

# Allgemeine Versicherungsbedingungen der Krankenhaustagegeld-Versicherung

## 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 Krankenhaustagegeld-Versicherung zahlt:

- i. **Leistungen** für jeden **Tag** eines **Krankenhausaufenthalts** in Deutschland aufgrund einer **Erkrankung**
- ii. **Leistungen** für jeden **Tag**, an dem sich ein **versicherter Erwachsener** oder ein **versichertes Kind** aufgrund einer **Erkrankung** auf der **Intensivstation** eines Krankenhauses in Deutschland befindet
- iii. **Leistungen** für jeden **Tag**, an dem sich ein **versicherter Erwachsener** oder ein **versichertes Kind** aufgrund eines **Verkehrsunfalls** auf der **Intensivstation** eines Krankenhauses in Deutschland befindet.

**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.

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

**Erkrankung** bezeichnet jede Krankheit oder Verletzung (oder entsprechende Symptome), gleichgültig, ob eine Diagnose erfolgt

**Fahrzeug** bezeichnet jedes für den Verkehr auf öffentlichen Straßen zugelassene **Fahrzeug**

**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.

**Intensivstation** bedeutet, dass die betreffende Person in eine besondere Station eines **Krankenhauses** in Deutschland für schwerkranke Patienten mit ernsten oder lebensbedrohlichen **Erkrankungen** oder **Verletzungen** aufgenommen wird, deren Gesundheitszustand eine ständige intensive medizinische Versorgung und Behandlung erfordert.

**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 eine Verletzung eines **versicherten Erwachsenen** oder eines **versicherten Kindes**, die direkt auf einen **Verkehrsunfall** zurückzuführen ist.

**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 / Krankenhauseinweisung** bedeutet, dass die betreffende Person für die **erforderliche Behandlung** einer **Erkrankung** oder einer **Körperverletzung**, die direkt auf einen **Verkehrsunfall** zurückzuführen ist, stationär als Patient in einem **Krankenhaus** in Deutschland aufgenommen wird.

**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.

**Notwendige Behandlung** bezeichnet die medizinische Behandlung einer **Erkrankung** oder **Körperverletzung**, die der derzeit anerkannten medizinischen Praxis entspricht.

**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.

**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**.

**Tag** bezeichnet 24 aufeinanderfolgende Stunden.

**Verkehrsunfall** bezeichnet ein plötzliches, unerwartetes und unglückliches Ereignis während der Laufzeit der **Police**, das auf einer öffentlichen Straße (einschließlich Fußwege) stattfindet, an dem mindestens ein von einem berechtigten Fahrer gesteuertes **Fahrzeug** beteiligt ist und das direkt auf äußere und gewaltsame Ursachen 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.

**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 alle **Erkrankungen**, natürlich entstehenden **Erkrankungen**, degenerativen Prozesse, psychischen **Erkrankungen** oder körperlichen Beeinträchtigungen, für die der **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind** in den 12 Monaten vor dem **Anfangsdatum** der **Police** entweder:

- (a) medizinische Behandlung oder Beratung erhalten hat; oder
- (b) entsprechende Symptome verspürt hat (ob mit oder ohne Diagnose).

**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 Versicherungsbeginns zwischen 18 und 60 Jahre alt und
- in Deutschland wohnhaft sein.

## 4. Umfang des Versicherungsschutzes

### i. Krankenhaustagegeld

**Wir** zahlen an den **Versicherungsnehmer** ein Krankenhaustagegeld gemäß **Leistungsverzeichnis** für jeden **Tag**, an dem sich ein **versicherter Erwachsener** oder ein **versichertes Kind** als direkte Folge einer **Erkrankung** in einem **Krankenhaus** in Deutschland aufhält.

### ii. Tagegeld für Intensivpflege

**Wir** zahlen an den **Versicherungsnehmer** ein Tagegeld für **Intensivpflege** gemäß **Leistungsverzeichnis** für jeden **Tag**, an dem sich ein **versicherter Erwachsener** oder ein **versichertes Kind** als direkte Folge einer **Erkrankung** auf der **Intensivstation** eines **Krankenhauses** in Deutschland aufhält.

