiatrische, palliative, weiterführende oder Reha-Leistungen anbietet oder
  - Seniorenheim
- wegen ambulanter Pflege und Behandlung, einschließlich ambulanter Chirurgie oder ambulanter Beobachtung in einem Krankenhaus stattfindet
- wegen einer Operation, Behandlung oder Dienstleistung, die von einer etablierten medizinischen Vereinigung in Deutschland nicht als wirksame Behandlung anerkannt wird, stattfindet
- wegen einer experimentellen Operation, Behandlung oder Dienstleistung stattfindet
- wegen einer Reha-Behandlung, die ggf. durchgeführt wird, um die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten des **versicherten Erwachsenen** oder **versicherten Kindes** in vollem Umfang wiederherzustellen, stattfindet
- auf eine **Erkrankung**, Krankheit, Infektion und die damit verbundene medizinische Behandlung zurückzuführen ist, es sei denn, dies ist kausal auf einen Unfall zurückzuführen
- auf einen natürlich vorkommenden Gesundheitszustand einen degenerativen Prozess, eine medizinische oder psychische Störung zurückzuführen ist
- auf ein medizinisches oder chirurgisches Verfahren zurückzuführen ist, es sei denn, das Verfahren war nach dem Unfall eine Notwendigkeit

- in einem anderen Land als Deutschland oder einem **versicherten Ausland** stattfindet

Wir zahlen die Leistung nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit:

- auf Schwangerschaft, Geburt oder Schwangerschaftsverhütung bzw. auf Komplikationen aufgrund von Schwangerschaft, Geburt oder Schwangerschaftsverhütung zurückzuführen ist
- auf eine **Erkrankung** auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder übermäßigen Medikamentengebrauch zurückzuführen ist
- auf eine psychische Störung oder eine Nervenerkrankung zurückzuführen ist
- auf eine chirurgische oder eine medizinische Wahlbehandlung zurückzuführen ist
- auf Ihre Arbeit als Motorradkurier, Berufstaucher, Feuerungs- und Schornsteinbauer oder Profisportler oder Ihre Tätigkeiten auf Ölbohrplattformen, Kabel- oder Rohrverlegungsschiffen oder auf Versorgungsschiffen von Ölbohrplattformen oder Ihre Tätigkeiten an Bord von Fracht- oder Fischereischiffen außerhalb der Küstengewässer von Nord- oder Ostsee oder Ihre Tätigkeiten im Bergbau, Tunnelbau oder bei Abrissarbeiten zurückzuführen ist

Wir zahlen die **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** nicht:

- wenn Sie unmittelbar vor der Arbeitslosigkeit in einem **Beruf** tätig waren:
  - für den **Arbeitslosigkeit** ein regelmäßiges oder wiederholtes Merkmal ist
  - in dem Sie eine Lehre oder ein Praktikum gemacht haben, die/das nun vorüber ist
- wenn die **Arbeitslosigkeit** eintritt, nachdem **Sie** entweder das übliche oder das gesetzliche Rentenalter des Berufs, in dem **Sie** beschäftigt waren, erreicht haben

## 7. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt am Tag des Versicherungsbeginns. Änderungen des Versicherungsschutzes treten mit dem **Änderungsdatum** in Kraft. Beide Daten sind in Ihrem **Leistungsverzeichnis** aufgeführt.

## 8. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz im Rahmen dieser **Police** endet unter folgenden Umständen automatisch, je nachdem, welcher Umstand zuerst eintritt:

- bei **Ihrem** Tod
- für einen Krankenhausaufenthalt am nächsten Verlängerungsdatum nach **Ihrem** 65. Geburtstag
- für **Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit** und **Arbeitslosigkeit** am nächsten Verlängerungsdatum nach **Ihrem** 65. Geburtstag bzw. am Tag **Ihrer** endgültigen Pensionierung (sofern dieser früher ist)

Falls **Ihre Police** einen Versicherungsschutz für **Ihren Partner** und/oder ein **versichertes Kind** beinhaltet, sind **Ihr Partner** oder **Ihr versichertes Kind** nicht mehr versichert, wenn Sie der Beschreibung in Ziffer 2, Definitionen, nicht mehr entsprechen.

