

Vitalpass 50plus - Regeln für eine erfolgreiche Partnerschaft

Mit dem Abschluss Ihres Vitalpass 50plus haben Sie eine wichtige Vorsorgeentscheidung getroffen. Denn Unfallschutz ist auch dann erforderlich, wenn Sie bereits Versicherungsschutz über eine Kranken-, eine Haftpflichtversicherung oder über die gesetzliche Unfallversicherung haben. Diese Versicherungen verfolgen andere Leistungsziele oder decken andere Gefahrenbereiche ab.

- Die Krankenversicherung kommt vor allem für Heilbehandlungskosten auf, sie leistet jedoch nicht für die wirtschaftlichen Folgen, die mit dauernden Gesundheitsschädigungen verbunden sind.
- Die Haftpflichtversicherung deckt wiederum nicht Ihre eigenen Schäden, sondern ausschließlich solche, die Sie anderen zufügen.
- Und durch die gesetzliche Unfallversicherung sind Sie nur im beruflichen Bereich geschützt.

Mit dem Vitalpass 50plus schließen Sie diese wichtige Versorgungslücke. Und wie bei jeder partnerschaftlichen Zusammenarbeit gibt es auch hier einige Rechte und Pflichten. Diese haben wir Ihnen in Form unserer „allgemeinen Versicherungsbedingungen“ zusammengestellt. Diese möchten wir Ihnen im Folgenden eingehend erläutern und Sie nicht mit dem „Kleingedruckten“ alleine lassen.

Sollten Sie noch Fragen haben, so beantworten wir Ihnen diese gerne persönlich. Sie erreichen uns montags bis freitags von 9.00 bis 17:30 Uhr unter unserer Service-Nummer 01805 – 578 377 (14ct/min aus dem Festnetz, mobil max. 42ct/min).

Inhaltverzeichnis

1. Was ist eigentlich ein Unfall? 2. Auf einen guten Start

3. Worauf Sie während der Laufzeit des Vertrages achten müssen

- 3.1 Bei Umzug, Heirat etc.
- 3.2 Bezugsrechtsänderung
- 3.3 Beitragszahlung
- 3.4 Vertragslaufzeit
- 3.5 Wenn Sie sich anders entscheiden – Ihr Widerrufsrecht
- 3.6 Militärische Einsätze
- 3.7 Wenn etwas passiert
- 3.8 Was ist im Falle eines Falles zu tun?
- 3.9 Rechtsfolgen, wenn gegen diese Pflichten verstoßen wird

4. Hilfeleistungen

- 4.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen
- 4.2 Art und Umfang der Leistungen
 - Menüservice
 - Hausnotruf
 - Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen
 - Besorgungen und Einkäufe
 - Wohnungsreinigung
 - Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung
 - Pflegeleistungen
 - Grundpflege
 - 24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrkostenübernahme
- 4.3 Hilfeleistungen für pflegebedürftige Ehe-/ Lebenspartner und Verwandte 1. Grades
 - Voraussetzungen für die Leistungen
 - Dauer der Leistungen
- 4.4 Rechtsverhältnis zu den Dienstleistern
- 4.5 Kostenübernahme

5. Unser Partnerangebot

6. Was nicht versichert ist

7. Gesundheitsschäden, die nicht versichert sind

8. Wer nicht versichert werden kann

9. Was wir wissen müssen

10. Unsere Leistung für eine schnelle Hilfe

11. Der Anbieter von Vitalpass 50plus

12. Beitragsanpassung

13. Was Sie im Falle einer Beschwer tun können

- 13.1 Lassen Sie uns darüber reden
- 13.2 Beschwerde beim Versicherungsombudsmann
- 13.3 Beschwerde bei der BAFin
- 13.4 Rechtsweg

14. Salvatorische Klausel

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Vitalpass 50plus

Stand Februar 2006

1. Was ist eigentlich ein Unfall?

Ein Unfall liegt dann vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Auch ein verrenktes Gelenk oder Zerrungen sowie Risse an Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln, die durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen und Wirbelsäule entstehen können, gelten als Unfall. Ein Oberschenkelhalsbruch gilt ebenfalls – unabhängig von der Ursache – als Unfall. Ebenso

