

AirPlus Traveller's Accident Insurance

Versicherungsbestätigung zur AirPlus Traveller's Accident Insurance
für Ihren Account, Ihre Virtual Card oder Ihre Corporate Card
Versicherungsnummer: APAX1013CH

Umfang des Versicherungsschutzes

Nach dem zwischen TSM und der AirPlus International AG abgeschlossenen Rahmenvertrag besteht für Ihren Account / Ihre Virtual Card / Ihre Corporate Card, der / die mit AirPlus Traveller's Accident Insurance beantragt wurde, im nachfolgend beschriebenen Umfang Versicherungsschutz. Dieser Rahmenversicherungsvertrag endet frühestens zum 31. Dezember 2024.

Ausführliche Erläuterungen finden Sie in den Versicherungsbedingungen unter den angegebenen Abschnitten. Es gelten immer die „Allgemeinen Definitionen zu den Allgemeinen Versicherungsinformationen“, die „Allgemeinen Versicherungsinformationen“, die „TSM/ AirPlus Sonderbedingungen 2023“, das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ sowie die „Ergänzende Erklärung zum „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ bei Gruppenversicherungsverträgen“.

A. Reiseunfallversicherung optional für 30 Tage

bis zu	CHF	648.000,00	für Vollinvalidität (Mehrleistung ab 70%)
bis zu	CHF	432.000,00	für den Invaliditätsfall als Kapitalzahlung
	CHF	432.000,00	für den Todesfall

Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr beträgt die Leistung im Todesfall als Kapitalzahlung CHF 27.000,00.

unfallbedingte Zusatzleistungen

bis zu	CHF	108.000,00	unfallbedingte medizinisch sinnvolle und ärztlich angeordnete Rücktransport- und Rückführungskosten
bis zu	CHF	27.000,00	für Bergungskosten
bis zu	CHF	27.000,00	für Kurkostenbeihilfe
bis zu	CHF	27.000,00	für kosmetische Operationen
bis zu	CHF	16.200,00	für Sofortleistung bei Schwerverletzungen
bis zu	CHF	16.200,00	für Umbaukosten
bis zu	CHF	5.400,00	für Rehabilitations-Beihilfe
bis zu	CHF	5.400,00	für Heilkosten bei Auslandsaufenthalten
	CHF	540,00	Gipsgeld
pro Tag	CHF	216,00	bei einer durch Dritte verursachten strafrechtlichen Einschränkung der persönlichen Freiheit („Kidnapping“) (bis zu einem Jahr)
pro Tag	CHF	216,00	bei Koma (bis zu zwei Jahren)
pro Tag	CHF	54,00	für Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

Allgemeine Definitionen zu den Allgemeinen Versicherungsinformationen

<u>Versicherer:</u>	<p>TSM Compagnie d'Assurances of Rue Jaquet-Droz 43b, 2301 La Chaux-de-Fonds eingetragen in der Schweiz unter der Nummer CHE-105.763.241</p> <p>- nachfolgend „TSM“, „wir“, „uns“ oder „unser/e“ genannt -</p>
<u>Versicherungsnehmer:</u>	<p>AirPlus International AG Obstgartenstraße 27 8302 Kloten, Schweiz</p> <p>- nachfolgend AirPlus genannt -</p>
<u>Versicherte Person/-en:</u>	<p>Versicherungsschutz gilt für die in den jeweiligen Abschnitten der Versicherungsbedingungen genannten Personen.</p> <p>- nachfolgend „Sie“ oder „Ihr/e“ genannt -</p>
<u>Corporate Card:</u>	<p>Alle von AirPlus bzw. Ihren Töchtern/Beteiligungen oder Kooperationspartnern herausgegebenen Corporate Cards (derzeit: AirPlus Corporate Card Typ 1, 2, 3, AirPlus Supreme Card, AirPlus Corporate Credit Cards sowie bis 2021 ausgegebene dazugehörige Private Cards).</p> <p>- nachfolgend „Corporate Card“ genannt -</p>
<u>Account:</u>	<p>Alle von der Versicherungsnehmerin bzw. ihren Töchtern/Beteiligungen oder Kooperationspartnern herausgegebenen zentralen Abrechnungssaccounts (derzeit: AirPlus Company Account, AirPlus Debit Account, MC Lodged Account)</p> <p>- nachfolgend „Account“ genannt -</p>
<u>Virtual Card:</u>	<p>Alle von der Versicherungsnehmerin bzw. ihren Töchtern/Beteiligungen oder Kooperationspartnern herausgegebenen Virtual Cards Classic. Die AirPlus Virtual Cards Classic gibt es in den Varianten Single-Use und Multi-Use. Bei der Single-Use-Variante kann eine Virtual Card-Nummer für eine einmalige Zahlung, bei der Multi-Use-Variante für wiederkehrende Zahlungen mit dem gleichen Verwendungszweck genutzt werden.</p> <p>- nachfolgend „Virtual Card“ genannt -</p>
<u>Reise:</u>	<p>Jede Geschäfts- oder Privatreise weltweit, die während des Versicherungsschutzes beginnt und endet. Das umfasst nicht die normale Route zum Arbeitsplatz (in Bezug auf das Pendeln), selbst wenn diese grenzüberschreitend ist.</p>
<u>Reisekosten:</u>	<p>Die Reisekosten umfassen die Kosten, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Reise stehen und mit einer Corporate Card, einer Virtual Card bzw. einem Account bezahlt werden können. Hierunter fallen die Kosten für das Transportmittel sowie die Kosten für die Unterbringung (Hotel o.ä.). Diese Kosten müssen mit dem Account, der Virtual Card oder der Corporate Card bezahlt werden bzw. der Account, die Virtual Card oder die Corporate Card muss als Zahlungsmittel hinterlegt sein. Nicht unter die Reisekosten fallen z.B. Kosten für Verpflegung, es sei denn, sie sind im Reisepreis pauschal enthalten (z.B. Halbpension).</p>

Sharing Economy:

Von der versicherten Person über einen amtlich zugelassenen Anbieter von einem Dritten geliehene oder angemietete Vermögenswerte. Hierunter fallen z.B. Fahrdienste und Vermietungen von Unterkünften.

Transportmittel:

Unter den Begriff Transportmittel fallen die Verkehrsmittel der Reise (Flugzeug, Bahn, Schiff / Fähre, Fernbusse oder Mietwagen) sowie, sofern dies in den Bedingungen unter den „Voraussetzungen für den Versicherungsschutz“ erläutert wird, das Verkehrsmittel, das genutzt wird, um das Transportmittel zu erreichen oder vom Transportmittel zum Ziel zu gelangen.

Der Versicherungsvertrag wurde zwischen uns und AirPlus International AG zugunsten der jeweiligen versicherten Personen geschlossen. Die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag steht der versicherten Person zu. Für die Erfüllung von Obliegenheiten und für die Folgen der Nichtbeachtung oder Nichterfüllung von Obliegenheiten ist die jeweilige versicherte Person verantwortlich.

Allgemeine Versicherungsinformationen - TSM /AirPlus Sonderbedingungen 2023

1. Identität des Versicherers

TSM Compagnie d'Assurances of Rue Jaquet-Droz 43b, 2301 La Chaux-de-Fonds eingetragen in der Schweiz unter der Nummer CHE-105.763.241

2. Ladungsfähige Anschrift & Kontaktdaten:

TSM Compagnie d'Assurances
Rue Jaquet-Droz 43b,
2301 La Chaux-de-Fonds

Telefon : +41 22 819 44 00
E-Mail: sales@tsm-assistance.com

Für Englisch:
Telefon: +44 (0) 203 281 7210
E-Mail: airplusENG@axa-travel-insurance.com

Für Deutsch:
Telefon: +49 (0)89 3803 5679
E-Mail: airplusDEU@axa-travel-insurance.com

Für Französisch:
Telefon: +33 170 770 434
E-Mail: airplusFRA@axa-travel-insurance.com

Für Italienisch:
Telefon: +39 068 750 3255
E-Mail: airplusITA@axa-travel-insurance.com

3. Hauptgeschäftstätigkeit:

Die Hauptgeschäftstätigkeit ist das Betreiben von Versicherungsgeschäft im Bereich Unfall- und Schadenversicherung.