**Ihr Partner** ist bei Verlängerung nach seinem 65. Geburtstag nicht mehr versichert.

## 9. Versicherungsdauer und Verlängerung

**Ihre Police** wird in jedem Kalendermonat nach dem Datum des **Versicherungsbeginns** automatisch verlängert, sofern **Sie** die im **Leistungsverzeichnis** genannten **Prämien** bei Fälligkeit bezahlen (oder den Satz, der zum Zeitpunkt der Verlängerung nach vorheriger Benachrichtigung durch uns wirksam ist). Bezahlen Sie die **Prämie** gemäß den Ausführungen in Ziffer 10 nicht, wird **Ihre Police** nicht verlängert.

## 9. Prämienzahlung, Folgen bei Nichtzahlung, Änderungen der Prämien

### 10.1. Prämienzahlung

Die monatliche **Prämie** für **Ihren** Versicherungsschutz ist in **Ihrem Leistungsverzeichnis** aufgeführt. In der **Prämie** ist die Versicherungsbeitragssteuer enthalten, die zum aktuellen Versicherungssteuersatz auf **Sie** anwendbar ist.

**Sie** müssen **uns** Änderungen, durch die ein **Partner** oder **versichertes Kind** im Rahmen **Ihrer Versicherung** nicht mehr versicherungsberechtigt sind, so bald wie möglich mitteilen, um eine Überzahlung der Prämie zu vermeiden.

**Hinweis: Ggf. müssen Sie an Ihren Zahlungsanbieter weitere Gebühren bezahlen. Bitte setzen Sie sich direkt mit Ihrem Zahlungsanbieter in Verbindung, falls Sie Fragen zu dessen Gebühren haben.**

### 10.2. Folgen bei Nichtzahlung

Falls **Sie** eine **Prämie** nicht termingerecht bezahlen, befinden **Sie** sich mit Ihren Zahlungen automatisch im Rückstand, ohne dass **wir** Ihnen eine Mahnung senden müssen. Dies trifft nicht zu, wenn **Sie** für den Zahlungsverzug nicht verantwortlich sind.

Bezahlen **Sie** die Prämie nicht termingerecht, senden **wir Ihnen** ein Schreiben, mit dem wir die Zahlung der ausstehenden Prämie verlangen. Sie haben 30 Tage Zeit, die rückständige **Prämie** zu bezahlen, solange Sie die **Versicherungsbestimmungen** weiterhin erfüllen.

Bezahlen **Sie** den angeforderten Betrag nicht innerhalb von 30 Tagen, wird **Ihre** Police nicht verlängert und von uns ohne weitere Einräumung einer Frist gekündigt.

Wir stellen Ihre Police gerne für Sie wieder her, wenn Sie uns nach unserer Kündigung darum bitten. Zwischen dem Datum der Kündigung und dem Datum der Wiederherstellung besteht kein Versicherungsschutz.

### 10.3. Änderungen der Prämien

**Wir** müssen sicherstellen, dass **wir** den durch den Versicherungsschutz entstehenden Verpflichtungen nachkommen können. **Wir** sind berechtigt, einmal jährlich eine Neuberechnung der **Prämie** durchzuführen, um zu prüfen, ob die Prämien so belassen werden können oder ob eine Änderung (Erhöhung oder Reduzierung) notwendig ist.

Ist eine Erhöhung der **Prämie** notwendig, wird diese nur wirksam, wenn **Sie** einen (1) Monat im Voraus darüber unterrichtet werden. Das Datum der Änderung wird in Ihrem **Leistungsverzeichnis** als das **Änderungsdatum** angegeben. In der Benachrichtigung wird die Differenz zwischen der jetzigen und der erhöhten **Prämie** angegeben und Sie werden über Ihr Recht unterrichtet, **Ihre Police** wie in Ziffer 11 unten ausgeführt zu kündigen.