2. Auf einen guten Start

Sie haben sich für ein ausgereiftes Produkt entschieden, das Sie gegen Unfälle absichert. Voraussetzung hierfür ist aber nicht nur, dass der Versicherungsvertrag zu Stande gekommen ist. Vielmehr müssen Sie auch den ersten Beitrag – den so genannten Einlösungsbeitrag – rechtzeitig, das heißt spätestens bis zu dem im Anschreiben angegebenen Fälligkeitstermin, bezahlen. Denn vor Zahlung des Einlösungsbeitrages kann der Versicherungsschutz nicht beginnen. Wenn Sie diesen Einlösungsbeitrag nicht innerhalb der ersten drei Monate nach Fälligkeit bezahlen, machen wir den Vertrag rückgängig. In diesem Fall können wir eine Bearbeitungsgebühr von 10% des ersten Jahresbeitrages verlangen.

3. Worauf Sie während der Laufzeit des Vertrages achten müssen

Der Start ist geglückt. Jetzt können Sie beruhigt auf den Unfallschutz durch den Vitalpass 50plus vertrauen.

3.1 Bei Umzug, Heirat etc.

Natürlich können sich im Laufe der Zeit die Lebensumstände ändern. In Ihrem Interesse sind wir in diesen Fällen auf die zügige, schriftliche Information angewiesen. Sie ziehen um? Also brauchen wir Ihre neue Adresse. Sie wechseln die Bank? Dann brauchen wir gegebenenfalls eine neue Einzugsermächtigung. Sie haben geheiratet und einen neuen Namen angenommen? Sagen Sie uns in diesem Fall doch bitte, unter welchem Namen wir Ihnen gratulieren dürfen. Bei längeren Auslandsaufenthalten sollten Sie uns einen inländischen Bevollmächtigten benennen, der unsere Mitteilungen an Sie entgegennehmen kann. Bitte beachte Sie, dass alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen schriftlich (z.B. per Brief, Fax oder E-Mail) zu erfolgen haben.

3.2 Bezugsrechtsänderung

Sollten Sie sich während der Vertragslaufzeit entschließen, eine andere als die bisher benannte Person durch Ihre Versicherung abzusichern, dann ist hierfür der Zugang Ihrer schriftlichen Mitteilung an uns erforderlich. Beachten Sie bitte: Wurde ein unwiderrufliches Bezugsrecht erteilt, ist eine Änderung nur mit Zustimmung des bisher Berechtigten möglich.

3.3 Beitragszahlung

Ganz wichtig ist die pünktliche Zahlung der Beiträge. Dabei genügt es, wenn am jeweiligen Fälligkeitsdatum alle Voraussetzungen dafür vorliegen, damit das Geld an uns überwiesen werden kann. Wenn Sie uns eine Einzugsermächtigung erteilt

haben, müssen Sie also lediglich darauf achten, dass Ihr Konto zu den Fälligkeitsterminen eine ausreichende Deckung aufweist. Wenn Sie mit der Beitragszahlung Probleme bekommen, sollten Sie sich unbedingt sofort bei uns melden. So vermeiden Sie Mahngebühren und schlimmstenfalls den Verlust des Versicherungsschutzes.

3.4 Vertragslaufzeit

Die Vertragslaufzeit beträgt 12 Monate und kann dann von beiden Parteien mit einer Frist von drei Monaten zum Jahresende schriftlich gekündigt werden.

3.5 Wenn Sie sich anders entscheiden – Ihr Widerrufsrecht

In unserer Broschüre und unseren allgemeinen Versicherungsbedingungen haben wir sämtliche Leistungen sowie alle Rechte und Pflichten noch einmal sehr verständlich dargestellt. Sollten Sie sich – aus welchen Gründen auch immer – gegen den Vitalpass 50plus entscheiden, so können Sie Ihren Antrag innerhalb von 14 Tagen widerrufen. Diese Frist beginnt erst dann, wenn Sie diese Belehrung erhalten haben. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Bitte senden Sie Ihre Widerrufserklärung an DMS Direkt Marketing Services GmbH, Vitalpass 50plus, Am Lenkwerk 5 in 33609 Bielefeld. Sollten Sie innerhalb der Widerrufsfrist bereits Leistungen von uns in Anspruch genommen haben, ist ein Widerruf verständlicherweise nicht mehr möglich.