4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds

Ein Garantiefond ist gesetzlich nicht vorgesehen.

5. Wesentliche Merkmale der Versicherung

Der Versicherungsschutz gilt, vorbehaltlich der Sanktionsklausel in Punkt I.5, für Reisen auf der ganzen Welt.

Reiseunfallversicherung optional für 30 Tage

bis zu	CHF 648.000,00	für Vollinvalidität (Mehrleistung ab 70%)
bis zu	CHF 432.000,00	für den Invaliditätsfall als Kapitalzahlung
	CHF 432.000,00	für den Todesfall

Für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr beträgt die Leistung im Todesfall als Kapitalzahlung CHF 27.000,00.

unfallbedingte Zusatzleistungen

bis zu	CHF 108.000,00	unfallbedingte medizinisch sinnvolle und ärztlich angeordnete Rücktransport- und Rückführungskosten
bis zu	CHF 27.000,00	für Bergungskosten
bis zu	CHF 27.000,00	für Kurkostenbeihilfe
bis zu	CHF 27.000,00	für kosmetische Operationen
bis zu	CHF 16.200,00	für Sofortleistung bei Schwerverletzungen
bis zu	CHF 16.200,00	für Umbaukosten
bis zu	CHF 5.400,00	für Rehabilitations-Beihilfe
bis zu	CHF 5.400,00	für Heilkosten bei Auslandsaufenthalten
	CHF 540,00	Gipsgeld

pro Tag	CHF	216,00	bei einer durch Dritte verursachten strafrechtlichen Einschränkung der persönlichen Freiheit („Kidnapping“) (bis zu einem Jahr)
pro Tag	CHF	216,00	bei Koma (bis zu zwei Jahren)
pro Tag	CHF	54,00	für Krankenhaustagegeld mit Genesungsgeld

6. Gesamtpreis der Versicherung und Kosten

Für die versicherten Personen selbst fallen für in Kredit- oder Kundenkarten inkludierte Versicherungsleistungen keine separaten Versicherungsprämien an TSM an.

7. Zahlung, Erfüllung und Zahlungsweise der Prämie

Für die versicherten Personen ergeben sich aus diesen Versicherungsbedingungen keine Regelungen hinsichtlich Zahlung, Erfüllung und Zahlungsweise der Prämie an TSM.

8. Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Nachhaftung

Der Versicherungsschutz für die versicherten Personen beginnt mit dem Erwerb bzw. der zur Verfügung Stellung der Kreditkarte, in die die hier genannten Versicherungsleistungen inkludiert sind.

Davon abweichende Regelungen (z.B. Aktivierung des Versicherungsschutzes durch den Karteneinsatz) sind im Folgenden beschrieben.

Der Versicherungsschutz erlischt an dem Tag, an dem die Corporate Card, die Virtual Card bzw. der Account ihre/seine Gültigkeit verliert oder zu dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherungsschutz gekündigt wird, bzw. an dem Datum, an dem der Rahmenversicherungsvertrag endet.

Für vor diesem Termin mit der Corporate Card, der Virtual Card bzw. dem Account noch bezahlte und unter den Versicherungsschutz dieses Vertrages fallende Leistungen wird jedoch auch über den Ablauftag hinaus Versicherungsschutz gewährt.

Sollten sich am Deckungsumfang gemäß dieser Versicherungsbedingungen Änderungen ergeben, werden die versicherten Personen darüber von uns über AirPlus informiert.

9. Widerrufsrecht

Ein separates Widerrufsrecht der versicherten Personen bezüglich der in die Kunden- bzw. Kreditkarten inkludierten Versicherungsleistungen entfällt.

Es gelten die entsprechenden Regelungen der jeweiligen Kunden- bzw. Kreditkarte.

10. Gerichtsstand und anwendbares Recht

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen TSM bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz von TSM. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Richtet sich die Klage gegen eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die natürliche Person bei dem Gericht erhoben werden, das für ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Richtet sich die Klage gegen eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Sitz oder deren Niederlassung.

Verlegt die natürliche Person ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Schweiz oder Liechtenstein oder ist ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist für Klagen aus dem Versicherungsvertrag und der Versicherungsvermittlung das Gericht ausschließlich zuständig, in dessen Bezirk TSM ihren Sitz hat.

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht. Die vertragliche Basis umfasst die Versicherungspolice, die Vertragsbedingungen und anwendbares Recht, einschließlich des Federal Swiss Insurance Contract Law (Schweizer Bundesgesetz zu Versicherungsverträgen) vom 2. April 1908 (LCA) in seiner überarbeiteten Fassung vom 17. Dezember 2004.

11. Vertragssprache

Die Kommunikation während der Vertragsdauer erfolgt ausnahmslos in deutscher Sprache.

Auskünfte zu Schadenfällen und Assistenzleistungen können darüber hinaus in französischer, englischer und italienischer Sprache erteilt werden.

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Swiss Financial Market Supervisory Authority FINMA
Laupenstrasse 27
CH-3003 Bern
Telefon: +41 31 327 91 00
Fax: +41 31 327 91 01
E-Mail: info@finma.ch

12. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren (Ombudsmannverfahren)

Sofern die versicherte Person nicht mit unserer Entscheidung einverstanden ist, besteht die Möglichkeit zur außergerichtlichen Streitbeilegung durch Einschalten des neutralen Ombudsmanns.

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher und Kleingewerbetreibende kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann ist aber, dass die versicherte Person uns zunächst die Möglichkeit gegeben hat, unsere Entscheidung zu überprüfen.

Die Gerichtsbarkeit des Ombudsmannes für private der Versicherungen ist auf Schlichtung beschränkt, ausgenommen ist jegliche Befugnis zur Beilegung von Streitigkeiten innerhalb der Gerichtsbarkeit der gewöhnlichen Gerichte.

ADRESSE & KONTAKTDATEN – DEUTSCHSPRACHIGE SCHWEIZ (HAUPTSITZ):

POSTFACH 2646, CH-8022 ZÜRICH
TEL.: +41(0)442113090, FAX +41(0)442125220
E-MAIL: HELP@VERSICHERUNGSOMBUDSMAN.CH

NIEDERLASSUNG FRANZÖSISCHE SCHWEIZ:
CHEMIN DES TROIS-ROIS 5BIS
POSTFACH 5843, CH-1002 LAUSANNE
TEL.: +41(0)213175271, FAX: +41(0)213175270
E-MAIL: OMBUDSMAN@AVOCATS-CH.CH

NIEDERLASSUNG ITALIENISCHE SCHWEIZ:
VIA G. POCOBELLI 8, CASELLA POSTALE
CH-6903 LUGANO
TEL.: +41(0)919671783, FAX: +41(0)919667252
E-MAIL: AVVCAIMI@SWISSONLINE.CH

TSM / AirPlus Sonderbedingungen 2023

I. Allgemeine Bestimmungen

1. **Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?**

- 1.1. Ist die Versicherung zugunsten Dritter abgeschlossen, steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag der versicherten Person zu.
- 1.2. Alle für die versicherte Person geltenden Bestimmungen sind auf ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 1.3. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

2. **Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?**

- 2.1. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

3. **Voraussetzung für den Versicherungsschutz**

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist generell, dass für den Account, die Virtual Card bzw. die Corporate Card dieser Versicherungsschutz abgeschlossen wurde und die gesamten Reisekosten mit dem Account, der Virtual Card bzw. der Corporate Card beglichen worden sind.