## 11. Ihr Kündigungsrecht

Sie können die **Police** jederzeit durch Kontaktaufnahme mit dem Kundenservice kündigen. Die Einzelheiten sind in Ihrem **Leistungsverzeichnis** angegeben.

Nehmen **wir** Änderungen an der **Prämie** oder den Bedingungen **Ihrer Police** vor, wie in Ziffer 10.3 oben und 15.1 unten angegeben, und die Änderungen sind für **Sie** nicht akzeptabel, können **Sie** die **Police** kündigen. Die Änderungen an der **Prämie** und/oder den Versicherungsbedingungen werden nicht gültig, sofern die Kündigung vor dem im **Leistungsverzeichnis** angegebenen **Änderungsdatum** erfolgt.

Wenn **Sie Ihre Police** kündigen, sind Sie bis zum Fälligkeitsdatum der nächsten **Prämie** weiterhin durch die **Police** versichert. An diesem Datum wird Ihre Kündigung wirksam. Danach sind keine weiteren **Prämien** fällig.

## 12. Unser Kündigungsrecht

Wir können die **Police** jederzeit durch schriftliche Mitteilung an **Ihre** zuletzt bekannte Anschrift mit einer Frist von einem (1) Monat kündigen, um **Ihnen** Zeit oder Gelegenheit zu geben, eine andere Versicherung abzuschließen, falls **Sie** dies wünschen.

In **unserem** Schreiben werden **wir** den Grund für die Kündigung angeben. Trifftige Gründe sind unter anderem:

Nichtzahlung einer **Prämie** aus den in Ziffer 10.2 genannten Gründen oder Verletzung Ihrer Meldepflicht uns gegenüber gemäß dieser Police wie in Ziffer 14 ausgeführt.

### 13. Geltendmachung von Ansprüchen

Setzen Sie sich zur Geltendmachung eines Anspruchs im Rahmen dieser **Police** bitte mit **unserem** Kundenservice in Verbindung und beantragen **Sie** ein Antragsformular. Die Kontaktinformationen sind in **Ihrem Leistungsverzeichnis** aufgeführt. **Wir** werden um Einzelheiten und relevante Informationen bitten, die **wir** benötigen, um den Anspruch zu untersuchen. Alle **uns** gegenüber gemachten Angaben müssen der Wahrheit entsprechen, vollständig und aktuell sein. Wenn nötig können wir einen **Arzt** beauftragen, um unsere Verpflichtungen zu beurteilen. Wir übernehmen alle durch die Untersuchung entstehenden Kosten

Um **unsere** Verpflichtungen einschätzen zu können, können wir den Arzt, der den **versicherten Erwachsenen** oder das **versicherte Kind** vor oder nach Eintritt des **Unfalls** untersucht oder behandelt hat, um Offenlegung von Informationen bitten. **Wir** können auch andere Versicherungsgesellschaften und Behörden um Offenlegung von Informationen bitten. **Sie** sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass **wir** die notwendigen Informationen erhalten. Daher können **Sie** die Stellen, die diese Informationen besitzen, bevollmächtigen, **uns** diese direkt zukommen zu lassen. Anderenfalls können Sie diese Informationen selbst einholen und an **uns** weiterleiten.

