

2011-2012

Youth For Understanding USA

Nothilfedienste auf Reisen
Krankenversicherungsplan - Übersicht
Privathaftpflichtversicherungsplan – Übersicht

Garantiert durch:

Aetna Life and Casualty (Bermuda) Ltd.

Policennummer 299951



Der Text wurde aus dem Englischen übersetzt. Die englische Broschüre ist die offizielle Version und enthält alle Einzelheiten des Krankenversicherungsplans.

Inhaltsverzeichnis

Kontaktinformationen.....	3
Nothilfedienste auf Reisen/On Call International.....	3
Geltendmachung von Ansprüchen/(Aetna Student Health).....	5
• FAQ – Häufig gestellte Fragen	5
• Übersicht über versicherte Leistungen.....	6
• Begriffsbestimmungen.....	7
• Ausschlüsse und Begrenzungen	13
Privathaftpflichtversicherung/(Generali Gruppe).....	18
• Ausschlüsse und Begrenzungen	19
• Geltendmachung von Ansprüchen/(Haftpflichtversicherung).....	32

Kontaktinformationen

Für Fragen in Bezug auf:

Nothilfedienste auf Reisen 24/7 (On Call International):

Innerhalb der USA - 1-866-525-1956

Außerhalb der USA - Anruf per R-Gespräch:

Ländercode der USA plus **603-328-1956**.

Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen:

Innerhalb der USA -

Aetna Student Health – **1-888-295-9793**

Montag bis Freitag 9:00am – 5:00pm

Außerhalb der USA - Anruf per R-Gespräch:

Ländercode der USA plus **617-218-8400**

Privathaftpflichtversicherung (Generali Gruppe)

Police Nr. 212 625 1911

Bei Inanspruchnahme einer Leistung folgen Sie bitte den Anweisungen auf Seite 20 dieser Broschüre.

Nothilfedienste auf Reisen 24/7 (On Call International) Aetna Student Health hat mit On Call International (On Call) einen Vertrag abgeschlossen, um **versicherten Personen** Zugang zu bestimmten Leistungen bei Unfalltod und bei Verlust von Gliedmaßen, zu weltweiten Nothilfediensten auf Reisen und zu anderen Leistungen zu gewähren.

Eine kurze Beschreibung dieser Leistungen folgt untenstehend:

Leistungen bei Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen (AD&D Benefits)

Diese Leistungen werden durch Aetna Life and Casualty of Bermuda, Ltd. garantiert. Sie schließen folgendes ein: Leistungen werden gewährt bei Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen **versicherter Personen** bis zu einem Höchstbetrag von \$40.000.

Ärztliche Evakuierung und Rücktransport ins Heimatland (MER Benefits)

Die folgenden Leistungen werden durch Virginia Surety Company (VSC) garantiert, wobei ärztliche Leistungen und Reisehilfsdienste durch On Call gewährt werden. Diese Leistungen sind für versicherte Personen vorgesehen, die mehr als 100 Meilen 160 km von ihrem Wohnort entfernt irgendwo auf der Welt auf Reisen sind.

- Unbegrenzte ärztliche Evakuierung im Notfall
- Unbegrenzter ärztlich überwachter Rücktransport ins
- Heimatland (solange im Programm)
- Unbegrenzte Überführung sterblicher Überreste (solange im Programm)
- Familienzusammenführung im Notfall in Höhe von \$6.250 für ein Rundfluggticket in der Economy Klasse, Unterkunft und Mahlzeiten für bis zu 5 Tage, die \$150/Tag nicht überschreiten dürfen, damit ein Familienmitglied der versicherten Person Beistand leisten kann.
- Heimreise im Notfall in Höhe von \$4.000
- Im Falle einer Heimreise im Notfall muss die versicherte Person auch umgehend Kontakt mit YFU USA aufnehmen, um die Arrangements mit On Call zu koordinieren.

Naturkatastrophen und politisch bedingte Evakuierung (NPDE)

Die folgenden Leistungen werden durch On Call garantiert. Wenn eine versicherte Person sofortige Evakuierung benötigt, weil durch regierungsbedingte oder soziale Unruhen unmittelbare Gefahr für Leib und Leben besteht (und On Call Sicherheitspersonal in Zusammenarbeit mit den lokalen und den U.S. Behörden diese Situation bestätigt), wird On Call den Transport zu dem nächstliegenden, sicheren Ort und den anschließenden One Way Economy Klasse Flug zum Heimatland arrangieren und bezahlen. Wenn die versicherte Person den nächstliegenden, sicheren Ort nicht sofort verlassen kann, wird On Call eine angemessene Unterkunft für bis zu drei Tage arrangieren und bezahlen. Die Kosten der Unterkunft dürfen \$100 pro Tag nicht überschreiten. Die Kosten für den Flug in der Economy Klasse und die Unterkunft dürfen den gesamten, einmaligen Betrag von \$5.000 pro versicherter Person nicht überschreiten.

- Der maximale Anspruch beträgt \$100,000 pro Person, pro Ereignis.
- Dies ist nur eine Übersicht der möglichen Leistungen. Für mehr Information verweisen wir auf die Beschreibung der Bedingungen.

Weltweite Reiseothilfe (WETA Services)

On Call gewährt die folgenden Hilfeleistungen bei Reisen:

- Nothilfemaßnahmen auf Reisen rund um die Uhr
- Hilfe mit Übersetzungen
- Finanzielle Nothilfe auf Reisen
- Hilfe bei Verlust von Gepäck und Reisedokumenten
- Hilfe mit Ersatz von Kreditkarten / Reiseschecks
- 24/7 US Nurse Help Line – telephonische Krankenpflegedienste rund um die Uhr
- Vermittlung von Ärzten / Zahnärzten / Apotheken
- Maßnahmen zur Einlieferung ins Krankenhaus
- Entsendung eines Arztes
- Nothilfe bezüglich Krankenunterlagen

Das On Call International Operations Center ist 24 Stunden am Tag, 365 Tage im Jahr erreichbar. Die obigen Informationen bieten lediglich einen Überblick über die AD&D, MER und WETA Leistungen und Dienste, die durch On Call, USFIC und VSC erhältlich sind. Für ein Exemplar der Planunterlagen bezüglich des AD&D, MER und WETA Versicherungsschutzes einschließlich einer ausführlichen Beschreibung der Deckung, der Ausschlüsse und der Beschränkungen wenden Sie sich bitte an Aetna Student Health unter Nummer **1-888-294-6050** oder **www.aetnastudenthealth.com**.

HINWEIS: Um Versicherungsschutz zu erlangen, müssen alle MER und WETA Dienstleistungen durch On Call gewährt und arrangiert werden. Für nicht durch On Call gewährte und arrangierte Leistungen erfolgt keine Kostenerstattung. Obgleich bestimmte ärztliche Nothilfemaßnahmen gemäß den Bestimmungen des Krankenversicherungsplans (“der Plan”) versichert sein können, gewähren weder On Call, USFIC noch WETA Versicherungsschutz für durch Ärzte, Krankenhäuser, Apotheken oder sonstige ärztliche Leistungserbringer geleistete ärztliche Nothilfemaßnahmen. Versicherungsschutz wird gemäß den Bedingungen des Plans gewährt, und Ausschlüsse und Beschränkungen können gelten.

Um einen Anspruch auf AD&D Leistungen geltend zu machen oder um MER und WETA Leistungen/ Unterstützung zu erhalten oder wegen aller Fragen bezüglich derartiger Leistungen / Unterstützungen rufen Sie bitte On Call International an unter den Nummern, die versicherten Personen bei ihrem Beitritt zu dem Plan ausgehändigt werden: gebührenfrei 1-866-525-1956 oder R-Gespräch: 1-603-328-1956.

Aetna Student Health ist der Markenname für von Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd. und Chickering Claims Administrators, Inc. (CCA) gelieferte Produkte und Dienstleistungen. CCA und On Call sind selbständige Auftragnehmer und keine Angestellte oder Vertreter des anderen Unternehmens. CCA gewährt Zugang zu AD&D, MER und WETA Leistungen / Dienstleistungen durch eine vertragliche Vereinbarung mit On Call. Jedoch gewähren oder verwalten weder CCA noch irgendwelche ihrer angeschlossenen Unternehmen AD&D, MER oder WETA Leistungen / Dienstleistungen, und weder CCA noch irgendwelche ihrer angeschlossenen Unternehmen sind verantwortlich für die durch oder von On Call, USFIC oder VSC gewährten Leistungen / Dienstleistungen.

Prämien / Gebühren für durch On Call, USFIC und VSC gewährte Leistungen / Dienstleistungen sind in den in dieser Broschüre angegebenen Preisen enthalten.

*Diese Dienstleistungen, Programme oder Leistungen werden von Veräußerern angeboten, die selbständige Auftragnehmer und nicht Angestellte oder Vertreter von Aetna sind.

Geltendmachung von Ansprüchen

Hinweise zur Benutzung Ihres Krankenversicherungsplans (AETNA STUDENT HEALTH)

Vor Ihrem Besuch bei einem Versorger (Arzt, Krankenhaus, Apotheke, Facharzt).

- Schritt 1:** Richtiges Verständnis der Richtlinien Ihres Plans kann verhindern, dass Ihnen unerwartete Auslagen aus eigener Tasche entstehen.
- Schritt 2:** Denken Sie daran, Ihre Aetna Krankenversicherungskarte vorzulegen, wenn Sie einen Versorger aufsuchen.
- Schritt 3:** Stellen Sie fest, ob der Versorger ein In-Network Preferred Provider - ein zugelassener bevorzugter Versorger - oder ein Privatarzt ist. Sie können einen In-Network Provider auf den Aetna DocFind[®] Web-Seiten finden.
- Schritt 4:** Wenn Sie von einem In-Network Provider behandelt werden, wird Ihre Forderung durch den Versorger automatisch Aetna Student Health vorgelegt. Wenn Sie durch einen Non-Network Provider behandelt werden, erkundigen Sie sich, wie Ihr Anspruch durch den Versorger vorgelegt wird. Der Versorger kann eventuell auf sofortiger Bezahlung bestehen.