Unabhängig vom Karteneinsatz besteht Versicherungsschutz für den Verkehrsmittel-Unfallschutz im Dienstwagen, für unfallbedingte medizinisch sinnvolle und ärztlich angeordnete Rücktransporte oder Rückführungen und die Auslandsreisekrankenversicherung.

Sollte die Zahlung mit dem Account, der Virtual Card oder der Corporate Card vor Antritt der Reise nicht möglich sein, wird der Versicherungsschutz auch dann aktiviert, wenn die entsprechende Karte vor dem Reiseantritt als Zahlungsmittel in einem Buchungs- oder Reservierungssystem hinterlegt und die Abrechnung dann auch tatsächlich hierüber vorgenommen wird. Im Todesfall genügt zur Aktivierung des Versicherungsschutzes die Hinterlegung der entsprechenden Karte in einem Buchungs- oder Reservierungssystem.

4. **Regelungen für Reisende mit Corporate Card und gleichzeitigem Bestehen eines Accounts bzw. Virtual Card**

Bei gleichzeitigem Bestehen eines Accounts mit Versicherungsschutz, einer Virtual Card mit Versicherungsschutz und einer Corporate Card mit Versicherungsschutz wird der gesamt für den Account bzw. die Corporate Card bestehende Versicherungsschutz inklusive der optionalen Erweiterungen durch den Einsatz einer der Karten aktiviert.

Unabhängig vom Karteneinsatz besteht Versicherungsschutz für den Verkehrsmittel-Unfallschutz im Dienstwagen, für unfallbedingte medizinisch sinnvolle und ärztlich angeordnete Rücktransporte oder Rückführungen und die Auslandsreisekrankenversicherung.

Die Entschädigungsleistung wird immer aus dem für den Anspruchsteller besten Vertrag erbracht. Es erfolgt keine Addition von gleichen Versicherungsleistungen aus mehreren Verträgen innerhalb dieses Rahmenvertrages.

5. **Allgemeine Ausschlüsse**

a) Sanktionsausschlüsse

Wir bieten keinen Versicherungsschutz, wenn dies durch anwendbare Rechtsvorschriften unter deutschem und/oder EU-Recht untersagt ist. Anwendbare Rechtsvorschriften sind:

- Außenwirtschaftsgesetz AWG
- Außenwirtschaftsverordnung AWV
- Verordnungen der Europäischen Union, wie z. B. Verordnung EU 961/2010

Informationen zu den entsprechenden Sanktionen der Regierungsbehörden können Sie auch der folgenden Internetseite entnehmen:

https://www.eeas.europa.eu/eeas/european-union-sanctions_en

b) Reisewarnung

Wir bieten keinen Versicherungsschutz und werden keine Zahlung hierunter vornehmen, bei Reisen in ein Land oder ein spezielles Gebiet oder zu einer bestimmten Veranstaltung, wenn die Regierungsbehörden im Land des Firmensitzes (entscheidend ist der Firmensitz der Gesellschaft, bei welcher die reisende Person angestellt ist) oder die Weltgesundheitsorganisation der Öffentlichkeit zum Zeitpunkt des Reiseantritts davon abgeraten haben, dorthin zu reisen oder wenn diese Regionen sich offiziell unter Embargo der Vereinten Nationen befinden. Versicherungsschutz wird auch dann nicht gewährt, wenn die Regierungsbehörden im Reiseland von

Reisen in das Land des Firmensitzes abgeraten haben und dadurch weitere Kosten entstehen. Es wird jedoch Versicherungsschutz gewährt und Service geboten, wenn ein Ereignis, welches zu einer Reisewarnung führte, unerwartet nach Antritt der Reise auftritt. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Ausspruch der Reisewarnung.

6. Ausübung der Rechte / Begünstigte

Die Versicherung ist zu Gunsten der versicherten Person abgeschlossen.
Im Schadenfall steht die Ausübung der Rechte der versicherten Person, bei Tod ihren jeweiligen Erben zu.

Für die Leistungen sind die einzelnen versicherten Personen bezugsberechtigt.
Bei Todesfällen fällt die Todesfalleistung in den Nachlass des Verstorbenen.

Ansprüche, die die versicherte Person oder ihr Erbe anlässlich eines Schadenfalles hat, macht diese unmittelbar und ohne Zustimmung von AirPlus direkt uns gegenüber geltend.

7. Begrenzung der Versicherungsleistungen (Kumul)

Die Höchstleistung durch uns für alle Accounts, Virtual Cards und Corporate Cards anlässlich eines Schadenereignisses beträgt:

CHF 48,600,000 Limit pro Veranstaltung, wenn die Veranstaltung ein Flugunfall ist
CHF 75,600,000 Limit pro Veranstaltung, wenn die Veranstaltung ein anderer Reiseunfall ist

Wird dieser Betrag überschritten, so werden die Versicherungsleistungen aller an dem Unfallereignis beteiligten versicherten Personen im entsprechenden Verhältnis gekürzt.

8. Vertragsänderungen

Werden zwischen AirPlus und uns Vertragsänderungen vereinbart, so gelten diese ab dem Tag des Wirksamwerdens für bereits herausgegebene und neu hinzukommende Accounts, Virtual Cards und Corporate Cards, die mit Versicherungsschutz dieses Vertrages versehen sind.

9. Subsidiarität

Die Entschädigungsleistung wird immer aus dem für den Anspruchsteller besten Vertrag erbracht.

a) Subsidiarität gegenüber Dritten

Hat die versicherte Person Anspruch auf Leistungen gegenüber einem Dritten, so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche deren Leistungen übersteigen.
Wir leisten keine Entschädigung, soweit für den Schaden eine Leistung aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden kann.
Von dieser Regelung ausgeschlossen bleiben die Todes- und Invaliditätsleistung der Verkehrsmittel- und Reiseunfallversicherung.

b) Subsidiarität bei Bestehen mehrerer AirPlus Unfallverträge

Die Versicherungssummen aus der zwischen AirPlus und uns bestehenden Rahmenvereinbarung werden entweder aus der Verkehrsmittelunfall- oder aus der Reiseunfallversicherung gewährt.
Die Entschädigungsleistung wird immer aus dem für den Anspruchsteller besten Vertrag erbracht. Es erfolgt keine Addition von gleichen Versicherungsleistungen aus mehreren Verträgen innerhalb des AirPlus Rahmenvertrages.

10. Zahlung in ausländischer Währung

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden bei einer Zahlung mittels Corporate Card bzw. Virtual Card entsprechend der Belastung des Kreditkartenkontos in CHF erstattet.

Wurden die in ausländischer Währung entstandenen Kosten nicht über eine Corporate Card bzw. Virtual Card beglichen, erfolgt die Umrechnung in CHF zum EZB-Kurs (Europäischer Zentralbankkurs) des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen. Im Bedarfsfall kann der CHF-Betrag auch in Devisen – umgerechnet zum Kurs am Überweisungstag – im Ausland zur Verfügung gestellt werden.

11. Geltendmachung eines Schadenfalles

Zum Einreichen eines Schadenfalls, oder zur Anforderung eines Schadensformulars oder bei allgemeinen Fragen zum Versicherungsschutz erreichen Sie unsere Schadenabteilung unter den unten aufgeführten Rufnummern:

Für Englisch: +44 (0) 203 281 7210
Für Deutsch: +49 (0)89 3803 5679
Für Französisch: +33 170 770 434
Für Italienisch: +39 068 750 3255

Um einen Schaden nach Rückkehr in Ihr Heimatland zu melden, rufen Sie bitte eine der oben genannten Nummer (Montag - Freitag, 9:00 – 17:00 Uhr) an, um ein Schadensformular anzufordern.