#### 13.1 Geltendmachung von Erwerbsunfähigkeitsansprüchen

##### Schritt 1

- Bitten Sie einen **Arzt, Ihre Erwerbsunfähigkeit** zu bemessen und die **ärztliche** Stellungnahme auf dem Antragsformular auszufüllen
- Senden Sie das ausgefüllte Antragsformular zurück. Legen Sie uns ebenso sämtliche ärztlichen Berichte und/oder Atteste des Arztes und die ärztliche Stellungnahme zur Bestätigung Ihrer Erwerbsunfähigkeit vor sowie entweder:
  - (i) eine Bescheinigung Ihres Arbeitgebers, wonach Sie **Ihrer Vollzeiterwerbstätigkeit** oder **Selbstständigen Beschäftigung** nicht nachgegangen sind, oder
  - (ii) eine Bescheinigung, wonach **Sie** die Kriterien des **Tätigkeiten des beruflichen Alltags** erfüllen
- Bitte beachten Sie, dass für alle Anträge, die sich auf Rückenschmerzen oder damit zusammenhängende Erkrankungen beziehen, ein radiologischer Nachweis der Störung einzureichen ist

##### Schritt 2

- Damit die **Leistungen** nach dem ersten Monat und für höchstens sechs Zahlungen weiterlaufen können, benötigen **wir** eine Bestätigung des Arztes darüber, dass **Sie** weiterhin **erwerbsunfähig** sind und entweder:
  - (i) nicht in der Lage sind, **Ihrer Vollzeiterwerbstätigkeit** oder **Selbstständigen Beschäftigung** nachzugehen, oder
  - (ii) weiterhin die Kriterien des **Tätigkeiten des beruflichen Alltags** erfüllen, bevor wir weitere Leistungen auszahlen
- Gegebenenfalls müssen **Sie uns** auf Anfrage weitere Nachweise dafür vorlegen, dass der Anspruch fortbesteht
- Sie müssen Ihre monatliche **Prämie** auch dann weiter zahlen, wenn Sie **Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit** in Anspruch nehmen. Während Sie diese in Anspruch nehmen, erhöhen wir jeden monatlichen Betrag für **Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit** um den Betrag Ihrer monatlichen **Prämie**

**Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit** werden jeden Monat nachträglich an dem Datum unserer Wahl ausgezahlt.

#### 13.2 Geltendmachung von Arbeitslosigkeitsansprüchen

## Schritt 1

- Senden **Sie Ihr** ausgefülltes Antragsformular zurück. Legen **Sie uns** gleichzeitig folgende Dokumente vor:
  - Wenn **Sie** einer **Vollzeiterwerbstätigkeit** nachgehen: eine Bescheinigung Ihres Arbeitgebers über das Datum, an dem Ihre **Vollzeiterwerbstätigkeit** endet
  - Eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit, wonach **Sie arbeitslos** gemeldet sind und Arbeitslosengeld I oder II beziehen

## Schritt 2

- Damit die **Leistungen** nach dem ersten Monat und für höchstens sechs Zahlungen weiterlaufen können, benötigen **wir** eine Bescheinigung, dass **Sie** weiterhin **arbeitslos** sind. Dies kann z.B. eine Kopie des entsprechenden Abschnitts **Ihres** Kontoauszugs sein, aus dem sich die Zahlung von Arbeitslosengeld durch die Bundesagentur für Arbeit ergibt
- Gegebenenfalls müssen Sie uns auf Anfrage auch Nachweise vorlegen, wonach der Anspruch fortbesteht, z.B. alle drei Monate eine Bescheinigung der Bundesagentur für Arbeit
- Sie müssen Ihre monatliche Prämie auch dann weiter zahlen, wenn Sie **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** in Anspruch nehmen. Während Sie diese in Anspruch nehmen, erhöhen wir jeden monatlichen Betrag für **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** um den Betrag **Ihrer** monatlichen **Prämie**
- **Leistungen bei Arbeitslosigkeit** werden jeden Monat nachträglich an dem Datum unserer Wahl ausgezahlt

**Wir** erbringen die **Leistungen** nur, wenn Bestätigungen oder andere von uns angeforderte Nachweise vorgelegt werden.

Die Person, die Ansprüche im Rahmen **Ihrer Police** geltend machen kann, ist normalerweise der **Versicherungsnehmer** oder der benannte Vertreter des **Versicherungsnehmers**. Die Kontaktinformationen finden **Sie** in **Ihrem Leistungsverzeichnis**.

