

Allgemeine Informationen und Überblick zum Leistungsinhalt im Rahmen der aqua med dive card/travel card



Nachfolgend erhalten Sie einen ersten Überblick über die in der aqua med dive card enthaltenen Versicherungen. **Diese Information ist nicht abschließend.** Der vollständige Vertragsinhalt ergibt sich aus dem jeweilig vereinbarten Kartenvertrag (dort finden Sie auch die vereinbarten Versicherungssummen und die versicherte/n Person/en) und den aqua med Versicherungsbedingungen (welche

die rechtlich geltenden genauen Definitionen enthalten), die aus einem Allgemeinen Teil (AVB) und Speziellen Versicherungsbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung (AKV) und die Tauchunfallversicherung (TUV) bestehen. Für Fragen steht Ihnen der Versicherer ACE European Group Limited gern zur Verfügung.

1. Art der Versicherung: Die aqua med dive card enthält eine Auslandsreisekrankenversicherung und eine Tauchunfallversicherung. Die travel card nur eine Auslandsreisekrankenversicherung.			
2. Versichertes Risiko	Beschreibung	Leistungen	3. ausgeschlossene Risiken (Auszüge) 4. Leistungsausschlüsse und Einschränkungen (Auszüge)
Auslandsreisekrankenversicherung (AKV) für bis zu 56 Tage pro Reise			
Spezielle Leistungen für Taucher	- Druckkammertherapie - sonstige Behandlungskosten nach einem Tauchunfall im Inland	unbegrenzt max. € 15.000 (Ziff. 2.4.2 TUV)	Ausschlüsse (Ziffer 6 AVB + 3 AKV) siehe unten
Auslandsreise-Krankenversicherung gemäß Bedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung (AKV)	- Zahnbehandlung	max. € 350 (Ziff. 2.1.2.1.10 AKV)	Ausschlüsse (Ziffer 6 AVB + 3 AKV) Vorerkrankungen, Alkohol und Drogen, Vorsorgeuntersuchung, kosmetische Behandlungen, Heilpraktiker etc.
	- psychiatrische Behandlungen	max. 30 Sitzungen (ambulant) bzw. 60 Tage (stationär) (Ziff. 3.14 AKV)	
	- Kostenübernahmegarantie gegenüber dem Krankenhaus; nach Genehmigung jedoch	max. € 12.500 (Ziff. 2.1.2.2.4 AKV) unbegrenzt	
	- Such-/Rettungs- /Bergungseinsätze	max. € 10.000	
	- Standard-Überführung oder Bestattung im Ausland	max. € 7.500 (Ziff. 2.1.4 AKV)	
	- Krankentransport- und Rückholkosten	unbegrenzt	
	- sonstige Heilbehandlungskosten im Ausland	unbegrenzt	
Tauchunfallversicherung (TUV)			
Tauchunfall-Versicherung gemäß Bedingungen für die Tauch-Unfallversicherung (TUV)	Unfälle weltweit beim Sporttauchen, d.h. beim An- und Ablegen der Tauchausrüstung, beim Be- und Entladen der Tauchausrüstung, beim Ein- und Ausstieg, während des Tauchganges, während der Pausen zwischen den Tauchgängen auf dem Tauchboot, während des Befüllungsvorgangs der Tauchflaschen. Bei der dive card professional ist auch das Berufstauchen versichert.	Invaliditätsleistung € 25.000 mit 225% Progression, somit bei Vollinvalidität € 56.250 Todesfallleistung € 5.000 (Ziffer 2 UB)	Ausgeschlossene Risiken (Ziffer 1.3 und 1.4 und 4 TUV) Krankheiten und Abnutzungserscheinungen (z.B. Rückenleiden, Schlaganfälle, Herzinfarkte); freiwillig selbst zugefügte Gesundheitsschäden (auch Selbstmord). Einschränkung/Ausschlüsse (Ziffer 3 und 4 TUV) Kürzung der Leistungen, soweit die Unfallfolgen durch Krankheiten verstärkt wurden. Alkohol, Drogen, psychische Reaktionen; Tauchgänge - bei denen Bestimmungen der Unfallverhütungs-Vorschriften "Taucherarbeiten" grob fahrlässig nicht beachtet werden; - sofern die allg. anerkannten Empfehlungen, großer Tauchsportorganisationen nicht beachtet werden - bei denen andere Atemgase als Pressluft oder Nitrox benutzt werden, ohne Ausbildung hierfür. - bei denen nach explosiven Stoffen getaucht wird.
Generelle Ausschlüsse (Ziffer 6 AVB): Vorsatz, Begehung einer Straftat, verschiedene Berufsrisiken, z.B. Artist, Kampf-/Armeetaucher.			