Bitte halten Sie folgende Angaben bereit:

- Ihren Namen
- Ihre Versicherungsnummer (siehe Seite 1 dieses Dokuments)
- Angaben zum Schadenfall.

Bitte verständigen Sie uns innerhalb von 28 Tagen nach dem Eintritt des Schadenfalls. Reichen Sie uns hierzu bitte das vollständig ausgefüllte Schadenformular mit allen notwendigen Dokumentationen an eine der folgenden E-Mail-Adressen ein:

Für Englisch: airplusENG@axa-travel-insurance.com

Für Deutsch: airplusDEU@axa-travel-insurance.com

Für Französisch: airplusFRA@axa-travel-insurance.com

Für Italienisch: airplusITA@axa-travel-insurance.com

Vergessen Sie nicht in der Betreffzeile Ihre Schadennummer anzugeben, wenn bereits vorhanden.

Ab dem 01.01.2024 haben Sie die Möglichkeit, diese Informationen Online zu übermitteln. Scannen Sie dazu diesen QR-Code oder folgen Sie dem Link: <https://airplus.claims.axa.travel/>



Es ist von Vorteil, Kopien von allen Dokumenten, die Sie an uns senden, aufzubewahren.

12. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine in den nachfolgenden unter Ziffer „II Versicherungsleistungen“ genannte Obliegenheit vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

II. Versicherungsleistungen

A. Verkehrsmittel- und Reiseunfallversicherung

A 1. Erläuterungen zur Verkehrsmittelunfallversicherung

Nicht enthalten

A2. Erläuterungen zur Reiseunfallversicherung (24-Stunden Deckung)

1. Versicherte Personen

Account

Versichert sind alle Mitarbeiter und autorisierte Gäste.

Buchungen bis zu 10 Personen gelten als versichert. Versicherungsschutz wird in diesen Fällen für alle Personen der Sammel-/Gruppenbuchung gewährt.

Virtual Cards

Versichert sind alle Mitarbeiter und autorisierte Gäste.

Buchungen bis zu 10 Personen gelten als versichert. Versicherungsschutz wird in diesen Fällen für alle Personen der Sammel-/Gruppenbuchung gewährt.

Corporate Cards

Versichert sind:

- alle Inhaber einer Corporate Card sowie der
- Ehegatte oder der in häuslicher Gemeinschaft wohnende Lebensgefährte,
- seine Kinder (inkl. Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder sowie Kinder des versicherten Lebenspartners) bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, sofern sie sich in der ersten Berufs- oder Schulausbildung befinden,
- auf Geschäfts- und Privatreisen.

Buchungen bis zu 10 Personen gelten als versichert. Versicherungsschutz wird in diesen Fällen für alle Personen der Sammel-/Gruppenbuchung gewährt.

2. Voraussetzungen für den Versicherungsschutz

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Kosten für

- Flugtickets,
- Eisenbahnfahrscheine / Schiffsfähren
- Fernbusse oder
- Pauschalreisen (Bündelung von mindestens zwei Reiseleistungen, wenn mindestens ein versichertes Verkehrsmittel im Paket enthalten ist)
- vollständig mit einem Account, einer Virtual Card bzw. einer Corporate Card bezahlt wurden, die Versicherungsschutz vorsieht (Vertrag zugunsten Dritter).

3. Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird unabhängig von anderweitig bestehenden Unfallversicherungen gewährt. Eine Addition der Versicherungsleistungen aus mehreren Versicherungsverträgen des Rahmenvertrages erfolgt jedoch nicht:

1. Als Fluggast auf Flügen mit einem zum Luftverkehr zugelassenen Luftfahrzeug, als Reisender bei Bahnfahrten / Benutzer von Schiffsfähren oder Fernbussen

Der Versicherungsschutz beginnt jeweils mit Betreten des Flughafengeländes/Bahnhofs/Fährhafens, besteht für die gesamte Dauer der Reise (bis zu 30 Tagen) und endet nach Ankunft des Rückfluges/Zuges oder der Fähre mit Verlassen des Flughafengeländes/Bahnhofs/Fährhafens.

Werden für die direkte Fahrt zum Flughafen/Bahnhof/Fährhafen vor der vorgesehenen Abreise Verkehrsmittel benutzt, so beginnt der Versicherungsschutz bereits mit dem Einsteigen in das Verkehrsmittel. Der Versicherungsschutz endet mit dem Verlassen des Verkehrsmittels, das nach der Ankunft des Rückfluges/Zuges oder der Fähre benutzt wird. Unfälle während einer von der Transportgesellschaft wegen schlechten Wetters oder aus technischen Gründen gebotenen Ersatzbeförderung sind in gleicher Weise mitversichert.

Beträgt die Zeitspanne zwischen zwei mit einem Flugschein gebuchten Flügen mehr als 30 Tage, erlischt der Versicherungsschutz 30 Tage nach dem Abflug um 24 Uhr. Für danach noch mit dem Flugschein gebuchte Weiter- oder Rückflüge besteht nur während des Fluges Versicherungsschutz.

Sofern über ein Flug-, Bahn- oder Schiffsticket nur ein Flug oder eine Einzelfahrt (one way) gebucht wird, endet der Versicherungsschutz nach der Ankunft des Transportmittels mit dem Verlassen des letzten Beförderungsmittels.

für Bahnnetzkarten gilt:

Versicherungsschutz besteht auch für Fahrten, die mit Bahnnetzkarten getätigt werden, sofern die Bahnnetzkarte mit einem versicherten Account, einer Virtual Card oder einer Corporate Card bezahlt wurde.

2. Als Teilnehmer an Pauschalreisen

Bündelung von mindestens zwei Reiseleistungen, wenn mindestens ein versichertes Verkehrsmittel im Paket enthalten ist. Der Versicherungsschutz gilt für die in der Pauschalreise enthaltenen Leistungen entsprechend.

Für Corporate Card Inhaber gilt zusätzlich

3. Als dienstwagenberechtigter Corporate Card Karteninhaber

Dem Inhaber einer Corporate Card wird - sofern kein Versicherungsschutz gemäß Ziffer 1. - 2. besteht - bei Dienstfahrten mit einem Firmen-/Dienstwagen Versicherungsschutz als Insasse dieses Fahrzeuges gewährt. Der Versicherungsschutz besteht jeweils vom Einsteigen bis zum Aussteigen aus dem Fahrzeug, sowie beim Betanken.

Dienstwagenberechtigte Karteninhaber sind Personen, denen ein Firmen- /Dienstwagen zur Nutzung ständig überlassen wird.

Unter den Begriff "Firmen-/Dienstwagen" fallen alle für den oben angesprochenen Personenkreis von dem AirPlus Firmenkunden gekauften oder geleasten und/oder auf den AirPlus Firmenkunden zugelassene Pkw/Kombi, die ausschließlich der Personenbeförderung dienen. Poolfahrzeuge fallen nicht unter diese Regelung.

Dieser Versicherungsschutz besteht unabhängig vom Einsatz der Karte.

Versicherungsschutz im vorstehend genannten Umfang erhält der dienstwagenberechtigte Inhaber einer Corporate Card auch bei der dienstlichen Nutzung eines Ersatzfahrzeuges, welches nicht unter den Begriff "Firmen-/Dienstwagen" fällt, sofern er im Schadenfall den Nachweis erbringt, dass der Firmen-/Dienstwagen vorübergehend fahruntüchtig war und aus diesem Grunde ein Ersatzfahrzeug eingesetzt werden musste.

