

Unfalltod-Versicherung – Allgemeine Versicherungsbedingungen der Police

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 Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüsse der **Police**, das Produktinformationsblatt, das Leistungsverzeichnis und gegebenenfalls die Antragsformulare, die für den Antrag auf eine Versicherung verwendet werden, stellen **Ihre Versicherungspolice** dar. Diese Schriftstücke sind zusammen zu lesen. Sie sind wichtig. Bewahren **Sie** sie bitte an einem sicheren Ort auf.

Diese Unfalltod-Police bietet zwei verschiedene Arten von **Leistungen**:

- eine einmalige Barzahlung im Falle des **Unfalltodes** eines **versicherten Erwachsenen**, wobei der Betrag von der Art des Unfalls abhängig ist; und
- eine einmalige Barzahlung im Falle des **Unfalltodes** eines **versicherten Kindes**.

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.

Arbeiten bezeichnet die Tätigkeit im Rahmen einer bezahlten oder unbezahlten Anstellung.

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

Begünstigter bezeichnet die Person, die zum Erhalt der **Barleistung** berechtigt ist, falls **Sie** einen **Unfalltod** erleiden. Sofern **Sie** keine andere Person angeben, wird **Ihr** Rechtsnachfolger als der **Begünstigte** angesehen. Falls ein **versicherter Erwachsener** und/oder ein **versichertes Kind**, der bzw. das durch **Ihre Police** versichert ist, einen **Unfalltod** erleidet, sind **Sie** der **Begünstigte**, sofern **Sie** am Leben sind.

Geltungsbereich bezeichnet die geografische Region bzw. das geografische Gebiet, in der bzw. dem der **Unfalltod** eintritt und für die bzw. das diese **Police** einen Versicherungsschutz bietet. Der Geltungsbereich ist im **Leistungsverzeichnis** angegeben.

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.

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.

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

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.

Leistungsverzeichnis ist das Schriftstück, das Teil **Ihrer Police** ist und wichtige Informationen beinhaltet, die für **Ihre** Versicherung spezifisch sind.

Öffentliches Verkehrsmittel bezeichnet alle lizenzierten öffentlichen Verkehrsmittel, die zu festen Preisen und zu regelmäßigen Zeiten auf regulären Routen zwischen festgelegten und anerkannten Abfahrts- und Ankunftsorten **Passagiere** befördern.

Partner bezeichnet die Person, die zum **Versicherungsbeginn** zwischen 18 und 80 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.

Passagier bezeichnet einen **versicherten Erwachsenen** oder ein **versichertes Kind**, der bzw. das an Bord eines **öffentlichen Verkehrsmittels** reist, jedoch nicht **arbeitet**, und im Besitz eines gültigen Fahrscheins bzw. Tickets ist.

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

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.

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

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

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

Unfalltod bezeichnet den Tod eines **versicherten Erwachsenen** oder eines **versicherten Kindes** als direkte Folge einer Körperverletzung, die durch einen **Unfall** hervorgerufen wird.

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.

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

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.

Vorerkrankung bezeichnet jede Krankheit, Erkrankung, jeden natürlich vorkommenden Zustand, 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).

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 Zahlungsmethode zu verfügen, wie zwischen **uns** für die Zahlung von **Prämien** vereinbart.

3. Wer diese 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 (einschließlich) 80 Jahre alt und
- in Deutschland **wohnhaf** sein.

Die Police kann über das Alter von 80 Jahren hinaus fortbestehen, solange **Sie** und Ihr **Partner** am **Anfangsdatum** zwischen 18 und (einschließlich) 80 Jahren alt sind.

4. Was ist versichert?

Wir zahlen dem **Beünstigten** die **Barleistung**, wenn ein **versicherter Erwachsener** während der Laufzeit dieser **Police** im **Geltungsbereich** einen **Unfalltod** erleidet. Die zahlbare **Leistung** ist im **Leistungsverzeichnis** angegeben.

Wir zahlen dem **Versicherungsnehmer** die **Barleistung**, wenn ein **versichertes Kind** während der Laufzeit dieser **Police** im **Geltungsbereich** einen **Unfalltod** erleidet. Die zahlbare **Leistung** ist im **Leistungsverzeichnis** angegeben.

i) Unfälle in öffentlichen Verkehrsmitteln

Wir zahlen die im **Leistungsverzeichnis** unter i) **Unfälle in öffentlichen Verkehrsmitteln** angegebene **Leistung** für den **Unfalltod** eines **versicherten Erwachsenen** oder eines **versicherten Kindes**, der direkt aus einem Zusammenstoß, Absturz oder Untergang des **öffentlichen Verkehrsmittels** während der Reise des **versicherten Erwachsenen** bzw. des **versicherten Kindes** als **Passagier** in diesem **öffentlichen Verkehrsmittel** resultiert.

ii) Sonstige Unfälle

Wir zahlen die **Leistung**, die im **Leistungsverzeichnis** unter ii) Sonstige Unfälle angegeben ist, beim **Unfalltod** eines **versicherten Erwachsenen** oder eines **versicherten Kindes** der nicht unter i) **Unfälle in öffentlichen Verkehrsmitteln** abgedeckt ist.