****Dieser Plan sieht vor, dass Zahnärzte ihre Ansprüche bei Aetna Student Health-Medical direkt einreichen.**

Wenn der Versorger den Anspruch nicht direkt Aetna Student Health vorlegt, müssen Sie den Anspruch durch Vorlage einer detaillierten Rechnung unmittelbar nach der Behandlung bei Aetna Student Health geltend machen. Ihr Name, Kennnummer und Youth for Understanding müssen deutlich auf allen ärztlichen Rechnungen geschrieben stehen. Behalten Sie immer Kopien für Ihre eigenen Unterlagen zurück. Bitte gehen Sie zu **www.aetnastudenthealth.com**, um einen Versorger online zu suchen.

Bitte schicken Sie alle Rechnungen zur Kostenerstattung an:

Aetna Student Health
PO Box 981106
El Paso, Texas 79998

- Schritt 5:** Aetna wird Bezahlungen eingereicherter Ansprüche direkt an das Krankenhaus oder den Arzt schicken, es sei denn, ein Nachweis der Bezahlung wird zusammen mit dem Anspruch vorgelegt. Bezahlung erfolgt nur für im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistungen.

Sobald ein Anspruch bearbeitet wurde, wird Ihnen per Post ein Explanation of Benefits (EOB) Statement – eine Erläuterung der Leistungen – zugeschickt, das die an den Versorger gezahlten Leistungen erklärt. Der Versorger schickt Ihnen dann einen Bescheid zu, der angibt, ob ein Restbetrag fällig ist.

Hinweis: Alle Kundendienst-Anfragen, einschließlich Provider Network Fragen, sollten an Aetna Student Health unter Nummer **1-(888) 295-9793** gerichtet werden.

FAQ – HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN

Beachtung der medizinischen Einzelheiten

Ist es meine Aufgabe, eine Erstattung der Arztkosten zu beantragen?

Wenn Sie einen In-Network Preferred Provider aufsuchen, sollte dieser in Ihrem Namen die Erstattung beantragen. Sollte der Versorger keinen Antrag auf Erstattung vorlegen, sehen Sie auf Seite 5 wegen der betreffenden Anweisungen nach.

Wie wähle ich einen Primär-Versorger oder Krankenhaus?

Gehen Sie zu Aetna DocFind Krankenhäusern und Fachärzten je nach Fachgebiet und Ort suchen können. Diesen Wegweiser zu ärztlichen Versorgern finden Sie unter **www.aetnastudenthealth.com**.

Wie werden verordnete Medikamente bezahlt, die unter die im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen fallen?

Sie müssen die Kosten vorlegen und Ihren Anspruch gemäß Schritt 4 geltend machen. Bitte benutzen Sie das Aetna Formular für die Rückerstattung der Kosten verschreibungspflichtiger Medikamente. (Aetna claim form for prescription reimbursements)

ÜBERSICHT ÜBER VERSICHERTE LEISTUNGEN

Unten aufgeführt ist eine Übersicht über die Leistungen des Plans. Bitte konsultieren Sie den Rahmenvertrag wegen einer ausführlichen Beschreibung.

Art der Leistung	Deckungsbetrag/Höchstwert
Höchstwert gemäß der Police	\$1,000,000
Mitversicherung	In-Network bevorzugte Versorger: 100% der ausgehandelten Gebühr Out-of-Network Nicht bevorzugte Versorger: 100% der anerkannten Gebühr
Psychiatrische Versorgung	Höchstwert \$ 10.000
Physiotherapy	Höchstwert \$ 600 pro Versicherungsjahr
Zahnbehandlung im Notfall – Linderung von Zahnschmerzen	Höchstwert \$1,000 pro Versicherungsjahr
Allergietest	Deckung nur für Allergietest. Allergiebehandlungen sind nicht gedeckt
Psychiatrische Versorgung – stationäre Behandlung	Kombinierte Deckung für stationäre und ambulante Behandlung – Bis zum einem Höchstwert von \$10,000 pro Versicherungsjahr
Psychiatrische Versorgung – ambulante Behandlung	
Transport aus einem Gefahrengebiet	Unbegrenzt
Krankenrücktransport	Unbegrenzt
Familienzusammenführung im Notfall	\$6,250
Rücktransport an den Heimatort im Notfall	\$4,000
Rückführung in Trauerfall	\$2,500
Unfalltod und Verlust von Gliedmaßen	\$40,000 bis zu einem Höchstbetrag von \$200,000 pro Ereignis
Präexistentes Leiden	Deckungshöhe bis zu \$ 10.000 pro Lebensdauer pro präexistentes Leiden
Schwangerschaft	Nicht versichert

BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Wenn der Zusammenhang nicht deutlich etwas anderes anzeigt, haben die folgenden Wörter oder Wendungen, soweit in dieser Police verwendet, die ihnen weiter unten zuerteilte Bedeutung:

Unfall: Ein Ereignis, das (a) unvorhergesehen ist,
(b) nicht auf eine Krankheit oder Erkrankung gleich welcher Art zurückzuführen ist oder zu dem keine Krankheit oder Erkrankung beigetragen hat, und das
(c) zu Verletzungen führt.

Tatsächliche Gebühr: Die Gebühr für eine versicherte Dienstleistung, die durch den sie gewährenden Versorger erhoben wird.

Gesamthöchstbetrag: Der maximale Leistungsbetrag, der gemäß dieser Police für alle versicherten Arztkosten ausgezahlt wird, die einer versicherten Person insgesamt von einem Versicherungsjahr zum nächsten entstehen.

Kostenbeteiligung: Die einer versicherten Person berechnete Beteiligung an den versicherten Arztkosten.

Versicherte Arztkosten: Die Gebühren für jegliche Behandlung, Dienstleistung oder Sanitätsartikel, die durch diese Police gedeckt sind, das heißt:

- Die nicht über die angemessenen und üblichen Gebühren hinausgehen; oder
- Die nicht über die Gebühren hinausgehen, die erhoben worden wären, wenn diese Deckung nicht bestünde; und
- Die der versicherten Person entstehen, während diese Police in Kraft ist, außer in Bezug auf jegliche Auslagen, die gemäß den Extension of Benefit Provisions – den Bestimmungen der Erweiterung der Leistungen - zahlbar sind.

Versicherte Person: Ein versicherter Student / eine versicherte Studentin, solange der Versicherungsschutz gemäß dieser Police in Kraft ist.

Selbstbehalt: Der Betrag der versicherten Arztkosten, der durch jede versicherte Person zu zahlen ist, ehe Leistungen ausgezahlt werden.

Zahnärztlicher Versorger: Dies ist jeder Zahnarzt, jede Gruppe, Organisation, Zahnpraxis oder andere Einrichtung oder Person, die approbiert ist, zahnärztliche Dienstleistungen oder Lieferungen von Sanitätsartikeln auszuführen.

Zahnarzt: Ein approbierter Zahnarzt. Desgleichen ein Arzt, der amtlich zugelassen ist zur Verrichtung zahnärztlicher Dienstleistungen.

Dauerhafte medizinische oder chirurgische Ausrüstung: Nicht mehr als ein Exemplar an Ausrüstung für denselben oder einen ähnlichen Zweck sowie die zu seinem Betrieb benötigten Zusatzgeräte, das heißt:

- Hergestellt für langjährigen Gebrauch;
- Hergestellt und hauptsächlich gebraucht für die Behandlung einer Krankheit oder Verletzung;
- Geeignet für den Gebrauch zu Hause;
- Ohne Nutzen für Personen, die keine Krankheit oder Verletzung haben;
- Nicht verwendbar zur Änderung der Luftqualität oder Temperatur;
- Nicht verwendbar für Leibesübungen oder Training;

Nicht eingeschlossen sind Gerätschaften wie Whirlpools, tragbare Whirlpool Pumpen, Saunas, Massagegeräte, Bett-Tische, Aufzüge, Kommunikationshilfen, sowie telephonische Warnsysteme.

Elektive Behandlung: Medizinische Behandlung, die nicht wegen einer pathologischen Veränderung der Funktion oder der Struktur irgendeines Körperteils erforderlich ist, die nach dem effektiven Datum des Eintritts des Versicherungsschutzes einer versicherten Person auftritt. Elektive Behandlungen schließen ein, sind aber nicht darauf beschränkt:

- Tubenligatur;
- Vasektomie;
- Brustverkleinerung;
- chirurgische Eingriffe zur Geschlechtsumwandlung;
- Submukosa-Resektion und/oder eine andere chirurgische Korrektur einer deviierten Nasenscheidewand, außer als erforderliche Behandlung für eine versicherte akute purulente Sinusitis;
- Behandlung zur Gewichtsabnahme;
- Lernschwächen;
- Kiefergelenkstörung;
- Schutzimpfung;
- Unfruchtbarkeitsbehandlung; sowie
- Routinemäßige ärztliche Untersuchungen oder ärztliche Untersuchungen, die vom Lehrinstitut zur Teilnahme an sportlichen oder sonstigen Übungen verlangt werden.

Noteinweisung: Eine Einweisung, bei der ein Arzt eine Person unmittelbar nach dem plötzlichen und zu dem betre_enden Zeitpunkt unerwarteten Beginn einer Veränderung im körperlichen oder geistigen Zustand der Person in ein Krankenhaus oder eine stationäre Behandlungseinrichtung einweist, wobei der Zustand:

Eine sofortige Einweisung als ganztägiger stationärer Patient erforderlich macht;

Wenn eine unmittelbare stationäre Einweisung nicht möglich wäre, nach Aetnas vernunftgemäßer Einschätzung führen könnte zu:

- Verlust von Leib und Leben; oder
- Erheblicher Einschränkung körperlicher Funktionen; oder
- Dauerhafter Störung eines Körperteils.