Sofern mehrere dienstwagenberechtigte Inhaber einer Corporate Card, die einen Versicherungsschutz bei der Nutzung von Firmen-/Dienstwagen erhalten, gemeinsam mit einem Firmen-/Dienstwagen eine Dienstfahrt unternehmen, stehen für jeden die Versicherungssummen dieses Vertrages zur Verfügung.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die täglichen Wege zwischen ständiger Wohnung, ständiger Arbeitsstätte und zurück.

A3. Unfallbedingte Zusatzleistungen

Medizinische Rücktransport- und Rückführungskosten

1. Versicherte Personen

Account

Versichert sind alle Mitarbeiter und autorisierte Gäste.

Buchungen bis zu 10 Personen gelten als versichert. Versicherungsschutz wird in diesen Fällen für alle Personen der Sammel-/Gruppenbuchung gewährt.

Virtual Cards

Versichert sind alle Mitarbeiter und autorisierte Gäste.

Buchungen bis zu 10 Personen gelten als versichert. Versicherungsschutz wird in diesen Fällen für alle Personen der Sammel-/Gruppenbuchung gewährt.

Corporate Cards

Versichert sind:

- alle Inhaber einer Corporate Card sowie der
- Ehegatte oder der in häuslicher Gemeinschaft wohnende Lebensgefährte,
- seine Kinder (inkl. Stief-, Adoptiv- und Pflegekinder sowie Kinder des versicherten Lebenspartners) bis zum vollendeten 25. Lebensjahr, sofern sie sich in der ersten Berufs- oder Schulausbildung befinden, auf Geschäfts- und Privatreisen.

Buchungen bis zu 10 Personen gelten als versichert. Versicherungsschutz wird in diesen Fällen für alle Personen der Sammel-/Gruppenbuchung gewährt.

2. Voraussetzungen für den Versicherungsschutz

Die Leistungen für unfallbedingten, medizinisch sinnvollen und ärztlich angeordneten Rücktransport oder Rückführung werden unabhängig vom Karteneinsatz erbracht.

3. Umfang des Versicherungsschutzes

Versicherungsschutz besteht für einen unfallbedingten, medizinisch sinnvollen und ärztlich angeordneten Rücktransport oder eine Rückführung per Flugzeug oder einem anderen geeigneten Transportmittel aus dem In- und Ausland in ein am Wohnort der versicherten Person gelegenes, geeignetes Krankenhaus.

Bei Tod der versicherten Person erfolgt die Rückführung an den letzten Wohnort.

Wenn für die Übernahme der vorgenannten Kosten bei einem anderen Versicherer/Leistungsträger Versicherungsschutz besteht, so ist dieser vorrangig leistungspflichtig. Soweit ein anderer Versicherer/Leistungsträger eintritt, kann der Erstattungsanspruch aus diesem Vertrag nur wegen der restlichen Kosten bis zur Höhe der Versicherungssumme geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Versicherer/Leistungsträger seine Leistungspflicht, kann sich die versicherte Person unmittelbar an uns halten.

Alle weiteren unfallbedingten Zusatzleistungen ergeben sich aus den nachfolgenden Regelungen der „Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen zur Verkehrsmittel- und Reiseunfallversicherung“.

A4. Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen zur Verkehrsmittel- und Reiseunfallversicherung

1 Was ist versichert?

- 1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.3 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden sowie
 - Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser,
 - tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen), ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann,
 - wenn die versicherte Person die Gesundheitsschädigung bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet.
- 1.4 Gesundheitsschäden durch extreme Witterungsbedingungen (Frost, Sonneneinstrahlung usw.) als Folge eines versicherten Unfallereignisses im Sinne von Ziffer 1.2 gelten als mitversichert.
- 1.5 Versicherungsschutz besteht für Lebensretter während der Bemühung zur Rettung einer versicherten Person. Die Versicherungssummen betragen im Todesfall CHF 27.000,00 und im Invaliditätsfall CHF 27.000,00.

Der Versicherungsschutz gilt nur insoweit, als dass der Lebensretter keine anderweitig versicherte Person im Rahmen dieses Versicherungsvertrages ist.

1.6 Bergungskosten

- 1.6.1 Hat die versicherte Person einen Unfall im Sinne von Ziffer 1.2 – 1.5 erlitten, ersetzen wir bis zur Höhe von CHF 27.000 die entstandenen notwendigen Kosten für
- a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
 - b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland, wahlweise statt der Überführung zum Wohnsitz, die Kosten für die Bestattung im Ausland.
 - e) bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.
- 1.6.2 Hat die versicherte Person für Kosten nach 1.6.1 a) einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hat, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, sind wir ebenfalls ersatzpflichtig.
- 1.6.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

1.7 Rehabilitations-Beihilfe

1.7.1 Voraussetzungen für die Leistung

- 1.7.1.1 Die versicherte Person hat
- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
 - wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
 - innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet
 - für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.
- Diese Voraussetzungen werden von der versicherten Person durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch den Rentenversicherungsträger, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.

1.7.1.2 Mitversichert sind teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.

1.7.1.3 Nicht versichert sind

- Intensive Rehabilitations-Nachsorge (IRENA),
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
- berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
- sonstige vollstationäre Heilbehandlungen, für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) bei unserer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.

1.7.1.4 Höhe der Leistung

1.7.1.4.1 Die Rehabilitations-Beihilfe wird bis zu CHF 5.400,00 je Unfall gezahlt.

1.8 Kurkostenbeihilfe

1.8.1 Wir zahlen nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.2 eine Kurbeihilfe bis zu CHF 27.000,00, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- laut neuestem ärztlichen Attest ist ein Invaliditätsfall zu erwarten oder bereits eingetreten. Die medizinische Notwendigkeit einer Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen;
- die Beihilfe wird für eine mindestens dreiwöchige Kur verwendet, die innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt wird und in ursächlichem Zusammenhang mit den Unfallfolgen steht;
- ein etwaiger anderer Leistungsanspruch muss vor Inanspruchnahme dieser Versicherung ausgeschöpft sein;

1.9 Kosmetische Operationen

1.9.1 Wir zahlen nach einem Unfall im Sinne von Ziffer 1.2 Kosten für kosmetische Operationen bis zu CHF 27.000,00.

1.9.2 Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernehmen wir die hierdurch entstehenden Kosten für:

- Arzthonorare
- sonstige Kosten der kosmetischen Operation
- Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik (jedoch nicht für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel).

Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden nur insoweit übernommen, als es sich um den unfallbedingten Verlust oder die Beschädigung von Schneide- oder Eckzähnen handelt.

1.9.3 Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

1.9.4 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

1.10 Sofortleistung bei Schwerverletzungen

1.10.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat aufgrund eines Unfalles im Sinne von Ziffer 1.2 eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten und diese innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall bei uns, unter Vorlage eines ärztlichen Attestes, geltend gemacht:

1.10.1.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks

1.10.1.2 Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand

1.10.1.3 Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung

1.10.1.4 Schwere Mehrfachverletzungen / Polytrauma

1.10.1.4.1 Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Kombination aus Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)

1.10.1.4.2 Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen

1.10.1.4.3 Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens
- Fraktur des Beckens
- Fraktur eines oder mehrerer Wirbelknochen
- gewebeerstörende Schäden eines inneren Organs

1.10.1.5 Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche

1.10.1.6 Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; Bei Sehbehinderung, Sehschärfe nicht mehr als fünf Prozent

1.10.2 Kein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, verstirbt.

1.10.3 Art und Höhe der Leistung

1.10.3.1 Die versicherte Person erhält eine einmalige Sofortleistung in Höhe von 5% der Grundversicherungssumme für den Invaliditätsfall, höchstens jedoch CHF 16.200,00 wenn anlässlich eines unter die Versicherung fallenden Unfalles schwere Verletzungen im Sinne der Ziffer 1.10.1 eingetreten sind.