### iii. Tagegeld für Intensivpflege nach einem Verkehrsunfall

**Wir** zahlen an den **Versicherungsnehmer** nach einem **Verkehrsunfall** ein Tagegeld für **Intensivpflege** gemäß **Leistungsverzeichnis** für jeden **Tag**, an dem sich ein **versicherter Erwachsener** oder ein **versichertes Kind** als direkte Folge eines **Verkehrsunfalls** auf der **Intensivstation** eines **Krankenhauses** in Deutschland aufhält.

## 5. Einschränkung des Versicherungsschutzes

### Leistungen

- Die Höhe der **Leistung** entspricht dem am **Tag** der **Krankenhauseinweisung** geltenden Satz.
- **Leistungen** wird erst gezahlt, wenn sich der **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind** an mindestens 3 aufeinanderfolgenden Tagen im **Krankenhaus** aufgehalten hat.
- Die **Leistung** wird automatisch um 50 % reduziert, wenn der **versicherte Erwachsene** das 55. Lebensjahr vollendet hat. Wenn der **versicherte Erwachsene** während eines **Krankenhausaufenthalts** 55 Jahre alt wird, wird die **Leistung** in der bei der **Krankenhauseinweisung** geltenden Höhe weiter gezahlt.
- iv Für jeden **Krankenhausaufenthalt** zahlen **wir** nur **Leistungen** aus einem Abschnitt der **Police**. Dies betrifft entweder Abschnitt i), Krankenhaustagegeld, Abschnitt ii) Tagegeld für Intensivpflege oder Abschnitt iii) Tagegeld für Intensivpflege nach einem **Verkehrsunfall**. Es wird kein **Leistungen** aus mehreren Abschnitten der **Police** für ein und denselben **Krankenhausaufenthalt** gezahlt.

### Krankenhausaufenthalte und notwendige Behandlung

- **Krankenhausaufenthalte** müssen von einem **Arzt** angeordnet werden und mindestens 3 aufeinander folgende **Tage** dauern.
- **Wir** können 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.
  - Der **Arzt** muss eine dritte Person sein, nicht **Sie**, **Ihr Partner** oder eines **Ihrer** Elternteile, **Ihr Kind**, **Ihr** Bruder oder **Ihre** Schwester.
- Wiederholte Einweisung - zusätzliche **Krankenhausaufenthalte** aufgrund derselben **Erkrankung** oder **Körperverletzung**, die direkt auf den **Verkehrsunfall** zurückzuführen ist, müssen innerhalb von 180 **Tagen** nach dem Ende des letzten **Krankenhausaufenthalts** erfolgen. Die Höhe des im Anhang ausgewiesenen Krankentagegelds entspricht dem am **Tag** der **Krankenhauseinweisung** geltenden Satz. Wenn der **versicherte Erwachsene** während dieses Zeitraums von 180 **Tagen** 55 Jahre alt wird, wird das Krankentagegeld in der bei der ersten **Krankenhauseinweisung** geltenden Höhe weiter gezahlt.

### Zu i) Krankenhaustagegeld

Die **Leistungen** des Krankenhaustagegelds werden erst bei einem **Krankenhausaufenthalt** von mindestens 3 aufeinanderfolgenden **Tagen** und für maximal 365 **Tage** pro **Erkrankung** gezahlt.

#### Zu ii) Tagegeld für Intensivpflege

Die **Leistungen** des Tagegelds für **Intensivpflege** werden erst bei einem Aufenthalt auf der **Intensivstation** von mindestens 3 aufeinanderfolgenden **Tagen** und für maximal 120 **Tage** pro **Erkrankung** gezahlt.

#### Zu iii) Tagegeld für Intensivpflege nach einem Verkehrsunfall

Die **Leistungen** des Tagegelds für **Intensivpflege** nach einem **Verkehrsunfall** werden erst bei einem Aufenthalt auf der **Intensivstation** von mindestens 3 aufeinanderfolgenden **Tagen** und für maximal 120 **Tage** pro **Körperverletzung** aufgrund eines **Verkehrsunfalls** gezahlt.