3.6 Militärische Einsätze

Während des Zeitraums, in dem der Versicherte im Rahmen einer militärischen oder ähnlichen Formation an einem kriegsmäßigen Einsatz beteiligt ist, tritt der Versicherungsschutz automatisch außer Kraft. Natürlich werden für diesen Zeitraum auch keine Beiträge geschuldet.

3.7 Wenn etwas passiert

Die Tücken des Alltags können oftmals gravierende Folgen haben. Schnell kann eine scheinbar harmlose Situation zu einem schmerzhaften Unfall führen, der meistens mit erheblichen Kosten verbunden ist. Hier gewährt Ihre Unfallversicherung den bestmöglichen Schutz. Dabei sind die nachfolgenden Punkte besonders zu beachten, da deren Nichtbefolgung Einfluss auf die Versicherungsleistung haben kann.

3.8 Was ist im Falle eines Falles zu tun?

Wenn der Versicherte Opfer eines Unfalls wird, sollte er sich schon im eigenen Interesse unverzüglich in ärztliche Behandlung begeben und die medizinischen Ratschläge befolgen. Außerdem sollten wir so schnell wie möglich über den Schaden informiert werden. Wir übersenden dann die notwendige Unfallanzeige, die uns bitte mit den entsprechenden Angaben zum Unfallhergang versehen schnellstmöglich zurückgeschickt wird. Außerdem bitten wir, weitere sachdienliche Fragen umgehend zu beantworten.

3.9 Rechtsfolgen, wenn gegen diese Pflichten verstoßen wird

Die vorgenannten Punkte sind erforderlich, um die Unfallfolgen gering zu halten und unsere Leistungspflicht beurteilen zu können. Deshalb müssen wir Sie bitten, diese Punkte im Falle eines Unfalls genau zu befolgen; andernfalls können wir unserer Leistungspflicht nicht nachkommen. Dies gilt allerdings nicht, wenn weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt wurde. Bei grob fahrlässigem Handeln

leisten wir auch dann, wenn dies weder Einfluss auf die Feststellung des Unfalls noch auf die Bemessung der Versicherungsleistung gehabt hat.

4. Hilfeleistungen

4.1 Voraussetzungen und Dauer der Leistungen

Hat der Unfall zur Folge, dass die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten derart beeinträchtigt ist, dass er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens der Hilfe bedarf, so entsteht Anspruch auf Hilfeleistungen.

Die Hilfeleistungen werden für die Dauer erbracht, die der Versicherte im Sinne des vorangehenden Satzes hilfsbedürftig ist, längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet. Die Hilfs- und Pflegeleistungen enden, sofern und soweit Sachleistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen werden. Sie enden insgesamt, wenn eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung anerkannt wurde und Geldleistungen gewährt werden.

Die Leistungen werden ausschließlich innerhalb der Bundesrepublik Deutschland an Ihrem ständigen Wohnsitz erbracht. Hält sich der Versicherte im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Welche der nachfolgenden Hilfeleistungen beansprucht werden können, richtet sich nach dem Umfang der Hilfsbedürftigkeit des Versicherten, die von uns in Zusammenarbeit mit der Malteser Hilfsdienst gGmbH (Malteser) individuell ermittelt wird.

4.2 Art und Umfang der Leistungen

Menüservice

Der Versicherte erhält wöchentlich sieben Hauptmahlzeiten, die er vorab aus dem angebotenen Menüsortiment frei wählen kann. Die Menüs werden bei Bedarf täglich warm angeliefert. Soweit dies örtlich nicht möglich ist, werden die Menüs jeweils wochenweise (7 Mahlzeiten tiefgekühlt) angeliefert.