1.10.3.2 Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalls nur einmal erbracht, unabhängig davon, wie viele der genannten Verletzungen die versicherte Person erleidet.

1.11 Koma-Geld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma, so werden für die Zeit dieses Zustandes täglich CHF 216,00 bis zu zwei Jahren gezahlt.

1.12 Umbaukosten

1.12.1 Voraussetzungen für die Leistung:

1.12.1.1 Die versicherte Person ist durch einen im Rahmen dieses Vertrages versicherten Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).

Wegen dieser Invalidität ist es der versicherten Person nicht möglich, ihrer beruflichen Tätigkeit ohne Einschränkungen nachzugehen bzw. das alltägliche Leben uneingeschränkt zu bewältigen.

Durch Umbau des Arbeitsplatzes kann die berufliche Tätigkeit wieder ganz oder teilweise aufgenommen bzw. der Alltag besser bewältigt werden.

1.12.1.2 Der Anspruch auf Umbaukosten wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall bei uns geltend gemacht.

1.12.1.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

1.12.2 Art der Leistung

1.12.2.1 Wir ersetzen insgesamt bis zur Höhe von CHF 16.200,00 der nachgewiesenen Kosten für den Umbau des Arbeitsplatzes bzw. für die in den Ziffern 1.12.2.2 und 1.12.2.3 geregelten Fälle.

Als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist.

Kosten (max. CHF 16.200,00) werden somit ersetzt für den Umbau

- von Büromobiliar
- eines Büros (z.B. Türenverbreiterung)
- eines Gebäudes (z.B. Rampenbau, Aufzug)
- von Toiletten
- von Maschinen
- eines Personen- oder Lastkraftwagens
- sonstiger Anlagen

Oder, sofern der Umbau des Arbeitsplatzes nicht notwendig ist, 80% der Kosten (max. CHF16.200,00) für den behindertengerechten Umbau der Wohnung (z.B. Installation von Rampen, Einbau eines Notrufsystems, Umbau von Küche und Bad)

- 1.12.2.2 Ist der Umbau teurer als eine Neuanschaffung, werden die Kosten für die Neuanschaffung ersetzt.
- 1.12.2.3 Entscheidet sich die versicherte Person gemeinsam mit ihrem Arbeitgeber dafür, dass statt des Umbaus des ehemaligen Arbeitsplatzes ein neuer Arbeitsplatz eingerichtet wird, werden auch hierfür die Kosten ersetzt.

Ist ein Umbau der Wohnung der versicherten Person nicht möglich, werden stattdessen die Umzugskosten in eine behindertengerechte Wohnung übernommen.

Ist ein Umbau des Arbeitsplatzes oder der Wohnung bzw. der Umzug in eine behindertengerechte Wohnung nicht notwendig, dagegen aber der Umbau des privaten PKW der versicherten Person, werden diese Kosten gezahlt.

- 1.12.3 Kosten können nur entweder für Umbaukosten bzw. das neue Einrichten des Arbeitsplatzes oder Umbaukosten für die Wohnung bzw. Umzugskosten in eine behindertengerechte Wohnung oder den Umbau eines privaten PKW eingereicht werden. Die einzelnen Möglichkeiten können untereinander nicht kombiniert werden.

1.13 Heilkosten bei Auslandsaufenthalten

1.13.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat bei einem Auslandsaufenthalt von maximal einem Jahr einen Unfall erlitten. Für die Behebung der Unfallfolgen sind Heilkosten entstanden, die nicht durch einen privaten oder öffentlich rechtlichen Krankenversicherer erstattet wurden.

1.13.2 Art und Höhe der Leistung

Erstattet werden maximal CHF 5.400,00 ab einem Betrag von CHF 54,00 je Schadenfall für nachgewiesene

- Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, jedoch nicht für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel
- Arzneien
- künstliche Glieder
- Verbandszeug

1.14 Gipsgeld

1.14.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person hat infolge eines Unfallereignisses einen Gipsverband aufgrund ärztlicher Anweisung länger als 21 Tage getragen.

1.14.2 Höhe und Dauer der Leistung

Das Gipsgeld in Höhe von CHF 540,00 wird für jeden Unfall einmal gezahlt.

1.15 Verschollenheit

Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt, die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde und eine Urkunde vorgelegt wird. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die geleistete Zahlung zurückzuzahlen.

1.16 Durch Dritte verursachte strafrechtliche Einschränkung der persönlichen Freiheit

1.16.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person hat einen physischen oder psychischen Schaden infolge einer durch Dritte verursachten strafrechtlichen Einschränkung ihrer persönlichen Freiheit erlitten.

1.16.2 Art und Höhe der Leistung

Erstattet werden CHF 216,00 pro Tag für die Dauer von maximal einem Jahr.

2 Zusätzlich vereinbarte Leistungsarten

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.1.1.1 Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).

Die Invalidität ist

- innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von der versicherten Person bei uns geltend gemacht worden. Die Frist gilt als eingehalten, wenn ein Arzt rechtzeitig zur Abgabe der erforderlichen Informationen beauftragt wurde auch wenn dieser seine Information nicht termingerecht zur Verfügung stellt.

2.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2 Art und Höhe der Leistung

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.1.2.2 Grundlagen für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm oder Hand	100 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
anderer Finger	15 %
Bein oder Fuß	100 %
große Zehe	15 %
andere Zehe	5 %
Unterkiefer durch chirurgischen Eingriff	30 %
Auge *)	100 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Gehör auf einem Ohr, sofern das Gehör des andern Ohres bereits beim Unfall verloren war	70 %
Gehör auf beiden Ohren	100 %
Geruchssinn	20 %
Geschmackssinn	20 %
Sprache	100 %
Zeugungsfähigkeit bei Männern	30 %
Empfängnis- oder Gebärfähigkeit bei Frauen bis zum 40. Lebensjahr	30 %

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

*) totaler, dauerhafter Verlust der Sehkraft

- auf beiden Augen, wenn die versicherte Person durch den Befund eines qualifizierten Augenarztes in das Blindenregister aufgenommen wird, oder
- auf einem Auge, wenn die Sehkraft auch nach Korrektur weniger als 3/60 gemäß Snellen Tabelle beträgt.

2.1.2.2.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.2.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

2.1.2.2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3 Mehrleistung ab 70 % Invalidität

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer 2.1.2.2.1 zu einer dauernden Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 70%, erbringen wir die doppelte Invaliditätsentschädigung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens CHF 216.000,00 beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei unserer Versicherungsgesellschaft weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

- 2.1.2.4 Stirbt die versicherte Person
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
 - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als zwei Jahre nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Krankenhaustagegeld

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung

- 2.2.1.1 Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.
- 2.2.1.2 Eine unmittelbar (innerhalb von 30 Tagen) an einen Krankenhausaufenthalt anschließende Anschlussheilbehandlung (AHB) oder berufsgenossenschaftlich-stationäre Weiterbehandlung (BGSW), gilt als objektiv medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung.
- 2.2.1.3 Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Rehabilitationskliniken, soweit Ziffer 2.2.1.2 nicht zutrifft, gelten nicht als objektiv medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlungen.
- 2.2.1.4 Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir nach einem 14-tägigen Krankenhausaufenthalt am Unfallort bis zur Höhe von CHF 3.780,00 die entstandenen notwendigen Kosten (nur subsidiär) für den Rücktransport in ein Krankenhaus des Heimatortes oder in die Nähe des Heimatortes.
- 2.2.1.5 Abweichend von Ziffer 2.2.1.1 bis 2.2.1.4 wird Krankenhaustagegeld auch für eine unfallbedingte ambulante Operation gezahlt, soweit eine solche üblicherweise stationär durchgeführt wird. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird in diesen Fällen für 5 Tage gezahlt.