Sobald **wir uns** zur Zahlung des Anspruchs bereit erklären, nehmen **wir** die Zahlung von Barleistungen unverzüglich an den **Versicherungsnehmer** vor. Für Schadensregulierungen sind **wir** nicht zur Zahlung von Zinsen verpflichtet.

### 14. Verletzung der Verpflichtungen des Versicherungsnehmers

**Sie** müssen angemessene Sorgfalt anwenden, um Fragen, die **wir Ihnen** bei Abschluss der **Police**, Änderungen an **unserer Police** oder der Geltendmachung von Ansprüchen stellen, vollständig und richtig zu beantworten. Sollten **Sie** Zweifel haben, setzen **Sie** sich bitte mit **uns** in Verbindung.

Sind die von **Ihnen** übermittelten Informationen nicht vollständig und richtig:

- können **wir Ihre Police** kündigen und uns weigern, Ansprüche zu bezahlen
- bezahlen **wir** den Anspruch ggf. nicht voll oder
- könnte sich dies auf die Höhe des Versicherungsschutzes auswirken

Falls **Sie** oder andere im Rahmen dieser **Police** versicherte Personen Betrug begehen oder den Versuch dazu unternehmen oder vorsätzlich Informationen in Bezug auf diese **Police** oder einen Anspruch übertreiben, falsch darstellen oder vorsätzlich ändern, wird diese **Police** ungültig. In diesem Fall verlieren **Sie** und alle im Rahmen dieser **Police** versicherten Personen sämtliche Rechte auf Barleistungen und auf Rückzahlung von **Ihnen** bezahlter **Prämien**.

### 15. Allgemeine Bedingungen

#### 15.1. Überprüfung der Versicherungsbedingungen

**Wir** können die Bedingungen **Ihrer Police** ändern, indem **wir Sie** an **Ihrer** zuletzt bekannte Anschrift schriftlich einen (1) Monat im Voraus informieren. Wenn die Änderungen für **Sie** akzeptabel sind, bleibt diese **Police** in Kraft und die geänderten Bedingungen werden ab dem in **Ihrem Leistungsverzeichnis** angegeben **Änderungsdatum** wirksam. Sie können die **Police** kündigen, wenn **Sie** die geänderten Bedingungen nicht akzeptieren, wie in Ziffer 11 ausgeführt.

Falls **wir Sie** dahingehend benachrichtigen, werden **wir** die Gründe erklären, wie zum Beispiel:

- Reaktion auf Gesetzesänderungen
- Einhaltung von aufsichtsrechtlichen Vorschriften
- Berücksichtigung neuer Branchenrichtlinien und Verhaltensnormen, wodurch der Verbraucherschutz erhöht wird
- Reaktion auf Änderungen der Steuersätze oder
- Berücksichtigung anderer legitimer Kosten oder Erhöhungen oder Reduzierungen der **Leistungen**, um **Ihnen** weiterhin die Dienste und **Leistungen** im Rahmen **Ihrer Police** erbringen zu können

## 15.2. Währung

Alle **Barleistungen** und **Prämien** sind in Euro zahlbar.

## 15.3. Pflichten bei Änderung von Namen oder Anschrift des Versicherungsnehmers

**Sie** sollten **uns** über sämtliche Änderungen **Ihrer** Anschrift und/oder **Ihres** Namens unterrichten. Wir werden **Ihnen** Korrespondenz und Benachrichtigungen über **Ihre Police** weiterhin an die uns zuletzt bekannt gegebene Anschrift und Namen senden. Wir gehen davon aus, dass **Sie** sämtliche Korrespondenz und/oder Benachrichtigungen über **Ihre Police**, die an **Ihre** zuletzt bekannte Anschrift gesendet wird, erhalten.