Medizinischer Notfall: Plötzlicher und zu dem betre_enden Zeitpunkt unerwarteter Beginn einer Veränderung im körperlichen oder geistigen Zustand einer Person, die eine sofortige ärztliche, chirurgische oder psychiatrische Versorgung erforderlich macht, die, falls nicht sofort durchgeführt, nach Aetnas vernunftgemäßer Einschätzung zum Verlust von Leib und Leben oder erheblicher Einschränkung körperlicher Funktionen oder dauerhafter Störung eines Körperteils führen könnte. Dies schließt ein: Unfall oder ernste Erkrankung wie Herzanfall, Schlaganfall, Vergiftung, Bewußtlosigkeit oder Atemstillstand sowie Konvulsionen. Es schließt nicht ein elektive Versorgung, Routineversorgung, Versorgung einer nicht als Notfall geltenden Erkrankung oder Versorgung als Folge von Umständen, die vor der Abreise des versicherten Studenten zur Gastbergemeinde vorhersehbar gewesen wären.

Gattungsgemäße rezeptpflichtige Medikamente: Rezeptpflichtige Medikamente, die nicht dem Markenschutz unterliegen, die aber unter dem Namen der chemischen Formel hergestellt und vertrieben werden.

Krankenhaus: Eine Einrichtung, die alle folgenden Kriterien erfüllt:

- Sie bietet stationäre Behandlung von verletzten und kranken Menschen, und
- Bietet Unterkunfts-, Verpflegungs- sowie Pflegedienstleistungen 24 Stunden am Tag, und
- Hat ständige Einrichtungen für Diagnose und umfangreiche Chirurgie, und
- Wird als Krankenhaus gemäß dem Recht des Zuständigkeitsbereichs geführt wird, in dem sie gelegen ist.

Krankenhaus schließt nicht ein eine Einrichtung, die hauptsächlich für (a) Alkoholiker oder Drogensüchtige oder (b) als Genesungsheim oder (c) als Pflege- oder Erholungsheim geführt wird. Der Begriff "Krankenhaus" schließt ein eine Einrichtung zur Behandlung von Alkoholikern und Drogensüchtigen für den Zeitraum, in dem sie der versicherten Person effektive Behandlung von Alkohol- und Drogensucht gewährt.

Krankenhausaufenthalt: Ein Verbleib von 18 oder mehr Stunden hintereinander als stationärer Bettenpatient in einem Krankenhaus.

Verletzung: Durch einen Unfall verursachte Körperverletzung. Dies schließt damit zusammenhängende Zustände und wiederkehrende Symptome derartiger Verletzungen ein.

Intensivpflegestation: Eine ausgewiesene Station, Einheit oder Stelle innerhalb eines Krankenhauses, für die eine festgelegte Extra-Tagesgebühr erhoben wird und die mit Personal und Ausrüstung ausgestattet ist, um auf fortlaufender Basis spezialisierte oder intensive Pflege oder Dienstleistungen zu verrichten, die normalerweise nicht in einem derartigen Krankenhaus geboten werden.

Kiefergelenkstörung: Dies ist eine Störung des Temporomandibulargelenks oder eine ähnliche Störung in der Beziehung zwischen den Kiefern oder dem Kiefergelenk, den Muskeln und Nerven.

Medizinisch notwendig: Dienstleistungen oder Sanitätsartikel, die erforderlich und angemessen sind zur Diagnose oder Behandlung einer Erkrankung oder Verletzung auf der Basis allgemein anerkannter medizinischer Praxis. Eine Dienstleistung oder ein Sanitätsartikel wird nicht als medizinisch notwendig betrachtet, wenn:

- Sie/er der versicherten Person lediglich als Annehmlichkeit gewährt wird, oder
- Sie/er nicht die geeignete Behandlung für die Diagnose oder Symptome der versicherten Person ist, oder
- Wenn sie/er über das Niveau an Pflege (in Umfang, Dauer oder Intensität) hinausgeht, das für eine gesicherte, adäquate und geeignete Diagnose oder Behandlung erforderlich ist.
Die Tatsache allein, daß ein bestimmter Arzt eine Dienstleistung oder einen Sanitätsartikel verschreibt, bestellt, empfiehlt oder genehmigt, macht die Dienstleistung oder den Sanitätsartikel nicht medizinisch notwendig.

Ausgehandelte Gebühr: Die Höchstgebühr, die ein Preferred Care Provider oder Designated Provider zu zahlen bereit ist für jegliche Dienstleistung oder jeglichen Sanitätsartikel zum Zweck der Erfüllung der Versicherungsleistungen gemäß dieser Police.

Nichtberufskrankheit: Eine Nichtberufskrankheit ist eine Krankheit, die:

- Nicht durch (oder im Laufe) von Arbeit gegen Bezahlung oder Gewinn verursacht wird, oder
- Die nicht auf gleich welche Weise von einer Krankheit herrührt, die das tut.
Eine Krankheit wird ungeachtet der Ursache als Nichtberufskrankheit angesehen, wenn der Nachweis erbracht wird, daß der versicherte Student:
 - Versicherungsschutz im Rahmen des Workers' Compensation Law genießt und
 - Gemäß diesem Gesetz nicht für die betreffende Krankheit versichert ist.

Nichtberufsverletzung: Eine Nichtberufsverletzung ist eine Unfallverletzung, die:

- Nicht durch (oder im Laufe) von Arbeit gegen Bezahlung oder Gewinn verursacht wird, oder
- Die nicht auf gleich welche Weise von einer Verletzung herrührt, die das tut.

Nicht bevorzugte Versorgung: Eine Gesundheitsdienstleistung oder ein Sanitätsartikel, die von einem Versorger gewährt werden, der nicht ein Preferred Care Provider ist, wenn Aetna feststellt, daß:

- Die Dienstleistung oder der Sanitätsartikel durch einen Preferred Care Provider hätte gewährt werden können, und
- Der Versorger von einer Art ist, die unter eine oder mehrere der Versorger-Kategorien fällt, die im Versorgerverzeichnis aufgeführt sind.

Nicht bevorzugter Versorger: Ein Versorger, der keinen Vertrag abgeschlossen hat zur Gewährung von Dienstleistungen oder Lieferung von Sanitätsartikeln zu einer ausgehandelten Gebühr.

Eine einzelne Krankheit: Eine Krankheit und alle Rückfälle sowie damit zusammenhängende Leiden, die eine versicherte Person erleidet.

Teilweise Krankenseinweisung: Fortlaufende Behandlung von nicht weniger als vier Stunden und nicht mehr als zwölf Stunden in einem beliebigen Zeitraum von vierundzwanzig Stunden im Rahmen eines Krankenhausprogramms.

Apotheke: Ein Unternehmen, in dem rezeptpflichtige Medikamente auf legale Weise verabreicht werden.

Arzt: (a) ein staatlich approbierter Arzt mit Approbation durch den Staat, in dem er praktiziert, und (b) jeder andere Mediziner, der staatlich approbiert sein muß, um medizinische Behandlung zu gewähren.

Vertragsjahr: Der Zeitraum von Jahrestag zu Jahrestag mit Ausnahme des ersten Jahres, wenn es den Zeitraum vom Datum des Inkrafttretens bis zum ersten Jahrestag umfaßt.

Präexistentes Leiden: Jegliche Verletzung, Erkrankung oder jegliches Leiden, das innerhalb von sechs Monaten vor dem Inkrafttreten des Versicherungsschutzes der versicherten Person diagnostiziert oder behandelt wurde oder das eine umsichtiger Person dazu veranlaßt hätte, eine Diagnose oder Behandlung zu suchen.

Bevorzugte Versorgung: Durch einen bevorzugten Versorger gewährte Versorgung

- Ein Gesundheitsdienste anbietender Versorger, der kein bevorzugter Versorger ist, für eine Notsituation, wenn eine Reise zu einem bevorzugten Versorger [oder eine Überweisung durch den Hausarzt einer versicherten Person vor der Behandlung] nicht durchführbar ist; oder
- Eine Notfallversorgung durch einen nicht-bevorzugten Versorger, wenn eine Reise zu einem bevorzugten Notfallversorger zu Behandlungszwecken nicht durchführbar ist und wenn Aetnas Zustimmung vorliegt.

Bevorzugter Versorger: Ein Versorger, der vertraglich verpflichtet ist, für ein ausgehandeltes Entgelt Dienstleistungen oder Lieferungen von Sanitätsartikeln zu gewähren, jedoch nur wenn der Versorger mit Aetnas Zustimmung im Verzeichnis als bevorzugter Versorger eingeschlossen ist für:

- Die betreffende Dienstleistung oder den betreffenden Sanitätsartikel, und
- Die Gruppe von versicherten Personen, der Sie angehören.

Verschreiber: Jegliche Person, die im Rahmen ihrer Approbation befugt ist, rezeptpflichtige Medikamente zu verschreiben.

Rezept: Eine durch einen Verschreiber ausgestellte Genehmigung für ein rezeptpflichtiges Medikament. Wenn es sich um eine mündliche Genehmigung handelt, muß sie unverzüglich durch die Apotheke schriftlich niedergelegt werden.

Rezeptpflichtige Medikamente: Alle der folgenden:

- Eine Verschreibung für ein Medikament, das laut Gesetz nur auf Rezept verabreicht werden darf.
- Injizierbares Insulin, Einwegnadeln und -spritzen, wenn sie gleichzeitig mit dem Insulin verschrieben und erworben werden, sowie Einweg-Diabetikmittel.

Angemessene Gebühr: Nur der Teil einer Gebühr, der angemessen ist, ist versichert. Die angemessene Gebühr für eine Dienstleistung oder Lieferung ist der niedrigste Wert:

- Der üblichen Gebühr für die Gewährung derselben; und
- Die Gebühr, die Aetna als angemessen bestimmt, beruhend auf Faktoren wie die Kosten der Gewährung derselben oder einer ähnlichen Dienstleistung oder eines ähnlichen Sanitätsartikels und die Art und Weise, in der die Gebühren für die Dienstleistung oder Lieferung erhoben werden; und
- Die Gebühr, die Aetna in dem geographischen Gebiet, in dem sie gewährt wird, als dafür übliches Preisniveau bestimmt.