2.2.2 Höhe und Dauer der Leistung

- 2.2.2.1 Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.2.2.2 In Abänderung Ziffer zu 2.2.2.1 wird Krankenhaustagegeld auch über das 2. Unfalljahr hinaus gezahlt, wenn der Krankenhausaufenthalt zur Entfernung von eingebrachten Osteosynthesematerialien dient. Diese Erweiterung gilt längstens bis zum Ende des 3. Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.
- 2.2.2.3 In teilweiser Abänderung zu Ziffer 2.2.1 wird Krankenhaustagegeld auch für die stationäre Behandlung in einem Rehabilitationszentrum gewährt, die unmittelbar an eine unfallbedingte stationäre Krankenhausbehandlung stattfindet. Das Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag der vollständigen Behandlung im Rehabilitationszentrum, längstens jedoch für 100 Tage gezahlt.
- 2.2.2.4 Ist es bei schwerwiegenden Unfallfolgen medizinisch angeraten und ärztlich gebilligt, dass eine Begleitperson zusammen mit der versicherten Person im Krankenhaus untergebracht wird, so verdoppelt sich für diesen Krankenhausaufenthalt das versicherte Krankenhaustagegeld.

2.3 Genesungsgeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Krankenhaus-Tagegeld nach Ziffer 2.2.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung

- 2.3.2.1 Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Krankenhaustagegeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.4 Todesfalleistung

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 24 Monate nach dem Unfallereignis gestorben.

Sollte in diesem Zeitraum bereits eine Entschädigung gemäß Ziffer 2.1 geleistet worden sein, wird diese mit der Todesfallentschädigung verrechnet. Wir verzichten auf die Rückforderung einer gezahlten Invaliditätsleistung, sofern diese höher als die Todesfalleistung ist.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 5.5 weisen wir hin.

2.4.2 Höhe der Leistung

2.4.2.1 Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.4.2.2 Die vereinbarte Versicherungssumme erhöht sich um 10% der Versicherungssumme, maximal um CHF 5.400,00 je unterhaltsberechtigtem Kind, bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres bzw. des 23. Lebensjahres, wenn sie sich in der Ausbildung befinden.

2.4.2.3 Wenn eine Entschädigungsleistung gemäß Ziffer 2.4 fällig wird, können zusätzlich nachgewiesene Beerdigungskosten bis zu einer Maximalhöhe von CHF 8.100,00 je versicherte Person geltend gemacht werden.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 45 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch,

- wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden;
- für Unfälle durch Bewusstseinsstörungen, die nicht auf Trunkenheit oder Drogeneinfluss beruhen.

4.1.2 Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich Drogen konsumiert oder Medikamente nicht bestimmungsgemäß gebraucht.

4.1.3 Verletzungen, die sich die versicherte Person vorsätzlich beibringt, Selbstmord und versuchter Selbstmord.

4.1.4 Unfälle durch Krieg und Kriegsereignisse. Als Krieg oder Kriegsereignis gilt jede Handlung als Folge oder der Versuch der Teilnahme an militärischen Handlungen zwischen Nationen, einschließlich Bürgerkrieg, Revolution und Invasion. Aktiver Teilnehmer ist, wer auf Seiten einer kriegsführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

4.1.4.1 Passives Kriegsrisiko

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle, die der versicherten Person durch Kriegsereignisse zustoßen, ohne dass sie zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (passives Kriegsrisiko), es sei denn der Schadenfall wurde durch einen nuklearen, chemischen oder biologischen Angriff ausgelöst oder die Umstände bestanden schon bei Beginn der Reise.

Ausgeschlossen bleiben kriegerische Handlungen in dem Land des permanenten Wohnsitzes der versicherten Person oder jedes Land, in dem sie sich für einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten am Stück aufhält sowie in den Ländern Afghanistan, Tschetschenien, Irak, Nord Korea und Somalia.

- 4.1.5 Unfälle der versicherten Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges.
- 4.1.6 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.
- 4.2. Infektionen**
- 4.2.1 Versicherungsschutz besteht jedoch für
Tollwut und Wundstarrkrampf
sowie für
Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen in den Körper gelangten.
- 4.3 Bauch- oder Unterleibsbrüche.**
Sie gelten als versichert, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende, gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 5 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
- 5.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.
- 5.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige muss die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- 5.3 Die Zahlung der versicherten Reiseleistungen mit einem versicherten Account, einer Virtual Card bzw. einer Corporate Card sind im Schadenfall nachzuweisen.
- 5.4 Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
Ist bei Selbständigen der Verdienstaufall nicht nachzuweisen, wird ein fester Betrag in Höhe von 1,5 ‰ der für den Invaliditätsfall versicherten Summe, maximal jedoch CHF 1.080,00 erstattet.
- 5.5 Die Ärzte, die die versicherte Person - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- 5.6 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dieser innerhalb von 72 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
Die Meldefrist beginnt erst dann, wenn Sie, Ihre Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod der versicherten Person und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.
Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 6 Wann sind die Leistungen fällig?**
- 6.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.
Die ärztlichen Gebühren, die der versicherten Person zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.
- 6.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit der versicherten Person über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
- 6.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.
Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

6.4 Die versicherte Person und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht gilt für die versicherte Person und uns

- bis zu drei Jahre
- bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres bis zu fünf Jahre nach dem Unfall.

Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 6.1,
- von der versicherten Person vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

Merkblatt zur Datenverarbeitung (Stand: 01. April 2013)

Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Schweizer Bundesdatenschutzgesetz (das „BDSG“) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn Sie als Betroffener eingewilligt haben. Das BDSG erlaubt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Begründung, Durchführung oder Beendigung eines rechtsgeschäftlichen oder rechtsgeschäftsähnlichen Schuldverhältnisses mit Ihnen als Betroffenen erforderlich ist oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der verantwortlichen Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihren Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegeversicherung – schon mit Ablehnung des Antrags oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des BDSG sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z.B. Ärzten, erheben zu dürfen. Wir benötigen Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Assistancegesellschaften oder IT Dienstleister weiterleiten zu dürfen. Bei Personenversicherungen, wie zum Beispiel der Lebens-, Unfall- und Kranken-/Pflegeversicherung, ist daher im Antrag für vorgenannte Zwecke auch eine datenschutzrechtliche Einwilligung und Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung nennen:

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir erheben und speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer, Versicherungsscheinnummer, 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 hierzu und ggfs. auch Angaben von Dritten wie z. B. den vom Arzt ermittelten Grad der Berufsunfähigkeit, die Feststellung Ihrer Reparaturwerkstatt über einen Kfz-Totalschaden (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übermitteln. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet.

Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet. Diese Unterrichtungspflicht entfällt, wenn uns Ihre Einwilligung vorliegt.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem VVG hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung 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 Schaden 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, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenhöhe und Schadentag.

4. Datenverarbeitung und Datenübermittlung inner- und außerhalb einer Unternehmensgruppe.

Einzelne Versicherungsbranchen (z. B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherungen) werden durch rechtlich selbständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z. B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge, gegebenenfalls Ihr Geburtsdatum, Ihre Kontonummer und Bankleitzahl, d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die so genannten Partnerdaten (z. B. Name, Adresse, Versicherungsnummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Versicherungsgruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt verbucht werden. Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen benötigt und verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten sind. Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- und Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Wir führen bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Vertragsbuchung, die Leistungsbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern übertragen die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle.