Hausnotruf

Dem Versicherten wird bei Bedarf eine Hausnotrufanlage mit einem Funkfinger oder einem Funkarmband zur Verfügung gestellt und in der Wohnung der versicherten Person installiert, sofern die erforderlichen technischen Voraussetzungen (entsprechender Strom- und Telefonanschluss) hierfür in der Wohnung vorhanden sind.

Über die Hausnotrufanlage ist für die versicherte Person rund um die Uhr eine Notrufzentrale erreichbar, die im Notfall entsprechende Hilfe veranlasst.

Unterstützung bei Arzt- und Behördengängen

Wir bringen und begleiten die versicherte Person bis zu zweimal die Woche zu Arzt- und Behördenterminen in einem Umkreis von 50 km von seinem ständigen Aufenthaltsort, wenn ihr persönliches Erscheinen dort unumgänglich ist.

Besorgungen und Einkäufe

Einkäufe und notwendige Besorgungen werden für die versicherte Person zweimal pro Woche bis zu insgesamt 4 Stunden übernommen. Hierzu zählen

- das Zusammenstellen des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs,
 - das Einkaufen (einschließlich Arzneimittelbeschaffung) und notwendige Besorgungen (z.B. Bank- und Behördengänge),
 - die Unterbringung und Versorgung der eingekauften Lebensmittel, die Anleitung zur Beachtung von Genieß und Haltbarkeit von Lebensmitteln
- sowie gegebenenfalls Wäsche zur Reinigung bringen und abholen.

Die Kosten für die Lebensmittel, Gegenstände des täglichen Bedarfs sowie für die Reinigung tragen Sie.

Wohnungsreinigung

Der allgemein übliche Lebensbereich der Wohnung (z. B. Wohnraum, Bad, Toilette, Küche, Schlafraum) der versicherten Person wird einmal in der Woche bis zu 2 Stunden gereinigt. Diese Leistung setzt voraus, dass die Wohnung vor dem Unfall in einem ordnungsgemäßen Zustand war.

Waschen und Pflegen der Wäsche und Kleidung

Wäsche und Kleidung der versicherten Person wird einmal wöchentlich bis zu 3 Stunden gewaschen und gepflegt. Hierzu zählen

- das Waschen und Trocknen,
- das Bügeln,
- das Ausbessern,
- das Sortieren und Einräumen sowie
- die Schuhpflege.

Pflegeleistungen

Entspricht die unfallbedingte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit des Versicherten mindestens der Pflegestufe 1 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegeversicherung), dann werden für bis zu 4 Wochen folgende Leistungen erbracht:

- Körperpflege einschließlich Teil- oder Ganzwaschungen
- An- und Auskleiden
- Hilfe beim Verrichten der Notdurft
- Lagerung im Bett

- Hilfe bei der Durchführung von Bewegungsübungen
- Zubereitung von Mahlzeiten und die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme

Diese Pflegeleistungen werden bis zu zweimal täglich für insgesamt bis zu 2 Stunden pro Tag erbracht. Wenn die versicherte Person von Angehörigen gepflegt wird, werden diese auf Wunsch für die Aufgaben der täglichen Pflege geschult.

24-Stunden-Pflegenotruf mit Fahrkostenübernahme

Gleichzeitig kann mit der Erbringung von Leistungen der Grundpflege – soweit örtlich möglich – ein Pflegenotruf eingerichtet werden, über den rund um die Uhr eine Pflegenotrufzentrale erreichbar ist, die im Notfall eine ausgebildete Pflegekraft zur entsprechenden Hilfeleistung vorbeischickt. Voraussetzung ist, dass in der Wohnung ein Stromanschluss und ein Telefonanschluss genutzt werden können.