## 15.4. Anwendbares Recht, Sprache und Gerichtsstand

Diese **Police** unterliegt deutschem Recht. Zwischen **Ihnen** und **uns** besteht Einigkeit darüber, dass die deutschen Gerichte für die Beilegung von Streitigkeiten, die durch oder im Zusammenhang mit der **Police** ggf. entstehen, zuständig sind.

Sofern keine anderslautenden Vereinbarungen getroffen wurden, werden die vertraglichen Bedingungen und andere Informationen bezüglich dieser **Police** auf Deutsch abgefasst.

## 15.5. Beschwerden

**Wir** sind bemüht, unseren Kunden einen guten Service zu erbringen. Es kann jedoch sein, dass **Sie** zu Zeiten mit dem Service, den **Sie** erhalten haben, nicht zufrieden sind. Sollte dies der Fall sein, helfen **Sie** uns bitte dabei, Abhilfe zu schaffen, indem **Sie** sich mit unserem Kundenservice in Verbindung setzen. Die Kontaktinfo finden Sie in **Ihrem Leistungsverzeichnis**.

**Unser** Verfahren für schriftliche Beschwerden kann angefordert werden.

Sollten **Sie** nach der Befolgung des obigen Verfahrens der Meinung sein, dass **Ihre** Beschwerde nicht zufriedenstellend beigelegt wurde, sind **Sie** befugt, die Angelegenheit an eine der nachfolgend aufgeführten Einrichtungen weiterzuleiten:

**Wir** sind Mitglied des Versicherungsombudsmann e.V. **Sie** können sich mit dem Versicherungsombudsmann wie folgt in Verbindung setzen:

Versicherungsombudsmann e.V.  
Postfach 08 06 32 - 10006 Berlin  
or  
Kronenstrasse 13 - 10117 Berlin  
Tel.: 0 18 04/22 44 24 (24 Cent pro Anruf)  
Fax: 0 18 04/22 44 25  
Internet: <https://www.versicherungsombudsmann.de>

Email: [Beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:Beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

**Sie** können desweiteren folgende Organisation in Deutschland kontaktieren:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht („BaFin“)  
Bereich Versicherungen  
Graurheindorfer Str. 108  
53117 Bonn  
Tel.: 0228/41080

Alternativ können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch an das Amt des Schiedsrichters für Finanzdienstleistungen in Malta wenden. Sie können das Büro des Schiedsrichters für Finanzdienstleistungen wie folgt kontaktieren:

Office of the Arbitrator for Financial Services 1st Floor

St Calcedonius Square

Floriana FRN 1530

Malta

Freephone: 80 072 366

Telephone: (+356) 21 249 245

Internet: <https://www.financialarbitrator.org.mt/>

Wenn **Sie** sich an den BaFin wenden, hat dies keinerlei Auswirkungen auf **Ihr** Recht, rechtliche Schritte gegen uns zu unternehmen.

### 15.6. Doppelversicherung

Beachten Sie bitte, dass **Sie**, sofern zwischen **Ihnen** und **uns** keine anderslautenden Vereinbarungen getroffen wurden, jeweils nur zum Versicherungsschutz durch eine Police berechtigt sind

### 16. Unsere Anschrift und die für uns zuständige Aufsichtsbehörde

Die Police wurde von Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell unterzeichnet. Unser eingetragener Sitz ist The Landmark, Level 1, Suite 2, Triq l-Illun, Qormi, QRM3800, Malta und unsere Registrierungsnummer lautet C52394.

Advent Insurance PCC Limited ist eine segmentierte Verbandsfirma, die von der maltesischen Finanzaufsichtsbehörde (MFSA) zugelassen ist und reguliert wird, um allgemeine Versicherungen anzubieten. Dies kann auf der Webseite der MFSA überprüft werden.

Die zellulären Vermögenswerte der Advent Insurance PCC Ltd – UIB Cell werden verwendet, um die zellulären Verbindlichkeiten der UIB-Cell zu gewährleisten.