5. Einschränkung des Versicherungsschutzes

Zeitraum

Ein **Unfalltod** muss innerhalb von 12 Monaten ab dem Datum des **Unfalls** eintreten.

Verkehrsmittel

Wenn ein **versicherter Erwachsener** an Bord eines **öffentlichen Verkehrsmittels** für einen Anbieter eines **öffentlichen Verkehrsmittels arbeitet**, ist er kein **Passagier**. Daher zahlen **wir** im Falle seines **Unfalltods** die unter ii) Sonstige Unfälle aufgeführte **Leistung**.

Wenn

Ein **versicherter Erwachsener** oder ein **versichertes Kind** einen **Unfalltod** erleidet und kein **Passagier** in einem **öffentlichen Verkehrsmittel** war, zahlen **wir** die unter ii) Sonstige Unfälle aufgeführte **Leistung**. Taxis und Limousinen gehören zu den ausgenommenen Verkehrsmitteln.

Vorerkrankungen

Wir zahlen die **Leistung** nur dann, wenn ein **versicherter Erwachsener** oder ein **versichertes Kind** einen **Unfalltod** erleidet. Wenn bei dem Versicherungsfall eine **Vorerkrankung** eine Rolle spielt, wird diese bei der Berechnung des zahlbaren Betrags berücksichtigt.

Eine medizinische Beurteilung wird in einen Prozentsatz umgewandelt und auf die zahlbare **Leistung** der **Police** angewendet. Wenn der berechnete Prozentsatz weniger als 25 % beträgt, zahlen **wir** die volle **Leistung**. **Wir** holen die medizinische Beurteilung von **Ihrem Arzt** ein. Falls dieser nicht in der Lage oder nicht dazu bereit ist, diese Beurteilung bereitzustellen, holen **wir** eine Beurteilung von einem unabhängigen **Arzt** ein.

6. Ausschlüsse

Wir zahlen die **Leistung** nicht, wenn ein **Unfalltod**:

- durch eine Krankheit oder Infektion hervorgerufen wird, sofern diese nicht direkt durch einen **Unfall** verursacht wurde.
- auf einen natürlich vorkommenden Zustand, einen degenerativen Prozess, eine medizinische oder psychische Störung zurückzuführen ist

- auf Selbstmord oder selbst zugefügte Verletzungen oder jede vorsätzliche oder fahrlässige Handlung oder Unterlassung zurückzuführen ist, 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 eintritt, 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 ist
- auf einen (erklärten oder nicht erklärten) Krieg, eine Invasion, militärische Handlungen oder Bürgerunruhen oder während des aktiven Dienstes, der Schulung oder Tätigkeit in den Streitkräften zurückzuführen ist
- auf ein medizinisches oder chirurgisches Verfahren zurückzuführen ist, es sei denn, das Verfahren war nach dem **Unfall** eine Notwendigkeit

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,
- wenn **Sie** die **Police** kündigen
- wenn **wir** die **Police** kündigen oder
- wenn **Sie** nicht mehr in Deutschland **wohnhaf**t sind.

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.

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.

10. 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 rückständigen **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 setzen **Ihre Police** wieder ein, wenn **Sie uns** darum ersuchen. Für Ansprüche nach Kündigung der **Police** und bevor **wir** Ihr Ansuchen um Wiedereinsetzung der **Police** erhalten, besteht keine Versicherungsdeckung.

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-Center 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. Triftige 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 dem Kundenservice-Center in Verbindung und bitten **Sie** um ein Anspruchsformular. 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.

Wir bezahlen 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 **Begünstigte** oder der entsprechende Vertreter des **Versicherungsnehmers**. Die Kontaktdaten finden Sie in Ihrem **Leistungsverzeichnis**.

Nachdem **wir** der Zahlung des Anspruchs zugestimmt haben, zahlen **wir** alle **Barleistungen** umgehend an den **Begünstigten**. Es sind keine Zinsen auf Anspruchszahlungen durch **uns** zahlbar.

14. Verletzung der Verpflichtungen des Versicherungsnehmers

Sie müssen jede angemessene Sorgfalt aufwenden, um Fragen, die **wir Ihnen** bei Abschluss der **Police**, Änderungen an **unserer Police** oder der Geltendmachung von Ansprüchen stellen, vollständig und richtig 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** in Deutsch abgefasst.

15.5. Beschwerden

Wir sind bemüht, **unseren** Kunden einen guten Service zu erbringen. Es kann jedoch sein, dass **Sie** zuzeiten 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-Center in Verbindung setzen. Die Kontaktinformation 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
oder
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>

E-Mail: 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 Arbiter for Financial Services
1st Floor
St Calcedonius Square
Floriana FRN 1530
Malta
Freephone: 80 072 366
Telephone: (+356) 21 249 245
Internet: <https://www.financialarbiter.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-Iljun, 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

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

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

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
Website: <http://www.bfdi.bund.de/>

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