4.3 Hilfeleistungen für pflegebedürftige Ehe-/ Lebenspartner und Verwandte 1. Grades

Voraussetzungen für die Leistungen

- Betreut die versicherte Person ihren Ehe- oder Lebenspartner oder Verwandten 1. Grades, mit dem sie in häuslicher Gemeinschaft zusammenlebt, in häuslicher Pflege und führt ein unter den Vertrag fallender Unfall dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, diese Betreuungsleistung fortzusetzen, dann erbringt der Versicherer die Hilfeleistungen im Rahmen von 4.2 (Pflegeleistungen) auch für diese Person (Pflegebedürftiger). Voraussetzung ist, dass für den Pflegebedürftigen vor dem Unfallereignis eine Pflegestufe im Sinne der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung anerkannt wurde, die zum Unfallzeitpunkt noch bestand und keine andere Pflegeperson aus dem sozialem Umfeld der versicherten Person zur Betreuung zur Verfügung steht.
- Erhält der Pflegebedürftige zum Unfallzeitpunkt Sachleistungen (vollumfänglich oder teilweise) von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, erbringt der Versicherer die Hilfeleistungen nur, soweit diese nicht von der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erbracht werden.
- Besteht für die versicherte Person über diesen Vertrag kein Versicherungsschutz für das Unfallereignis, so kann auch für den Pflegebedürftigen keine Leistung beansprucht werden.

Dauer der Leistungen

Die Hilfeleistungen für den Pflegebedürftigen werden solange erbracht, wie die versicherte Person dazu nicht in der Lage ist, längstens jedoch für einen Zeitraum von sechs Monaten nach dem Unfall der versicherten Person.

4.4 Rechtsverhältnis zu den Dienstleistern

Soweit wir qualifizierte Dienstleister beauftragen, um unsere Leistungspflichten zu erfüllen, werden hierdurch keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen oder der versicherten Person und den von uns beauftragten Dienstleistern begründet.

4.5 Kostenübernahme

Wir übernehmen alle Kosten für die unter 4.2 genannten Hilfs- und Pflegeleistungen, soweit dies in den vorliegenden allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehen ist. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir Kosten, die durch Ihre bzw. die der versicherten Person getätigte Beauftragung entstehen, ohne dass dies vorab mit uns abgestimmt wurde, nicht übernehmen können.

5. Unser Partnerangebot

Für Personen, die verheiratet sind oder mit ihrem Partner in einer eheähnlichen Lebensgemeinschaft leben, bieten wir den Vitalpass 50plus zu unserem günstigen Partnertarif an, der dem jeweiligen Versicherungsschein entnommen werden kann. Unsere allgemeinen Versicherungsbedingungen finden auch auf die Versicherten Anwendung, die unseren Partnertarif nutzen.

6. Was nicht versichert ist

Ihre Vitalpass 50plus bietet Ihnen einen guten Rundumschutz. Dennoch gibt es bestimmte Unfälle, die wir verständlicherweise nicht versichern können. Dies sind:

- Unfälle des Versicherten durch Geistes- und Bewusstseinsstörungen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen; hierzu zählen auch Unfälle unter Alkoholeinfluss.
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- Durch Kernenergie verursachte Unfälle.
- Unfälle durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse.
- Unfälle der versicherten Person als Pilot sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs. Dies gilt auch für Unfälle, die bei der Ausübung von Luftsportarten passieren.
- Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt ist, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde und es dadurch zu anderen Verletzungen bei der versicherten Person kommt (z.B. Arm- oder Beinbruch). Die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst bleiben von der Leistungspflicht ausgeschlossen.

7. Gesundheitsschäden, die nicht versichert sind

- Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen und Bauch- und Unterleibsbrüche.
- Infektionen
- Vergiftungen
- Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen.

8. Wer nicht versichert werden kann

Bestimmten Personengruppen können wir aus verschiedenen Gründen trotz Beitragszahlung keinen Versicherungsschutz gewähren. Zu diesen gehören:

- Dauernd pflegebedürftige sowie geistesranke Personen. Pflegebedürftig ist, wer im täglichen Leben überwiegend auf fremde Hilfe angewiesen ist. Dies gilt auf jeden Fall für Personen, die mindestens in die Pflegestufe 1 gemäß Sozialgesetzbuch XI (Pflegepflichtversicherung) eingestuft sind.
- Personen, die einen Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen B oder G besitzen.

Der Versicherungsschutz erlischt und der Versicherungsvertrag endet, sobald der Versicherte aufgrund der genannten Punkte nicht mehr versicherbar ist. Zuviel gezahlte Beiträge werden in diesem Fall zurückerstattet.