#### Vorerkrankungen

**Vorerkrankungen** werden bei der Berechnung des für den Krankenhausaufenthalt zu zahlenden Betrags nicht berücksichtigt, wenn der ins **Krankenhaus** eingewiesene **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind**:

- keine Behandlung oder Beratung in Bezug auf die **Vorerkrankung** erhalten hat; oder
- keine Symptome (ob mit oder ohne Diagnose) in Bezug auf die **Vorerkrankung** verspürt hat; und zwar während eines Zeitraums von 2 Jahren nach dem **Anfangsdatum** der **Police**

Wenn jedoch der ins **Krankenhaus** eingewiesene **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind**:

- eine Behandlung oder Beratung in Bezug auf die **Vorerkrankung** erhalten hat; oder
- Symptome (ob mit oder ohne Diagnose) in Bezug auf die **Vorerkrankung** verspürt hat; und zwar nach dem **Anfangsdatum** der **Police**, wird die **Vorerkrankung** bei der Berechnung des zu zahlenden Betrags berücksichtigt, wenn die **Vorerkrankung**:
  - Zum **Krankenhausaufenthalt** des **versicherten Erwachsenen** oder des **versicherten Kindes** beiträgt oder
  - die Dauer des **Krankenhausaufenthalts** des **versicherten Erwachsenen** oder des **versicherten Kindes** verlängert.

Eine medizinische Beurteilung wird in einen Prozentsatz umgewandelt und auf die Krankenhaustagegeld **Leistungen** angewandt. Wenn der berechnete Prozentsatz weniger als 25 % beträgt, zahlen **wir** die volle **Leistungen** des Krankenhaustagegeld. Wenn der berechnete Prozentsatz 100 % beträgt, zahlen wir keine Leistungen des Krankenhaustagegeld.

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

- in einer Einrichtung oder einem Teil dieser Einrichtung stattfindet, die/der primär zu folgenden Zwecken betrieben wird:
  - o Heilbadbehandlungen, Reha-Behandlungen oder Sanatorium,
  - o Erholungsheim, Erholungsanlage oder Pflegeeinrichtung oder
  - o Einrichtung, die pflegerische, psychiatrische, palliative, weiterbildende oder Reha-Leistungen anbietet oder
  - o 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
- aufgrund von psychologischen oder geistigen Störungen und sonstigen **Erkrankungen**, die sich hauptsächlich in psychischen Symptomen äußern
- 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

- aufgrund von **Erkrankungen**, die auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen sind
- 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 **Verkehrsunfall** 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 Gebiet, in dem der gesetzwidrigen Handlung 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
- aufgrund der Tatsache, dass der **versicherte Erwachsene** oder das **versicherte Kind** entgegen der Vernunft keinen medizinischen Rat eingeholt bzw. diesen nicht befolgt
- aufgrund von Schönheitsoperationen, ästhetischen und ähnlichen Behandlungen, auch wenn diese aus psychologischen Gründen durchgeführt werden
- aufgrund von Schwangerschaft, Entbindung oder Schwangerschaftsverhütung oder aufgrund von Komplikationen, die sich aus Schwangerschaft, Entbindung oder Schwangerschaftsverhütung ergeben
- in einem anderen Land als **Deutschland**

## 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,
- am Verlängerungsdatum nach **Ihrem** 65. Geburtstag
- wenn **Sie** die **Police** kündigen
- wenn **wir** die **Police** kündigen oder
- wenn **Sie** nicht mehr in Deutschland **wohnhaft** 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.

**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.

## 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 und die rückständige **Prämie** innerhalb von 30 **Tagen**, nachdem wir die **Police** gekündigt haben, bezahlen. 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 der **Erkrankung** oder 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 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 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 bekannten 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 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 das Office of the Arbitrator for Financial Services in Malta zu richten. Die Kontaktdaten des Office of the Arbitrator for Financial Services sind wie folgt:

Office of the Arbitrator for Financial Services 1st Floor  
St Calcedonius Square  
Floriana FRN 1530  
Malta

kostenfreie Rufnummer: 80 072 366  
Telefon: (+356) 21 249 245  
Webseite: <https://www.financialarbitrator.org.mt/>

### **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](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 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](mailto: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.