5. Ihr Beitrag, wann Sie ihn bezahlen müssen und was passiert, wenn Sie nicht oder verspätet zahlen

Der Beitrag beträgt pro Jahr für

dive card basic	45,- €	dive card professional	139,- €
dive card family	98,- €	travel card	25,- €

- Der Beitrag ist erstmals fällig 2 Wochen nachdem Sie die dive card mit allen Vertragsunterlagen erhalten haben.
- Bitte sorgen Sie bei Lastschrifteinzug durch aqua med für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto, damit wie vereinbart abgebucht werden kann.
- Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, beginnen die Leistungen der dive card und der darin enthaltene Versicherungsschutz erst mit dem Eingang der verspäteten Zahlung - und aqua med kann vom Vertrag zurücktreten.
- Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, mahnt aqua med. Wenn Sie dann nicht innerhalb von 2 Wochen zahlen, entfallen die Leistungen der dive card und Ihr Versicherungsschutz und der dive card Vertrag ist gekündigt.

6. - 7. Obliegenheiten sind Pflichten (bei Vertragsabschluss, während der Dauer des Vertrages und im Leistungsfall), die Sie unbedingt beachten müssen, um den Versicherungsschutz nicht ganz oder teilweise zu verlieren.

8. Ihre Obliegenheiten während der Vertragslaufzeit und Folgen von Verletzungen dieser Obliegenheiten (Ziff. 10 AVB)

Änderung Ihrer Anschrift/Ihres Namens aqua med melden, damit Ihnen Briefe

rechtzeitig zugestellt werden können. Andernfalls gelten Ihnen Mitteilungen 3 Tage nach Absendung als zugegangen.

9. Ihre Obliegenheiten nach einem Versicherungsfall und Folgen von Verletzungen dieser Obliegenheiten (Ziff. 4 und 5 AVB und Spezielle Versicherungsbedingungen)

- aqua med schnellstmöglich informieren
- So schnell wie möglich einen Arzt aufsuchen und seinen Anordnungen folgen
- Ein Unfalltod ist aqua med oder ACE innerhalb von 48 Stunden melden.

Andernfalls kann dies zum vollständigen oder teilweisen Verlust des Versicherungsschutzes führen.

10. Beginn und Ende Ihres Versicherungsschutzes (Ziff. 3 AVB und 1.3 AKV)

- **Beginn:** mit Gültigkeit des Kartenvertrages mit aqua med.
- **Ende:** wenn der Kartenvertrag endet. Die Auslandsreisekrankenversicherung endet am 57. Reisetag. Ist die Rückreise vorher aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Schutz um bis zu 180 Tage.

11. Möglichkeiten einer Beendigung des Kartenvertrags mit aqua med

- Der Kartenvertrag läuft für 1 Jahr und verlängert sich jeweils automatisch um ein Jahr, wenn er nicht spätestens 2 Wochen vor Vertragsende gekündigt wird.



aqua med (Stand 01/2009)

Versicherungsbedingungen und Allgemeine Vertragsinformationen sowie Merkblatt zur Datenverarbeitung

Teil 1

Allgemeine Versicherungsbedingungen und Vertragsinformationen (AVB)

Die AVB gelten in Ergänzung zu allen anderen nachfolgend aufgeführten Speziellen Versicherungsbedingungen, die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegen.