9. Was wir wissen müssen

Auch wenn die versicherte Person nicht einer der unter 7. genannten Personen gehört, behalten wir uns ein Rücktrittsrecht vor, wenn zum Zeitpunkt der Antragsstellung einer oder mehrere der folgenden Gründe vorliegen:

- Die versicherte Person ist in den letzten drei Jahren aufgrund eines Unfallereignisses oder Sturzes mindestens zweimal stationär behandelt oder ambulant operiert worden.
- Die versicherte Person ist in den letzten drei Jahren in Folge eines Schlaganfalls, in Folge einer Durchblutungsstörung der Beine, Parkinsonscher Krankheit oder eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus im Krankenhaus behandelt worden.
- Die versicherte Person nimmt regelmäßig Beruhigungsmittel (Psychopharmaka) ein oder besitzt einen Marcumar-Ausweis oder müsste regelmäßig zur Blutgerinnungskontrolle einen Arzt aufsuchen.
- Die versicherte Person ist aufgrund einer Hüftgelenksoperation, eines Oberschenkelhalsbruches oder sonstiger Vorschäden der Hüfte gehbehindert.

Der versicherten Person ist bekannt, dass sie verpflichtet ist, uns bei Vorliegen einer der vorstehenden Gründe unverzüglich zu informieren. Anderenfalls behalten wir uns ebenfalls vor, vom Vertrag zurückzutreten (§ 16ff. VVG, vgl. Anlage). Im Falle eines Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

10. Unsere Leistung für eine schnelle Hilfe

Sobald Sie uns die Hilfsbedürftigkeit schlüssig dargelegt haben, werden wir die notwendigen Hilfeleistungen gemäß Punkt 4. unverzüglich feststellen und soweit erforderlich erbringen.

Bitte beachten Sie, dass wegen der in Ihrem Interesse gebotenen Eilbedürftigkeit vor Beginn der Hilfeleistungen nicht immer abschließend geprüft werden kann, ob Versicherungsschutz besteht. Deshalb ist mit der Erbringung von Hilfeleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Hilfeleistungen.

11. Der Anbieter von Vitalpass 50plus

Der Vitalpass 50plus wird Ihnen von der DMS Direkt Marketing Services GmbH, Am Lenkwerk 5 aus 33609 Bielefeld angeboten. Wir kümmern uns um alle Angelegenheiten, die sich im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag ergeben können. Um Ihnen im Falle eines Falles schnell und kompetent zur Seite stehen zu können, arbeiten wir exklusiv mit der Malteser Hilfsdienst gGmbH zusammen. Diese organisiert, vermittelt und überwacht sämtliche unter 4.2 aufgeführten Hilfs- und Pflegeleistungen. Die eigentliche Erbringung der Leistungen erfolgt ebenfalls primär durch Mitarbeiter der Malteser Hilfsdienst gGmbH. Sollte dies nicht möglich sein, so werden die Leistungen von einem qualifizierten Dienstleistungsbetrieb ausgeführt, der von den Maltesern ausgesucht und überwacht wird. Alle unter 4.2 genannten Leistungen sind bei der Europ Assistance SA, Niederlassung für Deutschland, Adenauerring 9, 81737 München, im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages versichert. Dem Versicherten stehen im Schadensfall die Ausübung der Rechte aus diesem Versicherungsvertrag gegenüber der Europ Assistance direkt zu.

12. Beitragsanpassung

Bei Erhöhung des sich aus dem Tarif ergebenden Beitrages ist der Versicherer berechtigt, für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versicherungsverträge den Beitrag mit Wirkung vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an bis zur Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben. Eine solche Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn der Versicherer dem Versicherungsnehmer die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschieds zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilt und ihn schriftlich über sein Kündigungsrecht belehrt. Der Versicherungsnehmer kann im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

Vermindert sich der Tarifbeitrag, verpflichtet sich der Versicherer, den Beitrag vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

13. Was Sie im Falle einer Beschwerde tun können

Bei uns arbeiten Menschen. Menschen können Fehler machen oder nur einen schlechten Tag erwischen. Aber natürlich kann es auch grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten geben. Es gibt mehrere Möglichkeiten, hierauf zu reagieren:

13.1 Lassen Sie uns darüber reden

Es wäre schön, wenn wir in einem solchen Fall zunächst einmal miteinander reden würden. So lassen sich die meisten Unstimmigkeiten ganz einfach aus der Welt schaffen. Wählen Sie unsere Service-Nummer, und wir bemühen uns, Ihnen schnell und unbürokratisch zu helfen.