Unter bestimmten Umständen kann Aetna, entweder direkt oder indirekt durch Dritte, ein Abkommen mit einem Versorger abschließen, das den Satz festlegt, zu dem Aetna für eine Dienstleistung oder einen Sanitätsartikel bezahlt. In diesen Fällen ist die angemessene Gebühr, ungeachtet der oben beschriebenen Methode, der in einem solchen Abkommen festgelegte Satz.

Bei der Festlegung der angemessenen Gebühr für eine Dienstleistung oder Lieferung, die

- Ungewöhnlich ist, oder
- Die nicht oft in diesem Gebiet gewährt wird, oder
- Die nur von einer geringen Anzahl von Versorgern in diesem Gebiet gewährt wird,

kann Aetna Faktoren in die Rechnung einbeziehen wie:

- Komplexität
- Den Grad der benötigten Kunstfertigkeit,
- Die Art des Fachgebiets des Versorgers,
- Den Umfang der durch eine Einrichtung gewährten Dienstleistungen und Sanitätsartikel, sowie
- Die üblichen Gebühren in anderen Gebieten.

Unterkunft und Verpflegung: Durch eine Einrichtung erhobene Gebühren für Unterkunft und Verpflegung sowie sonstige notwendigen Dienstleistungen und Sanitätsartikel. Sie müssen regelmäßig zu einem Tages- oder Wochensatz erhoben werden.

Halbprivater Satz: Die Gebühr für Unterkunft und Verpflegung, die eine Einrichtung auf die meisten Betten in ihren halbprivaten Zimmern mit 2 oder mehr Betten berechnet. Sind keine derartigen Zimmer vorhanden, wird Aetna den Satz berechnen. Dies ist der übliche Satz, der von ähnlichen Einrichtungen in demselben geographischen Gebiet erhoben wird.

Erkrankung: Krankheit oder Leiden einschließlich damit zusammenhängender und wiederkehrender Symptome der Erkrankung. Alle Verletzungen oder Erkrankungen mit derselben Ursache werden als eine einzige Verletzung oder Erkrankung betrachtet.

Gesunde natürliche Zähne: Natürliche Zähne; der Hauptteil des einzelnen Zahns, der vorhanden ist ungeachtet von Zahnfüllungen und der nicht kariös, vereitert oder defekt ist. Gesunde natürliche Zähne schließen keine Zahnkronen ein.

Chirurgie-Zentrum: Eine unabhängige ambulante Einrichtung, die

- Den einschlägigen Normen entspricht.
- Zur Gewährung allgemeiner chirurgischer Eingriffe eingerichtet, ausgerüstet und geleitet wird.
- Gebühren erhebt.
- Durch einen Stab von Ärzten geleitet wird.

Mindestens einer von ihnen muß an Ort und Stelle anwesend sein, wenn ein chirurgischer Eingriff ausgeführt wird, sowie während des Aufwachens.

- An Ort und Stelle mindestens einen approbierten Narkosearzt hat, wenn ein chirurgischer Eingriff durchgeführt wird, der eine allgemeine Narkose oder Spinalnarkose erfordert, sowie während des Aufwachens.
- Chirurgisches Personal zur Verfügung stellt für:
 - Ärzte, die an einem örtlichen Krankenhaus chirurgische Eingriffe durchführen
 - Zahnärzte, die Kieferchirurgie durchführen.
- Mindestens 2 OP-Säle und einen Aufwachraum hat.
- Im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen diagnostische Röntgen- und Labordienstleistungen anbietet oder mit einer örtlichen Einrichtung arrangiert.
- Patienten keine Übernachtungsmöglichkeiten bietet.
- in den OP-Sälen und im Aufwachraum ganztägige, von staatlich geprüftem Krankenpflegepersonal geleitete Pflegedienste gewährt.
- die für medizinische Notfälle ausgerüstet ist und dafür ausgebildetes Personal hat.
- Sie muß:
 - Einen in kardiopulmonaler Reanimation ausgebildeten Arzt,
 - Einen Defibrillator,
 - Eine Tracheotomie-Ausrüstung und
 - Einen Blutvolumen-Expander haben.

- Sie hat einen schriftlichen Vertrag mit einem örtlichen Krankenhaus für Noterweisungen von Patienten. Schriftliche Anweisungen für eine derartige Überweisung müssen ausgewiesen werden und das Personal muß davon Kenntnis haben.
- Sie gewährt ein fortlaufendes Qualitätskontrollprogramm. Das Programm muß Überprüfungen von Ärzten enthalten, die nicht Besitzer oder Leiter der Einrichtung sind.
- Sie führt ein Krankenblatt über jeden Patienten.

Chirurgie-Assistent: Ein in chirurgischer Hilfe ausgebildeter Heilberufler sowohl in den präoperativen als auch in den postoperativen Zeiträumen unter Aufsicht eines Arztes.

Chirurgische Auslagen: Gebühr eines Arztes für:

- Einen chirurgischen Eingriff,
- Eine notwendige Behandlung während eines Krankenhausaufenthalts im Zusammenhang mit einem derartigen Eingriff, und
- Die übliche postoperative Behandlung.

Chirurgischer Eingriff:

- Einschnitt mit einem Messer;
- Wundnaht;
- Knochenbruchbehandlung;
- Einrenken einer Luxation;
- Strahlentherapie (außer radioaktiver Isotopentherapie), wenn angewandt anstelle einer Schnittoperation zur Entfernung eines Tumors;
- Elektrokauterisierung;
- diagnostische und therapeutische endoskopische Eingriffe;
- Injektionsbehandlung von Hämorrhoiden und Krampfadern;
- Laseroperation;
- Kryochirurgie.

Vollinvalide: Aufgrund von Krankheit oder Verletzung ist die versicherte Person nicht in der Lage, sich an den normalen Tätigkeiten einer gesunden Person gleichen Alters und gleichen Geschlechts zu beteiligen.

Ambulanz: Eine nicht zu einem Krankenhaus gehörige Klinik mit einer Gruppe von Ärzten, die diagnostische Dienstleistungen, Beobachtungen, Behandlung und Wiederherstellung auf ambulanter Basis bietet.

Ausschlüsse und Einschränkungen

Diese Police gewährt keine Versicherungsleistungen für:

1. Ausgaben für Zahnbehandlung außer für Behandlung aufgrund von Verletzungen gesunder natürlicher Zähne oder für eine begrenzte Erleichterung von Schmerzen.
2. Ausgaben für Dienstleistungen, die normalerweise gebührenfrei durch den Gesundheitsdienst des Versicherten, durch ein Krankenhaus oder Spital oder durch vom Versicherten angestellte Versorger gewährt werden.
3. Ausgaben für Refraktion des Auges, Augenbehandlung, radiale Keratotomie, Brillen, Kontaktlinsen oder sonstige Seh- oder Hörhilfen.
4. Ausgaben, die als Folge einer Verletzung aufgrund der Teilnahme an Ausschreitungen entstehen. "Teilnahme an Ausschreitungen" bedeutet Teilnahme an Ausschreitungen auf gleich welche Art, einschließlich des Anstachelns von Ausschreitungen oder des Zusammenrottens zur Anstachelung. Dies schließt nicht ein Handlungen zur Selbstverteidigung, solange sie nicht gegen Personen gerichtet sind, die versuchen, die Ruhe und Ordnung wiederzuerstellen.
5. Ausgaben als Folge eines Unfalls aufgrund des Mitfliegens als Passagier oder auf andere Weise in einem Luftfahrzeug, außer als zahlender Passagier in einem Luftfahrzeug, das von einer regulären Luftfahrtgesellschaft auf einer regelmäßig beflogenen Strecke gemäß einem veröffentlichten Flugplan betrieben wird.
6. Ausgaben als Folge einer Verletzung oder Erkrankung aufgrund eines erklärten oder nicht erklärten Krieges oder jeglicher damit zusammenhängender Handlungen.
7. Ausgaben als Folge einer Verletzung oder Erkrankung aufgrund von Arbeiten gegen Bezahlung oder für Gewinn oder für die gesetzlicher Versicherungsschutz besteht.
8. Ausgaben als Folge einer Verletzung oder Erkrankung während des Militärdienstes gleich welchen Landes. Nach dem Beitritt der versicherten Person zu den bewaffneten Streitkräften eines Landes wird die unbenutzte anteilmäßige Prämie an den Versicherungsnehmer zurückgezahlt.
9. Ausgaben für Behandlung, die von einem staatlichen Krankenhaus gewährt wird, außer wenn die Pflicht besteht, derartige Gebühren bei fehlen dem Versicherungsschutz zu bezahlen.
10. Ausgaben für elektive Behandlung oder elektive chirurgische Eingriffe.
11. Ausgaben für kosmetische chirurgische Eingriffe, rekonstruktive Chirurgie oder sonstige

Dienstleistungen und Sanitätsartikel, die das Erscheinungsbild verbessern, ändern oder steigern, gleich ob aus psychologischen oder emotionellen Gründen, Ausgenommen hiervon ist:

Der Aufwand für die Verbesserung der Funktion eines anderen Körperteils als ein Zahn oder die Struktur, welche die Zähne hält, und dieser auf Grund eines Defekts bei der Geburt eine Missbildung hat, einschließlich Hasenscharte, Fehlbildung der Zehen oder Finger (Syndaktylie), oder als direkte Konsequenz einer Krankheit oder eines wegen Krankheit oder Verletzung vorgenommenen chirurgischen Eingriffs.

Die Behandlung einer Verletzung (einschließlich rekonstruktive Chirurgie für einen prothetischen Apparat für eine versicherte Person, die sich einer Masektomie unterzogen hat), die sich die versicherte Person während der Versicherungslaufzeit dieser Police zugezogen hat. Chirurgische Eingriffe müssen innerhalb des laufenden Versicherungsjahres, in dem der Unfall passierte, der die Verletzung verursacht hat, oder im darauffolgenden Versicherungsjahr vorgenommen werden.