Die versicherten Personen

1 Wer ist wo versichert?

- 1.1 Versichert sind Kunden mit einem gültigen aqua med Vertrag und bei entsprechenden Verträgen ggf. weitere versicherte Personen (z.B. Familienmitglieder).
ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland, als Versicherer erbringt die vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen. Die vereinbarten Leistungen sind in den nachfolgenden Speziellen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

2 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

- 2.1 Die versicherten Personen können Leistungen aus der Versicherung auch ohne Zustimmung von aqua med unmittelbar bei ACE geltend machen. Wir leisten direkt an die versicherte Person, bzw. sollte sie verstorben sein, an ihre Erben bzw. Bezugsberechtigten.
- 2.2 aqua med ist Versicherungsnehmer und somit Vertragspartner der ACE. Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Vertrag steht nur aqua med zu.
- 2.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

Die Versicherungsdauer

3 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

- 3.1 **Dauer des Versicherungsschutzes**
Der Versicherungsschutz besteht, solange Ihr aqua med Vertrag gültig ist. Der Versicherungsschutz für die einzelnen Leistungen kann zeitlich begrenzt sein. Bitte beachten Sie die

Angaben in den Speziellen Versicherungsbedingungen.

- 3.2 **Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen**
Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Der Versicherungsfall

4 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten? (Obliegenheiten)

- Ohne Ihre Mitwirkung können wir unsere Leistungen nicht erbringen.
- 4.1 Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Ereignis, das einen unter die Versicherung fallenden Schaden verursacht.
- 4.2 Assistenzleistungen werden von aqua med erbracht. Um bestmögliche Behandlungen und ggf. Kostenübernahmeerklärungen zu ermöglichen ist es sinnvoll, im Leistungsfall frühzeitig aqua med zu informieren.
- 4.3 Die nach einem Versicherungsfall jeweils zu beachtenden Obliegenheiten entnehmen Sie bitte 4.4 und den Speziellen Versicherungsbedingungen.
- 4.4 Grundsätzlich besteht die Verpflichtung **nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen;**
- 4.4.1 uns unverzüglich unter Angabe aller Einzelheiten von einem Umstand, der eine Leistungspflicht zur Folge haben könnte, vollständig und wahrheitsgemäß zu unterrichten;
- 4.4.2 das von uns übersandte Schadensformular wahrheitsgemäß aus zu füllen und uns unverzüglich zurückzusenden;
- 4.4.3 von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen wahrheitsgemäß erbracht werden;
- 4.4.4 uns jede zumutbare Untersuchung über Ursache und Höhe unserer Leistungspflicht zu gestatten;
- 4.4.5 unsere Weisungen zu beachten;
- 4.4.6 darauf hinzuwirken, dass die von uns zum Nachweis des Schadens angeforderten Unterlagen, insbesondere Kostenrechnungen und ärztliche Bescheinigungen, erstellt werden;

- 4.4.8 Ärzte, welche die versicherte Person (auch aus anderen Anlässen) behandelt oder untersucht haben, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden sind zu ermächtigen, alle für die Beurteilung des zu versichernden Risikos und der Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
Sie können jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt worden ist.

- 4.4.9 Versicherungsfälle durch strafbare Handlungen (z.B. Einbruchdiebstahl, Raub, vorsätzliche Sachbeschädigung, Körperverletzung) unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle anzuzeigen und sich die Anzeige bescheinigen zu lassen;
- 4.4.10 uns vom Bestehen weiterer Versicherungen, durch die Versicherungsschutz für den vorliegenden Versicherungsfall besteht, sowie von dort geltend gemachten Ansprüchen und erhaltenen Entschädigungen sowie von der Ersatzpflicht anderer Dritter zu informieren.

- 4.5 Bei den einzelnen Leistungsarten sind in den Speziellen Bedingungen zum Teil noch weitere Fristen zu beachten, bei denen es sich allerdings nicht um Obliegenheiten, sondern um Anspruchsvoraussetzungen handelt.

5 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- 5.1 Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 4 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.
- 5.2 Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vor-

- 5.3 vertraglichen Anzeigepflicht ausüben.
Wurde aqua med im Leistungsfall nicht rechtzeitig informiert, so ist aqua med nicht verantwortlich für jegliche Verspätung oder Behinderung bei der Ausführung der Leistungen.
Dies gilt auch im Zusammenhang mit:
- Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen;
 - innere Unruhen, Streik, Aufstand, Terrorismus oder andere Gewaltakte,
 - Anordnungen staatlicher Stellen;
 - Katastrophen.