13.2 Beschwerde beim Versicherungsombudsmann

Wir sind Mitglied im Verein „Versicherungsombudsmann e.V.“. Sie haben daher die Möglichkeit, sich mit Ihrer Beschwerde an den Versicherungsombudsmann, Postfach 080632 in 10006 Berlin, zu wenden.

13.3 Beschwerde bei der BAFin

Selbstverständlich kann im Falle einer Beschwerde auch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht – Bereich Versicherungen – (BAFin), Graurheindorfer Str. 108 in 53117 Bonn, eingeschaltet werden.

13.4 Rechtsweg

Sollte es wider Erwarten zu keiner Einigung kommen, können Ansprüche gegen uns auch gerichtlich geltend gemacht werden. Dies muss innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unseres Ablehnungsschreibens geschehen, da Ansprüche andernfalls ausgeschlossen sind. Dies gilt aber nur dann, wenn wir in unserem Ablehnungsschreiben auf diese Frist und die mit einer Fristversäumung verbundenen Rechtsfolgen hingewiesen haben. Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Zuständig für rechtliche Auseinandersetzungen sind, je nach Streitwert, das Amts- oder Landgericht in Bielefeld.

14. Salvatorische Klausel

Die Nichtigkeit oder Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrages berührt nicht die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen. Im Fall der Unwirksamkeit oder Nichtigkeit einer Bestimmung werden die Parteien die mangelhafte Bestimmung durch eine wirksame ersetzen, deren wirtschaftlicher und rechtlicher Sinn dem der mangelhaften Bestimmung am nächsten kommt.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

1. Vorbemerkung

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung unter anderem dann, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

2. Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung enthält Ihr Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es u.U. nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

3. Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z.B. beim Arzt einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

3.1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Leistungsfall und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit oder bei Ablauf einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

3.2 Datenübermittlung an Rückversicherer

In vielen Fällen geben wir einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art

des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risikobeurteilung und bei der Beurteilung des Leistungsfalls mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3.3 Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Leistungsfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Leistungsabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Leistungsfall zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Leistungsfall.

3.4 Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Leistungsfall es kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und beim Verband der privaten Krankenversicherung zentrale Hinweissysteme.

3.6 Durch Versicherungsvermittler

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten. Der für Ihre Betreuung zuständige Vermittler wird Ihnen mitgeteilt. Endet seine Tätigkeit für unser Unternehmen (z.B. durch Kündigung des Vermittlervertrages oder bei Pensionierung), regelt das Unternehmen Ihre Betreuung neu; Sie werden hierüber informiert.

3.7 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

Anhang

Die gesetzlichen Vorschriften, auf die in den Versicherungsbedingungen verwiesen wird, lauten wie folgt:

§ 14 Sozialgesetzbuch XI

Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes (1) sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes (1) besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes (1) sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung, 3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Sozialgesetzbuch XI

Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe 1 (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe 2 (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) In der Verordnung nach § 16 und den Richtlinien nach § 17 ist näher zu regeln, welcher zeitliche Pflegeaufwand in den einzelnen Pflegestufen jeweils mindestens erforderlich ist.

§ 16 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) - Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist. **§ 17 VVG - Unrichtige Anzeige**

(1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18 VVG - Schriftliche Fragen des Versicherers

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände anhand schriftlicher, von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Fall arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19 VVG - Vertragsabschluss durch Vertreter

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20 VVG - Ausübung des Rücktritts

(1) Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Fall des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfangs an zu verzinsen.

§ 21 VVG - Kausalität

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22 VVG - Arglistige Täuschung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt.

§ 38 VVG - Zahlungsverzug mit Erstprämie

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird. (2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39 VVG - Zahlungsverzug mit Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.