Eine länderübergreifende Übermittlung Personenbezogener Daten erfolgt unter den in Punkt 5 genannten Voraussetzungen.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z. B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen und Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z. B. die Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die Ausführungen unter Punkt 6.

5. Länderübergreifende Übermittlung Personenbezogener Daten

In bestimmten Fällen kann es erforderlich sein, Ihre Personenbezogenen Daten an Parteien zu übermitteln, die ihren Sitz in anderen Ländern haben. Einige dieser Länder weisen unter Umständen nicht das gleiche Datenschutzniveau auf wie das Land, in dem Sie ansässig sind. Wir werden Daten an Parteien in solchen Ländern nur dann übermitteln, wenn wir sicherstellen können, dass diese ein ausreichendes Datenschutzniveau gewährleisten.

Daten, die im Sinne von § 3 Absatz 9 BDSG als sensibel eingestuft werden, werden wir nicht an Länder außerhalb der EU oder des EWR übermitteln.

Daten, die wir im Zusammenhang mit Kranken-, Unfall- oder Lebensversicherungen erhalten, werden wir nicht an Dritte übermitteln.

Wir behalten uns jedoch das Recht vor, Daten an Dritte auch außerhalb der EU oder des EWR zu übermitteln, wenn dies von grundlegendem Interesse für Sie ist, zum Beispiel bei der Bearbeitung von Ansprüchen aus internationalen Reiseversicherungen oder zur Bereitstellung medizinischer Versorgung, wenn Sie sich im Ausland aufhalten. Außerdem können wir Daten an Parteien in anderen Ländern übermitteln, wenn Sie uns hierfür Ihre ausdrückliche Zustimmung gegeben haben.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch einen unabhängigen Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung berät. Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Versicherungsvermittler zu diesen Zwecken von uns die für Ihre Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsscheinnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos. Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen.

7. Speicherung und Verwendung Ihrer Daten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichern wir Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Daten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Wir speichern Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei uns bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer 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.

Das beigefügte „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ beruht auf der Annahme eines Einzelversicherungsvertrages. Im Rahmen des vorliegenden Gruppenversicherungsvertrages gilt dieses Merkblatt unter Berücksichtigung folgender Besonderheiten:

1. Das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ verweist in der Vorbemerkung auf „uns bekannt gegebene Daten zu Ihrer Person“. Im vorliegenden Gruppenversicherungsvertrag erhält der Versicherer aber vor allem im Schadenfall personenbezogene Daten zu den versicherten Personen. Auch deren Nutzung und Verarbeitung ist nur zulässig, wenn das Schweizer Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) oder eine andere Rechtsvorschrift dies erlaubt oder wenn der Betroffene, insbesondere die versicherte Person eingewilligt hat.
2. Das „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ verweist unabhängig von einer im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung auf das Erfordernis einer Einwilligungserklärung. Eine datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung, wie sie im „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ erwähnt wird, ist von der Versicherungsnehmerin des Gruppenversicherungsvertrages **nicht** abzugeben, wenn bei ihr keine personenbezogenen Daten erhoben werden. Allerdings bedarf es einer entsprechenden Einwilligung durch den jeweiligen Betroffenen, wenn weder das BDSG noch eine andere Rechtsvorschrift dies gestatten. Dies gilt insbesondere für die versicherte Person aber auch für mögliche andere Betroffene im Sinne des BDSG.

Ein Versicherungsvertragsabschluss kommt abweichend vom „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ grundsätzlich auch ohne eine Einwilligungserklärung zustande.

Hinsichtlich der Beendigung des Versicherungsvertrages, des Widerrufs und der Streichung der Einwilligung gelten die Ausführungen im „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ entsprechend für die versicherten Personen.

3. Die erwähnte Schweigepflichtentbindungserklärung kann nur durch die versicherte Person als Betroffenen abgegeben werden. Sie ist daher nicht im Antrag zum Versicherungsvertrag aufgenommen, sondern wird gegebenenfalls abweichend vom „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ im Schadenfall oder bei Einbeziehung in den Versicherungsvertrag eingeholt, soweit dies erforderlich ist.
4. Zu den im „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ benannten Beispielen gilt folgendes:
 - a) Über die im „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ genannten Angaben und Daten zur Versicherungsnehmerin hinaus, speichert der Versicherer bei Vertragsschluss und fortlaufend mit Ausnahme eines Versicherungsfalls nur die Namen und die Anzahl der versicherten Personen.
 - b) Bei einem Versicherungsfall speichert der Versicherer abweichend vom „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ die Angaben der versicherten Personen, der Versicherungsnehmerin und Dritter zum Schaden, wie sie im „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ aufgeführt sind. Dies geschieht hinsichtlich der personenbezogenen Daten der versicherten Personen und anderer Betroffener jedoch nur, soweit der Versicherer hierzu aufgrund des BDSG oder einer anderen Rechtsvorschrift berechtigt ist oder die betroffene Person eingewilligt hat.
 - c) An Rückversicherer gibt der Versicherer auf Anfrage lediglich die versicherungstechnischen Angaben weiter, die von der Versicherungsnehmerin zur Verfügung gestellt werden. Entsprechendes gilt bei der Schadenregulierung hinsichtlich der Angaben der versicherten Personen, soweit der Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirkt und der Versicherer hierzu berechtigt ist.
 - d) Ziffer 3 des „Merkblatts zur Datenverarbeitung“ ist dahingehend zu verstehen, dass die Versicherungsnehmer bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und – soweit nicht abweichend geregelt – im Schadenfall dem Versicherer die dort benannten Umstände anzugeben hat. Ergänzend zu den Ausführungen im „Merkblatt zur Datenverarbeitung“ gilt dabei, dass personenbezogene Daten der versicherten Personen oder anderer Betroffener nur dann an andere Versicherer übermittelt werden, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift dies erlaubt oder der Betroffene in eine solche Datenübermittlung eingewilligt hat.
 - e) Hinsichtlich der Datenverarbeitung inner- und außerhalb der Versicherungsgruppe sowie der Betreuung durch Versicherungsvermittler gilt, dass sich diese nur auf die Angaben der Versicherungsnehmerin beziehen, soweit nicht anderes mit den versicherten Personen vereinbart wird.
 - f) Die unter Ziffer 7 des „Merkblatts zur Datenverarbeitung“ erwähnten Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung gespeicherter Daten stehen sowohl den versicherten Personen als Betroffenen im Sinne des BDSG als auch der Versicherungsnehmerin zu, soweit personenbezogene Daten bei ihr erhoben, verarbeitet oder genutzt wurden. Diesbezüglich können sich die betroffenen Personen unmittelbar an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten des Versicherers wenden. Ebenso ist ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung oder Löschung stets an den Versicherer zu richten.

Datenverarbeitung – Persönliche Daten

TSM ist befugt, Daten zu erhalten und zu verarbeiten, die für die Umsetzung des Vertrags und die Bereitstellung der Dienste im Rahmen des Vertrags erforderlich sind. TSM ist außerdem gesetzlich dazu berechtigt, bestimmte hilfreiche Informationen durch Zugriff seitens Dritter auf offizielle Dokumente zu erhalten. TSM bestätigt, diese erhaltenen Informationen vertraulich zu behandeln. Die Daten werden physisch und/oder elektronisch gespeichert.

Bei Bedarf werden die Daten an Dritte weitergegeben, darunter andere Versicherungsgesellschaften, Rückversicherer oder andere Parteien, die auf nationaler oder internationaler Ebene involviert sind. Die Informationen können außerdem an andere Versicherte und deren Haftpflichtversicherer weitergegeben werden.