### 17. Datenschutzinformationen

Gemäß der Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Union (DSGVO der EU) und allen Nachfolgeverordnungen sind wir der Datenverantwortliche für alle personenbezogenen Daten, die uns über Sie als Versicherungsnehmer wie auch über die anderen Personen gegeben werden, die in der Police, im Angebot oder im Leistungsantrag aufgeführt sind. Es liegt in Ihrer Verantwortung sicherzustellen, dass all die genannten, unter der Police aufgeführten Personen wissen, wer wir sind und wie ihre Daten verarbeitet werden.

Ihre personenbezogenen Daten werden zur Erbringung von Versicherungsdienstleistungen verwendet, nämlich zwecks einer Entscheidung bezüglich der Frage, ob wir Ihnen Versicherung anbieten können, bzw. zur Verwaltung Ihrer Police und zur Behandlung von Leistungsansprüchen.

Wir bewahren die personenbezogenen Daten, solange es zur Erfüllung der oben genannten Zwecke erforderlich ist. Aus rechtlichen, behördlichen oder steuerlichen Gründen können wir auch verpflichtet sein, diese Daten auch nach der Beendigung Ihrer Police zu bewahren.

Wir können Ihre personenbezogenen Daten an Rückversicherer, Geschäftspartner und Vertreter weitergeben, um die Verwaltung der Produkte und Dienstleistungen sicherzustellen und die aufsichtsrechtlichen Auflagen zu erfüllen. Weitere Informationen dazu finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie. Diese kann online unter <https://adventuibcell.com/de/privacy-policy/> eingesehen werden.

Gemäß den Datenschutzverordnungen haben Sie bestimmte Rechte, auf welche wir Sie aufmerksam zu machen haben. Die Ihnen jeweils eingeräumten Rechte hängen von unserem Grund für die Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten ab.

Sie haben das Recht:

- auf personenbezogene Daten zuzugreifen, die wir über Sie oder andere unter der Police aufgeführten Personen gespeichert haben
- personenbezogene Daten, die Ihnen ungenau erscheinen, berichtigen zu lassen, oder Daten aktualisieren zu lassen, die Ihnen unvollständig erscheinen
- unter bestimmten Umständen personenbezogene Daten löschen zu lassen
- unter bestimmten Umständen die Verarbeitung personenbezogener Daten einzuschränken
- unter bestimmten Umständen der Verarbeitung personenbezogener Daten zu widersprechen
- Beschwerde einzureichen

Wenn Sie eines Ihrer Rechts ausüben möchten oder Fragen haben, können Sie sich an einen speziellen Datenschutzbeauftragten wenden. Datenschutzbeauftragte, die Sie kontaktieren können:

Per email: [anne.finn@advent.global](mailto:anne.finn@advent.global)

Per Post: The Landmark, Level 1 Suite 2, Triq I-Iljun, Qormi, QRM3800, Malta

Die von Ihnen angeforderten Informationen werden in einem Ihrer Anforderungen entsprechenden Format bereitgestellt.

Wenn wir die Beschwerde nicht zu Ihrer Zufriedenheit lösen können und Sie in einem EU- / EWR-Staat ansässig sind, haben Sie auch das Recht, sich unter den nachstehenden Angaben an Ihre örtliche Datenschutzbehörde zu wenden. Diese ist die Aufsichtsbehörde in Ihrem Staat, welche die Rechte von Einzelpersonen gemäß den geltenden EU-DSGVO-Bestimmungen schützt.

#### **Örtliche Datenschutzbehörde**

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Graurheindorfer Straße 153  
53117 Bonn  
Tel.: +49 228 997799 0  
Fax: +49 228 997799 5550  
email: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)  
Website: <http://www.bfdi.bund.de/>

Die vollständige Datenschutzerklärung finden Sie online unter <https://adventuibcell.com/de/privacy-policy/>. Alternativ können Sie eine Kopie der Datenschutzerklärung bei unserem Kundenservice anfordern.