

# Unfall-Zahlungsplan - Allgemeine Versicherungsbedingungen

## 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** Versicherungs**police** dar. Diese Schriftstücke sind zusammen zu lesen. Sie sind wichtig. Bewahren **Sie** diese bitte an einem sicheren Ort auf.

Dieser Unfall-Zahlungsplan bezahlt **Leistungen** für jeden **Tag** eines **Krankenhausaufenthalts** in Deutschland, der direkt auf einen **Unfall** in Deutschland oder im **versicherten Ausland** zurückzuführen ist. Für jeden **Tag** eines **Krankenhausaufenthalts** im **versicherten Ausland**, der direkt auf einen **Unfall** im **versicherten Ausland** zurückzuführen ist, werden höhere Leistungen bezahlt.

**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.

**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.

**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.

**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 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 69 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 **Innen** 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 **Innen** 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.

**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, Mexiko, Monaco, Montenegro, Neukaledonien, Neuseeland, Nordmazedonien, Norwegen, Réunion, Saint Pierre und Miquelon, San Marino, die Schweiz, Serbien, Singapur, Südafrika, Südkorea, Thailand, Tunesien, die Türkei, das Vereinigte Königreich, 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, Curacao, 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.)

**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 69 Jahre alt und  
- in Deutschland **wohnhaf**t 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.

### 5. Einschränkung des Versicherungsschutzes

Die Höhe der **Leistungen** richtet sich nach dem Betrag, der zum Datum des **Unfalls** anwendbar ist.

#### Wiederholte Krankenhausaufenthalte

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** anwendbar ist.

#### 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 und notwendige Behandlung

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.

#### Vorerkrankungen

**Wir** bezahlen die **Leistungen** 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:

- 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, weiterbildende 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
- zur Rehabilitationsbehandlung stattfindet, die ggf. während des Krankenhausaufenthalts durchgeführt wird, um die volle körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des **versicherten Erwachsenen** oder **des versicherten Kindes** wiederherzustellen
- 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 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
- aufgrund des Einflusses oder der Beeinträchtigung durch Alkohol, Drogen oder Medikamente stattfindet, es sei denn, die Medikamente wurden gemäß den Anweisungen des Herstellers oder gemäß einer Verschreibung durch einen zugelassenen Arzt 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
- auf Handlungen entgegen medizinischen Rat zurückzuführen ist
- in einem anderen Land als Deutschland oder **versichertes Ausland** stattfindet
- unmittelbar auf die Teilnahme der versicherten Person an gefährlichen Tätigkeiten zurückzuführen ist, einschließlich, aber nicht beschränkt auf folgende Aktivitäten: Bergsteigen oder Klettern, bei dem Seile oder Führung erforderlich sind, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Paramotoring, Abseilen, Bungee-Jumping, Sackhüpfen, Bahn- und Wettrennen oder Geschwindigkeitstests/Rennen/Fahrten auf der Strecke oder mit hohen Geschwindigkeiten, Unterwasser-Aktivitäten, die die Verwendung eines künstlichen Atemgeräts (Schnorchel oder Atemgerät) erfordern, Heli-Skiing, Skispringen, Skifahren Abseits der Pisten, Snowboarden abseits Pisten (d.h. abseits der präparierten Pisten Ski oder Snowboard fahren).

## 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** 80. Geburtstag
- 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. **Ihr Partner** ist bei Verlängerung nach seinem 80. 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 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.

**Wir** zahlen einen prozentualen Anteil des Anspruchs von bis zu 100 % der Leistung auf der Grundlage des medizinischen Gutachtens, das wir von einem unabhängigen, zugelassenen Arzt über den Einfluß des Unfalls erhalten, der zum Schadensfall geführt hat.

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 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** angegebenen **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 an das Office of the Arbiter for Financial Services in Malta zu richten. Die Kontaktdaten des Office of the Arbiter for Financial Services sind wie folgt:

Office of the Arbiter 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.financialarbiter.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: akonewko@arqgroup.com

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  
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.