12. Ausgaben, die durch irgendeine andere gültige und heranziehbare Kranken- oder Unfallversicherung gedeckt sind, soweit Leistungen einer anderen gültigen und heranziehbaren Versicherung zahlbar sind, gleich ob ein Anspruch auf derartige Leistungen erhoben wird oder nicht.
13. Ausgaben für preventive Medikamente, Sera, Impfstoffe oder orale Kontrazeptiva.
14. Ausgaben als Folge des Begehens einer Straftat.
15. Ausgaben für eine freiwillige oder elektive Schwangerschaftsunterbrechung.
16. Ausgaben, die nach dem Verfallsdatum der Versicherung einer versicherten Person entstehen.
17. Ausgaben für Dienstleistungen, die normalerweise kostenlos durch das Lehrinstitut gewährt werden oder die im Schulgeld enthalten sind.
18. Ausgaben für Dienstleistungen, die durch ein Familienmitglied oder eine im Haushalt der versicherten Person lebende Person gewährt werden.
19. Ausgaben für Behandlungen, Dienstleistung oder einen Sanitätsartikel, die nach Aetnas Einschätzung nicht medizinisch notwendig sind für die Diagnose, Pflege oder Behandlung der betreffenden Erkrankung oder Verletzung. Dies trifft auch zu, wenn sie durch den behandelnden Arzt oder Zahnarzt der Person empfohlen oder genehmigt werden. Damit die Behandlung, die Dienstleistung oder die Sanitätsartikel als medizinisch notwendig betrachtet werden, muss es sich bei den Dienstleistungen oder den Sanitätsartikeln um:
 - eine Behandlung oder eine Pflege handeln, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ein bedeutend besseres Ergebnis erzielen, und mit hoher Wahrscheinlichkeit kein schlechteres Ergebnis erzielen als eine alternative Dienstleistung oder alternative Sanitätsartikel, sowohl in Bezug auf die Erkrankung oder Verletzung, um die es sich handelt, als auch in Bezug auf den ganzheitlichen Gesundheitszustand der Person.
 - einen diagnostischen Eingriff handeln, der sich auf den gesundheitlichen Zustand der Person bezieht und der mit größerer Wahrscheinlichkeit Information über den Verlauf der Behandlung liefert und mit geringerer Wahrscheinlichkeit negative Information liefert, sowohl in Bezug auf die Erkrankung oder Verletzung, um die es sich handelt, als auch in Bezug auf den ganzheitlichen Gesundheitszustand der Person.
 - eine Diagnostik, Pflege und Behandlung handeln, deren Kosten (unter Berücksichtigung aller gesundheitlicher Kosten, die in Verbindung mit der Behandlung, der Dienstleistung oder der Sanitätsartikel anfallen) nicht die Kosten einer alternativen Dienstleistung oder Sanitätsartikel übersteigen, welche die vorher genannten Kriterien erfüllen.

Um herauszufinden, ob eine Dienstleistung oder Sanitätsartikel für den Sachverhalt adäquat sind, wird Aetna folgende Punkte berücksichtigen: Information in Bezug auf den Gesundheitszustand der betroffenen Person; von Experten überprüfte Berichte der medizinischen Literatur; von national anerkannten Gesundheitsorganisationen veröffentlichte Berichte und Richtlinien, die fundierte wissenschaftliche Angaben enthalten; allgemein anerkannte professionelle Sicherheits- und Leistungsstandards der Vereinigten Staaten für Diagnostik; Behandlung oder Pflege; die Meinung von allgemein anerkannten Medizinern, die sich mit dem betreffenden Gebiet beschäftigen, und sonstige relevante Information die Aetna zur Kenntnis nimmt.

Dienstleistungen und Sanitätsartikel werden als nicht medizinisch notwendig betrachtet, wenn:

- kein technisches Fachkönnen von medizinischem Personal erforderlich ist, keine Spezialisten auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen oder Zahnmedizin erforderlich sind.
- sie die Annehmlichkeit oder Nutzen der betroffenen Person oder der Person, die sie pflegt, als einziges Ziel haben, oder irgendein anderes Mitglied der Familie oder ein Anbieter von medizinischer Gesundheitspflege oder eine medizinische Einrichtung dieses Ziel haben, oder
- die betreffende Person einen Krankenhausaufenthalt an einem Tag hat, an dem ihre Erkrankung oder Verletzung auf sichere und angemessene Weise auch außerhalb des Krankenhauses diagnostiziert oder behandelt werden kann oder wenn die betreffende Person in einer bestimmten Einrichtung oder örtlichen Lage behandelt wird, obwohl die Dienstleistungen oder Sanitätsartikel auch bei einem Arzt oder in einer Zahnarzt Praxis oder einer anderen Einrichtung, die weniger kostenintensiv ist, erhalten werden können.

20. Ausgaben infolge eines Selbstmords, eines versuchten Selbstmords oder einer Selbstverstümmelung ungeachtet des Geisteszustands.
21. Ausgaben einer versicherten Person, die nicht die amerikanische Staatsbürgerschaft besitzt, für Dienstleistungen, die innerhalb des Heimatlandes der versicherten Person gewährt werden.
22. Ausgaben für die Behandlung einer Kiefergelenkstörung und damit zusammenhängender myofaszialer Schmerzen.
23. Ausgaben für die Behandlung geistiger oder nervöser Störungen, wenn nicht anderweitig in der Police festgelegt.
24. Ausgaben für die Behandlung von Alkoholismus oder Drogensucht.
25. Ausgaben für ambulante Verschreibungen, wenn nicht anderweitig in der Police festgelegt.
26. Ausgaben für Allergiesera und Injektionen.
27. Behandlung von Verletzungen, soweit Anspruch besteht auf Leistungen gemäß einer staatlichen verschuldensunabhängigen Kfz-Haftpflichtversicherung oder auf Eigenversicherungsleistungen gemäß einer anderen verschuldensunabhängigen Pflichtversicherung.
28. Ausgaben für schwangerschaftsverhindernde Methoden, Geräte oder Hilfen sowie Gebühren für künstliche Besamung, In-vitro-Befruchtung oder Embryooverpflanzungsverfahren, elektive Sterilisierung oder deren Umkehr oder elektive Schwangerschaftsunterbrechung.
29. Ausgaben verursacht durch Eingriffe, Dienstleistungen oder Sanitätsartikel, die nach Aetnas Auffassung experimentell sind oder sich noch in der Forschungsphase befinden. Ein Medikament, ein Gerät, ein Eingriff oder eine Behandlung werden als experimentell eingestuft oder befinden sich in einer Forschungsphase, wenn:

Noch nicht genug Datenmaterial von kontrolliert klinischen Untersuchungen vorhanden ist, das in von Experten kontrollierten Fachzeitschriften veröffentlicht worden ist, so dass die Sicherheit und Wirksamkeit für die betreffende Krankheit oder Verletzung nicht gewährleistet werden kann; oder die Behörde für Lebensmittel- und Arzneimittelsicherheit (FDA) noch nicht die Vermarktung zugelassen hat; oder ein staatlich anerkannter medizinischer oder zahnärztlicher Verein oder das Aufsichtsamt schriftlich festgelegt hat, dass es experimentell ist, sich in der Forschungsphase befindet oder es für Forschungszwecke benutzt wird; oder das schriftliche Protokoll oder die von der behandelnden Einrichtung benutzten Protokolle; oder das Protokoll oder die Protokolle einer anderen Einrichtung, die das gleiche Medikament, Gerät, Eingriff oder Behandlung erforscht; oder die von der behandelnden Einrichtung benutzte schriftliche sachkundige Einwilligung oder von einer anderen Einrichtung, die das gleiche Medikament, Gerät, Eingriff oder

Behandlung erforscht, erklärt, dass sie experimentell eingestuft sind oder sich in einer Forschungsphase befinden.

Dieser Ausschluss bezieht sich allerdings nicht auf erhaltene Dienstleistungen und Sanitätsartikel (die keine Medikamente sind) im Zusammenhang mit einer Erkrankung, wenn Aetna zu der Feststellung kommt, dass: Die Erkrankung ohne eine effektive Behandlung den Tod innerhalb eines Jahres verursachen kann und dass die Pflege und Behandlung sich als effektiv für die Erkrankung erweisen oder vielversprechend im Hinblick auf die Erkrankung sind, so wie es das wissenschaftliche Datenmaterial beweist. Um diese Feststellung zu erheben, wird Aetna die Ergebnisse einer von einem Komitee unabhängiger medizinischer Experten durchgeführten Revision berücksichtigen. Diese Experten werden von Aetna ausgewählt. An diesem Komitee werden sich Experten, welche die betreffende Krankheit behandeln, beteiligen. Ferner beziehen sich diese Ausschlüsse nicht auf:

Medikamente, die als neue Medikamente in der Forschungsphase (IND) eingestuft worden sind oder sich im IND Forschungsstatus befinden, oder

Medikamente, die einer staatlichen Studie unterzogen sind und vom Institut für Krebsforschung gefördert werden.

Medikamente, für die es nach Aetnas Einschätzung genügend wissenschaftliche Beweise ihrer Effektivität gibt oder die für die Behandlung der Krankheit vielversprechend sein könnten.

30. Ausgaben, für die kein Angehöriger der engeren Familie der versicherten Person eine gesetzliche Pflicht zur Zahlung hat.
31. Ausgaben für pflegerische Betreuung. Pflegerische Betreuung bedeutet Dienstleistungen und Sanitätsartikel, die einer Person hauptsächlich gewährt werden, um mit den Tätigkeiten des täglichen Lebens fertig zu werden. Dazu gehören Unterkunft und Verpflegung und sonstige institutionelle Betreuung. Die Person braucht nicht körperbehindert zu sein. Derartige Dienstleistungen und Sanitätsartikel stellen pflegerische Betreuung dar ohne Rücksicht darauf:
 - Von wem sie verschrieben werden;
 - Von wem sie empfohlen werden;
 - Von wem oder wodurch sie ausgeführt werden.
32. Ausgaben für die Reparatur oder den Ersatz von bestehenden künstlichen Gliedmaßen, orthopädischen Stützapparaten oder Orthesen.
33. Ausgaben für einen Magen-Bypass und jegliche restriktive Eingriffe oder Maßnahmen zur Gewichtsabnahme.
34. Ausgaben für Brustverkleinerung / Mammoplastik.
35. Ausgaben für Gynäkomastie (Männerbrust).
36. Ausgaben für Nebenhöhlenchirurgie außer für eine akute eiternde Nebenhöhlenentzündung.
37. Ausgaben für Pflege, Behandlung, Dienstleistungen oder Sanitätsartikel für oder im Zusammenhang mit obstruktiver Schlafapnoe und Schlafstörungen einschließlich CPAP und UPP.
38. Ausgaben für Akupunktur außer für Narkosezwecke.
39. Ausgaben für alternative holistische Medizin und/oder Therapie einschließlich, aber nicht darauf beschränkt, Yoga und Schlaftherapie.
40. Ausgaben für: (a) Plattfußpflege, (b) Stützapparate für den Fuß, (c) Pflege für Hühneraugen, Ballenzehen oder Schwielen, (d) Pflege für Fußnägel, und (e) Pflege für Senkfüße, schwache Füße oder chronische Fußbelastung.

41. Ausgaben für Verletzungen als Folge eines Kfz-Unfalls, soweit Anspruch auf Leistungen gemäß einer anderen gültigen und heranziehbaren Versicherung besteht, ungeachtet ob ein Antrag auf derartige Leistungen gestellt wurde oder nicht. Die Versicherung deckt nur solche Schäden, die nicht gemäß der Kfz-Krankenversicherung versichert sind.
42. Ausgaben für Handlungen der versicherten Person, die außerhalb ihrer gesetzlichen Befugnis liegen.
43. Ausgaben für Hörhilfen, das Anpassen oder die Verschreibung von Hörhilfen.
44. Ausgaben für Gehörtests.
45. Ausgaben für Transplantationen.
46. Ausgaben für die Kosten von Sanitätsartikeln, die in der Ausübung von Beschäftigungstherapie benutzt werden.
47. Ausgaben für persönliche Hygiene und Komfortmaterialien wie Klimaanlage, Luftbefeuchtungsgeräte, Whirlpool-ähnliche Becken oder Geräte für Leibesübungen, auch wenn derartige Artikel von einem Arzt verschrieben werden.
48. Ausgaben für Dienstleistungen oder Sanitätsartikel für die Behandlung von Fettleibigkeit und/oder zur Gewichtskontrolle.
49. Ausgaben für die Behandlung und Sanitätsartikel für Entziehungskuren für Raucher.
50. Ausgaben für Dienstleistungen und Sanitätsartikel im Zusammenhang mit psychologischen oder neuropsychologischen Tests.
51. Ausgaben für Mutterschaft, schwangerschaftsverhindernde Methoden, Geräte oder Hilfen sowie Gebühren für Dienstleistungen und Sanitätsartikel für oder in Zusammenhang mit intratubarer Gametentransfer, künstliche Besamung, In-vitro-Befruchtung (außer wie vom Landesgesetz verordnet) oder Embryoverpflanzungsverfahren, elektive Sterilisierung oder deren Umkehr oder elektive Schwangerschaftsunterbrechung, wenn nicht anders in diesem Plan vorgesehen.
52. Ausgaben für Massage-Therapie.
53. Ausgaben für oder im Zusammenhang mit Sprachtherapie.
54. Ausgaben für oder im Zusammenhang mit Geschlechtsumwandlungs-Operationen oder zur Behandlung von Störungen der Geschlechtsidentifikation.
55. Ausgaben für die Behandlung einer **Verletzung** oder **Erkrankung**, soweit Zahlungen aufgrund eines Gerichtsurteils oder eines Vergleichs durch eine Person (oder deren Versicherung) erfolgen, welche die **Verletzung** oder **Erkrankung** vermutlich verschuldet hat.
56. Auslagen für ein präexistentes Leiden, die \$ 10.000 übersteigen.
57. Auslagen für chiropraktische Behandlung.
58. Auslagen für die Behandlung von Akne.
Jeder Ausschluß kommt nicht in Anwendung, soweit Versicherungsschutz ausdrücklich in dieser Police vorgesehen oder Versicherungsschutz für die Auslagen gesetzlich vorgeschrieben ist. Discount Programme gewähren Zugang zu diskontierten Raten und sind KEINE versicherte Leistungen.

Discount Programme und Reisehilfe werden von Zulieferern angeboten, die selbständige Unternehmer und nicht Angestellte oder Vertreter von Aetna sind.
 Gesundheitsinformations-Programme gewähren allgemeine Gesundheitsinformationen und sind kein Ersatz für die Diagnose oder Behandlung durch einen Arzt oder andere Angehörige der Gesundheitsberufe.

Der Youth For Understanding Student Health Insurance Plan wird durch Aetna Life and Casualty (Bermuda), Ltd., garantiert. Der Plan wird durch Chickering Claims Administrators, Inc. verwaltet. Aetna Student Health ist der Markenname für durch diese Unternehmen gelieferte Produkte und Dienstleistungen. Dieses Material dient lediglich zu Informationszwecken und stellt kein Angebot oder Einladung zum Beitritt dar. Krankenversicherungspläne enthalten Ausschlüsse und Beschränkungen.

Die durch die Generali-Gruppe gewährte private Haftpflichtversicherung ist hier für örtliche Vertreter, Studenten und leibliche / Gastfamilien zu Veranschaulichungszwecken zusammengefaßt und dient nicht dazu, die vollständigen Vertragsbedingungen zu ersetzen. Für die vollständigen Vertragsbedingungen wenden.

Haftpflichtversicherung

	(euro €)
allgm.	€1,000,000
Selbstbeteiligung für Sachschäden:	€125
Selbstbeteiligung für Personenschäden:	-
Mietschädens	€250,000
Allmählichkeitsschäden	€1,000,000
Kaution	€25,000
Schlüsselverlust	€15,000
Vermögensschäden	€200,000
Sachschäden (Gefälligkeit)	€2,500
Ausfalldeckung	€2,500

Vergewissern Sie sich, die gesamte Police in Bezug auf komplette Leistungsbeträge, Bedingungen, Begriffe und Ausnahmen zu überprüfen. Bestimmte Bedingungen werden nicht abgedeckt. Beispiele dafür sind vorbeugende Behandlungen, wie Impfungen, zahnärztliche Behandlungen, augenärztliche Untersuchungen, vorherige Erkrankungen und Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind. Andere Leistungen können eingeschränkt sein, wie etwa seelische Gesundheit oder Physiotherapie. Die eingereichte Police des Plans in englischer Sprache ist die vollständige und rechtskräftige Police. Sie ersetzt dieses Dokument.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG (AHB)

I. Der Versicherungsschutz (§§ 1-4)

1. Gegenstand der Versicherung
2. Vorsorge-Versicherung
3. Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes, Zahlung des Erstbeitrages
4. Ausschlüsse

II. Der Versicherungsfall (§§ 5, 6)

5. Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, Verfahren
6. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

III. Das Versicherungsverhältnis (§§ 7-14)

7. Versicherung für fremde Rechnung, Abtretung des Versicherungsanspruchs
8. Beitragszahlung, Beitragsregulierung, Beitragsangleichung, Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung
9. Vertragsdauer, Kündigung, Betriebsübergang, Wegfall des versicherten Risikos, Doppelversicherung
10. Verjährung, Klagefrist
11. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
12. Anzuwendendes Recht
13. Gerichtsstände
14. Anzeigen und Willenserklärungen

I. Der Versicherungsschutz (§§ 1-4)

- **Gegenstand der Versicherung**

1. Der Versicherer gewährt dem Versicherungsnehmer Versicherungsschutz für den Fall, dass er wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.
2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht
 - a) aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Eigenschaften, Rechtsverhältnissen oder Tätigkeiten des Versicherungsnehmers (versichertes „Risiko“);
 - b) aus Erhöhungen oder Erweiterungen des versicherten Risikos, soweit sie nicht in dem Halten oder Führen von Luft-, Kraft- oder Wasserfahrzeugen (abgesehen von Ruderbooten) bestehen.
Bei Erhöhungen des übernommenen Risikos, die durch Änderung bestehender oder durch Erlass neuer Rechtsnormen eintreten, gilt folgendes:
Der Versicherer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, 25 in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wieder hergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
 - c) aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluss der Versicherung neu entstehen, gemäß § 2 (Vorsorge-Versicherung).
3. Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung ausgedehnt werden auf die gesetzliche Haftpflicht wegen Vermögensschädigung, die weder durch Personenschaden noch durch Sachschadenentstanden ist, sowie wegen Abhandenkommens von Sachen. Auf die Versicherung wegen Abhandenkommens von Sachen finden die Bestimmungen über Sachschaden Anwendung.

- **Vorsorge-Versicherung**

Für die Vorsorge-Versicherung (§ 1 Ziffer 2 c) gelten neben den sonstigen ertragsbestimmungen folgende besondere Bedingungen:

1. Der Versicherungsschutz beginnt sofort mit dem Eintritt eines neuen Risikos, ohne dass es einer besonderen Anzeige bedarf.

Der Versicherungsnehmer ist aber verpflichtet, auf Aufforderung des Versicherers, die auch durch einen der Beitragsrechnung beigedruckten Hinweis erfolgen kann, binnen eines Monats nach Empfang dieser Aufforderung jedes neu eingetretene Risiko anzuzeigen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige oder kommt innerhalb Monatsfrist nach Eingang der Anzeige bei dem Versicherer eine Vereinbarung über den Beitrag für das neue Risiko nicht zustande, so fällt der Versicherungsschutz für dasselbe rückwirkend vom Gefahren Eintritt ab fort. Tritt der Versicherungsfall ein, bevor die Anzeige des neuen Risikos erstattet ist, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und in einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem die Anzeigefrist nicht verstrichen war.

2. Der Versicherungsschutz wird auf den Betrag von 500.000 EUR für Personenschäden und 150.000 EUR für Sachschäden begrenzt, sofern nicht im Versicherungsschein geringere Versicherungssummen festgesetzt sind.
3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die Gefahren, welche verbunden sind mit
 - a) dem Besitz oder Betrieb von Bahnen, von Theatern, Kino- und Filmunternehmungen, Zirkussen und Tribünen, ferner von Luft- und Wasserfahrzeugen aller Art (abgesehen von Ruderbooten) und dem Lenken solcher Fahrzeuge sowie der Ausübung der Jagd;
 - b) Herstellung, Bearbeitung, Lagerung, Beförderung, Verwendung von und Handel mit explosiblen Stoffen, soweit hierzu eine besondere behördliche Genehmigung erforderlich ist;
 - c) dem Führen oder Halten von Kraftfahrzeugen.

- **Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes, Zahlung des Erstbeitrages**

I.

1. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig zahlt.
2. Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

II.

1. Der erste oder einmalige Beitrag wird - wenn nichts anderes vereinbart ist - sofort nach Abschluss des Vertrages fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung sowie nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerspruchsfrist von 14 Tagen erfolgt.
Ist Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
2. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.
3. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Versicherer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Vertrages gerichtlich geltend macht.
4. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.
Hat der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
5. Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerspruchsfrist von 14 Tagen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

III.

1. Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entschädigung, welche der Versicherungsnehmer auf Grund eines von dem Versicherer abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von ihm geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat. Steht die Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung fest, ist die Entschädigung binnen zwei Wochen zu leisten.

Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutzfallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.

Hat der Versicherungsnehmer für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten oder ist ihm die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist der Versicherer an seiner Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.

2. Für den Umfang der Leistung des Versicherers bilden die im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt. Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache oder mehrere Schäden aus Lieferungen der gleichen mangelhaften Waren gelten als ein Schadenereignis.

Es kann vereinbart werden, dass sich der Versicherungsnehmer bei jedem Schadenereignis mit einem im Versicherungsschein festgelegten Betrag an einer Schadenersatzleistung selbst beteiligt.

Ferner kann vereinbart werden, dass der Versicherer seine Gesamtleistung für alle Schadenereignisse eines Versicherungsjahres auf ein Mehrfaches der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

3. Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt der Versicherer den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.
4. Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber Ziffer IV. 1).

IV.

1. Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt. Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und seines der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten sich von weiteren Leistungen zu befreien.
2. Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom

Versicherer erstattet. Der Rentenwert wird auf Grund der Allgemeinen Sterbetafeln für Deutschland mit Erlebensfallcharakter 1987 R Männer und Frauen und unter Zugrundelegung des

Rechnungszinses, der die tatsächlichen Kapitalmarktzinsen in Deutschland berücksichtigt, berechnet. Hierbei wird der arithmetische Mittelwert über die jeweils letzten 10 Jahre der Umlaufrenditen der öffentlichen Hand, wie sie von der Deutschen Bundesbank veröffentlicht werden, zugrunde gelegt. Nachträgliche Erhöhungen oder Ermäßigungen der Rente werden zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns mit dem Barwert einer aufgeschobenen Rente nach der genannten Rechnungsgrundlage berechnet.

Für die Berechnung von Waisenrenten wird das 18. Lebensjahr als frühestes Endalter vereinbart. Für die Berechnung von Geschädigtenrenten wird bei unselbständig Tätigen das vollendete 65. Lebensjahrs Endalter vereinbart, sofern nicht durch Urteil, Vergleich oder eine andere Festlegung etwas anderes bestimmt ist oder sich die der Festlegung zugrunde gelegten Umstände ändern.

Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.

3. Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand des Versicherten scheitert, so hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

- **Ausschlüsse**

I.

Falls im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, bezieht sich der Versicherungsschutz nicht auf:

1. Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder besonderer Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.
2. Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche (vgl. z. B. die §§ 616, 617 BGB; 63 HGB; 39 und 42 Seemannsgesetz und die entsprechenden Bestimmungen der Gew.-Ordn., des Sozialgesetzbuches VII und des Bundesozialhilfegesetzes) sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.
3. Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; jedoch sind Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII mitgedeckt.
4. Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeug-Rennen, Box- oder Ringkämpfen sowie den Vorbereitungen hierzu (Training).
5. Haftpflichtansprüche aus Sachschaden, welcher entsteht durch allmähliche Einwirkung der Temperatur, von Gasen, Dämpfen oder Feuchtigkeit, von Niederschlägen (Rauch, Ruß, Staub und dergleichen), ferner durch Abwässer, Schwammbildung, Senkungen von Grundstücken (auch eines darauf errichteten Werkes oder eines Teiles eines solchen), durch Erdbeben, Erschütterungen infolge Rammarbeiten, durch Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer sowie aus Flurschaden durch Weidevieh und aus Wildschaden.
6. Ansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.
 - b) die Schäden

- durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dergleichen) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
- dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dergleichen) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;
- durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers entstanden sind und sich diese Sachen oder – sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt – deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte.

Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer wie für die durch den Versicherungsvertrag mitversicherten Personen.

Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche

- auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadenersatz statt der Leistung;
- wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nachbesserung durchführen zu können;
- wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;
- auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung;
- auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;
- wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.

Dies gilt auch dann, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt.

7. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlen sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- und Maserstrahlen.*)
8. Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden.
Darunter fallen auch Schäden hervorgerufen durch Brand und/oder Explosion.

Dies gilt nicht

- a) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken oder
- b) wenn gegen den Versicherungsnehmer Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch

Umwelteinwirkungen erhoben werden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftung), es sei denn,

sie resultieren aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von

- Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern,
- zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen);

- Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG-Anlagen);
 - Anlagen, die nach dem Umweltschutz dienenden Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht
 - unterliegen, soweit es sich nicht um WHG- oder UmweltHG-Anlagen handelt;
 - Abwasseranlagen
 - oder Teilen, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.
9. Ansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind. *) Der Ersatz von Schäden durch Kernenergie richtet sich nach dem Atomgesetz. Die Betreiber von Kernanlagen sind zur Deckungsvorsorge verpflichtet und schließen hierfür Haftpflichtversicherungen ab.

II.

Ausgeschlossen von der Versicherung bleiben:

1. Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei der Lieferung oder Herstellung von Waren, Erzeugnissen oder Arbeiten steht die Kenntnis von der Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit der Waren usw. dem Vorsatz gleich.
2. Haftpflichtansprüche
 - a) aus Schadenfällen von Angehörigen des Versicherungsnehmers, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören;
 - b) zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Versicherungsvertrages;
 - c) von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen;
 - d) von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften;
 - e) von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine;
 - f) von Liquidatoren.

Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).

Die Ausschlüsse unter b) bis f) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.

3. Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdend.
4. Haftpflichtansprüche wegen Personenschaden, der aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers entsteht, sowie Sachschaden, der durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden ist, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.
5. Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den vom Versicherungsnehmer (oder in seinem Auftrage oder für seine Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden.

II. Der Versicherungsfall (§§ 5, 6)

- **Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, Verfahren**

1. Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer zur Folge haben könnte.
2. Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer (§ 14) unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten, auch wenn er den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat.

Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs verpflichtet.

Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er außerdem unverzüglich Anzeige zu erstatten. Das gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.

3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen des Versicherers nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalls dient, sofern ihm dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Er hat den Versicherer bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumsstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadenfalls erheblichen Schriftstücke einzusenden.
4. Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat der Versicherungsnehmer die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem von dem Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat er, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.
5. Der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Bei Zuwiderhandlungen ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer nach den Umständen die Befriedigung oder Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.
6. Wenn der Versicherungsnehmer infolge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist er verpflichtet, dieses Recht auf seinen Namen vom Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Ziffer 3 bis 5 finden entsprechende Anwendung.
7. Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben.

- **Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten**

I.

Wird eine der in § 5 genannten Obliegenheiten oder eine andere im oder nach dem Versicherungsfall zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz, es sei denn, er hat die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behält der Versicherungsnehmer insoweit seinen Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

Bezweckt die verletzte Obliegenheit die Abwendung oder Minderung des Schadens, behält der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz bei grober Fahrlässigkeit insoweit, als der Umfang des Schadens auch bei Erfüllung der Obliegenheit nicht geringer gewesen wäre.

Bei vorsätzlicher Verletzung behält der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, die Interessen des Versicherers ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn den Versicherungsnehmer kein erhebliches Verschulden trifft.

II.

Wird eine Obliegenheit, die vor Eintritt des Versicherungsfalles oder zur Gefahrverhütung/-verminderung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, verletzt, hat der Versicherungsnehmer keinen Versicherungsschutz, wenn der Versicherer von seinem Recht Gebrauch macht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos zu kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht und der Versicherungsschutz bleibt bestehen, wenn die Obliegenheitsverletzung unverschuldet war. - 8 - Bezweckt die verletzte Obliegenheit allerdings die Gefahrminderung oder die Verhütung einer Gefahrerhöhung, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz dann nicht, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

III. Das Versicherungsverhältnis (§§ 7-14)

- **Versicherung für fremde Rechnung, Abtretung des Versicherungsanspruchs**

1. Soweit sich die Versicherung auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als den Versicherungsnehmer selbst erstreckt, finden alle in dem Versicherungsvertrag bezüglich des Versicherungsnehmers getroffenen Bestimmungen auch auf diese Personen sinngemäße Anwendung. Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu; dieser bleibt nebst dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
2. Ansprüche des Versicherungsnehmers selbst oder der in § 4 Ziffer II. 2 genannten Personen gegen die Versicherten sowie Ansprüche von Versicherten untereinander sind von der Versicherung ausgeschlossen.
3. Die Versicherungsansprüche können vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht übertragen werden.

- **Beitragszahlung, Beitragsregulierung, Beitragsangleichung,** Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

I.

1. Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

2. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Könnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

Hat der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

3. Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer wird ihn schriftlich zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
4. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen wurde.
5. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen hat. Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung hinzuweisen.
Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt 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 den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
6. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

II.

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Erhalt einer Aufforderung des Versicherers, welche auch durch einen der Beitragsrechnung aufgedruckten Hinweis erfolgen kann, Mitteilung darüber zu machen, ob und welche Änderung in dem versicherten Risiko gegenüber den zum Zwecke der Beitragsbemessung gemachten Angaben eingetreten ist. Diese Anzeige ist innerhalb eines Monats nach Erhalt der Aufforderung zu machen. Auf Erfordern des Versicherers sind die Angaben durch die Geschäftsbücher oder sonstige Belege nachzuweisen. Unrichtige Angaben zum Nachteil des Versicherers berechtigen diesen, eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschieds vom Versicherungsnehmer zu erheben, sofern letzterer nicht beweist, dass die unrichtigen Angaben ohne ein von ihm zu vertretendes Verschulden gemacht worden sind.
2. Auf Grund der Änderungsanzeige oder sonstiger Feststellungen wird der Beitrag entsprechend dem Zeitpunkt der Veränderung richtiggestellt. Er darf jedoch nicht geringer werden als der Mindestbeitrag, der nach dem Tarif des Versicherers z. Z. des Versicherungsabschlusses galt. Alle entsprechend § 8 Ziffer III. nach dem Versicherungsabschluss eingetretenen Erhöhungen oder Ermäßigungen des Mindestbeitrags werden berücksichtigt. Beim Fortfall eines Risikos wird der etwaige Minderbeitrag vom Eingang der Anzeige ab berechnet.

3. Unterlässt es der Versicherungsnehmer, die obige Anzeige rechtzeitig zu erstatten, so kann der Versicherer für die Zeit, für welche die Angaben zu machen waren, an Stelle der Beitragsregulierung (Ziffer II. 1) als nachzuzahlenden Beitrag einen Betrag in Höhe des für diese Zeit bereits gezahlten Beitrags verlangen. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Nachzahlung gemacht, so ist der Versicherer verpflichtet, den etwa zuviel gezahlten Betrag des Beitrags zurückzuerstatten.
4. Die vorstehenden Bestimmungen finden auch auf Versicherungen mit Beitragsvorauszahlung für mehrere Jahre Anwendung.

III.

1. Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt zum 1. Juli eines jeden Jahres, um welchen Prozentsatz sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen, welche die zum Betrieb der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zugelassenen Versicherer im vergangenen Kalenderjahr geleistet haben, gegenüber dem vorvergangenen Jahr erhöht oder vermindert hat. Den ermittelten Prozentsatz rundet er auf die nächstniedrigere, durch fünfteilbare ganze Zahl ab.

Als Schadenzahlungen gelten auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Schadenermittlung, die aufgewendet worden sind, um die Versicherungsleistungen dem Grunde und der Höhe nach festzustellen.

Als Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres gilt die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

2. Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 1 Abs. 1 Satz 2 ergebenden Prozentsatz zu verändern (Beitragsangleichung). Hat sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen des Versicherers in jedem der letzten fünf Kalenderjahre um einen geringeren Prozentsatz als denjenigen erhöht, den der Treuhänder jeweils für diese Jahre nach Ziffer 1 Abs. 1 Satz 1 ermittelt hat, so darf der Versicherer den Folgejahresbeitrag nur um den Prozentsatz erhöhen, um den sich der Durchschnitt seiner Schadenzahlungen nach seinen unternehmenseigenen Zahlen im letzten Kalenderjahr erhöht hat; diese Erhöhung darf diejenige nicht überschreiten, die sich nach dem vorstehenden Absatz ergeben würde.
3. Liegt die Veränderung nach Ziffer 1 Abs. 1 oder Ziffer 2 Abs. 2 unter 5 Prozent, so entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.
4. Die Beitragsangleichung gilt für die vom 1. Juli an fälligen Folgejahresbeiträge. Sie wird dem Versicherungsnehmer mit der Beitragsrechnung bekannt gegeben.
5. Soweit der Folgejahresbeitrag nach Lohn-, Bau- oder Umsatzsumme berechnet wird, findet keine Beitragsangleichung statt. Dies gilt nicht für Mindestbeiträge.

IV.

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

Bei vollständigem oder teilweisem Wegfall versicherter Risiken gilt:

Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.

- **Vertragsdauer, Kündigung, Betriebsübergang, Wegfall des versicherten Risikos, Doppelversicherung**

I.

1. Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
2. Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer jeweils um ein Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf dem Vertragspartner eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.
3. Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

II.

1. Erhöht sich der Beitrag auf Grund der Beitragsangleichung gemäß § 8 Ziffer III. 2, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.
2. Das Versicherungsverhältnis kann ferner gekündigt werden, wenn von dem Versicherer auf Grund eines Versicherungsfalles eine Schadenersatzzahlung geleistet oder der Haftpflichtanspruch rechtshängig geworden ist oder der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert hat.
3. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach der Schadenzahlung oder der Rechtshängigkeit des Haftpflichtanspruchs oder der Leistungsverweigerung des Versicherers zugegangen sein.
4. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird. Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
5. Wird der Vertrag gekündigt, hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
6. Bei einer Vertragsdauer von mehr als fünf Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des fünften Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

III.

1. Wird ein Unternehmen, für das eine Betriebs-Haftpflichtversicherung besteht, an einen Dritten veräußert, tritt dieser an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis ergebenden Rechte und Pflichten ein. Dies gilt auch, wenn ein Unternehmen auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.
2. Das Versicherungsverhältnis kann in diesem Falle _ durch den Versicherer dem Dritten gegenüber mit einer Frist von einem Monat, _ durch den Dritten dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden.

3. Das Kündigungsrecht erlischt,
 - wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Dritten Kenntnis erlangt;
 - wenn der Dritte es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt.
4. Erfolgt der Übergang auf den Dritten während einer laufenden Versicherungsperiode, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Dritte für den Versicherungsbeitrag dieser Periode als Gesamtschuldner.
5. Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Dritten unverzüglich anzuzeigen.

Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, diese Rechtsfolge steht außer Verhältnis zur Schwere des Verstoßes.

Der Versicherungsschutz fällt trotz Verletzung der Anzeigepflicht nicht weg, wenn dem Versicherer die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

IV.

Wenn versicherte Risiken vollständig und dauernd in Wegfall kommen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken.

V.

1. Eine Doppelversicherung liegt vor, wenn ein Interesse gegen dieselbe Gefahr in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.
 2. Wenn eine Doppelversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.
 3. Das Recht auf Aufhebung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht unverzüglich geltend macht, nachdem er von der Doppelversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung wird mit dem Ablauf der Versicherungsperiode wirksam, in der sie verlangt wird.
- **Verjährung, Klagefrist**
1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers bei der Fristberechnung nicht mit.

2. Hat der Versicherer den Versicherungsschutz abgelehnt, so besteht kein Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer diesen nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend macht. Die Frist beginnt mit dem Zugang der schriftlichen Ablehnung des Versicherers. Die Rechtsfolg der Fristversäumnis treten nur ein, wenn der Versicherer dabei auf die Notwendigkeit der fristgerecht gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen hat.

- Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

I.

1. Der Versicherungsnehmer oder sein Bevollmächtigter sind verpflichtet, dem Versicherer bei Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, insbesondere die im Versicherungsantrag gestellten Fragen ebenso zu beantworten. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Ein Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.
2. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten des Versicherungsnehmers oder von einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

II.

1. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat. Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.
2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn er die nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände oder deren unrichtige Anzeige kannte. Dasselbe gilt, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder von ihm noch von seinem Bevollmächtigten schuldhaft gemacht wurden.

Hatte der Versicherungsnehmer die gefahrerheblichen Umstände anhand schriftlicher vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, kann der Versicherer wegen einer unterbliebenen Anzeige eines Umstands, nach dem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur zurücktreten, wenn dieser Umstand entweder vom Versicherungsnehmer oder von dessen Bevollmächtigtem arglistig verschwiegen wurde.

3. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Ist der Versicherungsfall bereits eingetreten, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder auf den Eintritt des Versicherungsfalles noch auf den Umfang der Leistung Einfluss gehabt hat.

Im Fall des Rücktritts sind Versicherer und Versicherungsnehmer verpflichtet, die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist vom Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen. Der Versicherer behält aber seinen Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der im Zeitpunkt des Rücktritts abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

III.

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil eine Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers ohne Verschulden verletzt wurde, hat der Versicherer, falls für die höhere Gefahr ein höherer Beitrag angemessen ist, auf diesen Beitrag ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Anspruch. Das gleiche gilt, wenn bei Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem Versicherungsnehmer nicht bekannt war.

Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen einen höheren Beitrag nicht übernommen, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat, nachdem der Versicherer von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erlangt hat, kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

Das Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt.

IV.

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

- Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

- Gerichtsstände

1. Für Klagen, die aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer erhoben werden, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein Versicherungsagent am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsagent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung - seinen Wohnsitz hatte.
2. Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer können bei dem für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständigen Gericht erhoben werden. Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, kann der Versicherer seine Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Versicherungsnehmers zuständigen Gericht geltend machen.

- Anzeigen und Willenserklärungen

1. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben. Sie sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle gerichtet werden.
2. Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.
3. Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 2 entsprechende Anwendung.

Generali Gruppe Generali Versicherung AG
Adenauerring 7 81737 München, Germany
Generali Policennummer 212 625 1911

Bei Inanspruchnahme einer Leistung müssen YFU-Studenten die Schritte 1 & 2 innerhalb von (7) Tagen befolgen:

1. Antragsformular ausfüllen: **http://www.compassbenefits.com/yfu/generali_claim_form_0110.pdf**

2. Antragsformular an die Generali Website abschicken und wichtige Dokumente hochladen* auf folgender Seite: **<http://www.versicherungundmehr.de/schadenmeldung/english.php>**

oder

Antragsformular und wichtige Dokumente* per Email einreichen an: **yfuclaims@compassbenefits.com**

3. Sonstige Anfragen an:

a. 1 **(800) 767-0169 x 23** (innerhalb der USA gebührenfrei)

b. Generali Hotline auf Englisch: **0049 30 / 92 38 37 758** (Auslandsgespräche zahlt der Anrufer)

c. Email: **info@versicherungundmehr.de**

*Wichtige Dokumente sind unter anderem: Quittungen und Belege, Kostenvoranschläge von Reparaturen und/oder Photos.

Der Zeitrahmen für die Bearbeitung von Haftpflichtansprüchen kann je nach der Natur des Antrags von Fall zu Fall unterschiedlich sein. Die Ansprüche sind international da Generali in Europa ihren Hauptsitz hat und es kann zu Verzögerungen kommen.