6 Wann besteht kein oder eingeschränkter Versicherungsschutz? (Ausschlüsse & Einschränkungen)

- 6.1 Neben den in den Speziellen Versicherungsbedingungen aufgeführten Einschränkungen und Ausschlüssen besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz für Schäden
- 6.1.1 die vorsätzlich durch die versicherte Person herbeigeführt wurden;
- 6.1.2 die die versicherte Person durch oder während der vorsätzlichen Ausführung einer Straftat oder des vorsätzlichen Versuchs einer Straftat verursacht;
- 6.1.3 einschließlich derer Folgen sowie für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg- oder Bürgerkrieg sowie für Schäden bzw. Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA;
- 6.1.4 die durch Kernenergie verursacht wurden;
- 6.1.5 während der Ausübung folgender Berufe / Tätigkeiten:
- Artist, Stuntman, Tierbändiger,
 - im Bergbau unter Tage Tätiger,
 - Spreng- und Räumungspersonal sowie Munitionssuchtrupps,
 - Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler (auch Rennfahrer und Rennreiter)
 - Kampftaucher und sonstige Taucher der Bundeswehr oder sonstiger Armeen,
 - für oder im Auftrag eines gewerblichen Unternehmens

(z.B. Bauarbeiter, Arbeiter an Bohrinseln, im Tiefbau, zur Bergung von Personen oder Material etc.), ausgenommen Tauchschulen, durchgeführt werden

6.1.6 sowie, außer bei entsprechenden Professional-Verträgen, während der Ausübung folgender Berufe / Tätigkeiten:

- Polizeitaucher und Taucher einer Feuerwehr,
- Berufstaucher,
- Taucher im gewerblichen Such- oder Rettungseinsatz.

Versichert sind jedoch gewerbliche Taucher, wie Tauchausbilder, -lehrer, Unter-Wasser-Fotografen, Biologen oder Berufstaucher mit vergleichbaren Tätigkeiten, wenn bei Antragstellung die Art der Tätigkeit angegeben wurde.

- 6.2 Nicht versichert sind Behandlungen in Therapieeinrichtungen, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben.
- 6.3 Versicherte Leistungen der aqua med -Taucher -Unfallversicherung und der aqua med -Auslandsreise-Krankenversicherung die in beiden Deckungen enthalten sind, können nur aus einer Versicherung beglichen werden, nicht aber aus beiden Versicherungen gleichzeitig.

7 Was gilt für Ansprüche gegen Dritte

- 7.1 Kann im Versicherungsfall eine Entschädigung aus einem anderen Versicherungsvertrag (z.B. Krankenversicherung, gesetzliche Leistungen der Sozialversicherungsträger, anderer Versicherer oder Personen) beansprucht werden, geht der andere Vertrag diesem vor.
Wird der Versicherungsfall zuerst ACE gemeldet, treten wir in Vorleistung.
- 7.2 Wenn die versicherte Person als Staatsbürger und/oder Einwohner der Europäischen Union innerhalb der Europäischen Union reist, sollte sie sich vor Abreise von ihrer Krankenkasse das Formular E111 oder die Europäische Krankenversicherungskarte ausstellen lassen.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

- 8.1 Ist unsere Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Leistung binnen zwei Wochen zu erfolgen, sofern in den Speziellen Bedingungen nichts anderes festgelegt ist.
- 8.2 Unsere Verpflichtung gilt mit dem Zeitpunkt als erfüllt, an dem der Euro-Betrag bei einem europäischem Geldinstitut angewiesen ist.
- 8.3 Die Entschädigung ist seit der Fälligkeit mit 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB pro Jahr zu verzinsen, wenn wir oder eine von uns beauftragte Organisation sie nicht innerhalb eines Monats nach Fälligkeit erbringen.

9 In welcher Währung werden die Leistungen

erbracht?

Wir zahlen die Versicherungsleistung in Euro (€). Die in anderer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in € umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt, für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt, nach jeweils allerneuestem Stand; es sei denn, Sie weisen durch Bankbeleg nach, dass Sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben haben.

Weitere Bestimmungen

10 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

- 10.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an
- aqua med oder
 - die Hauptverwaltung / Direktion der ACE gerichtet werden.
- 10.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte aqua med bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

Allgemeine Vertragsinformationen

11 Informationen zum Versicherer

- 11.1 **Anschrift**
ACE European Group Limited
Direktion für Deutschland
Handelsregisternummer: HRB Frankfurt 58029
Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt am Main.
Telefon: 069 75613 0
Telefax: 069 75613 252
www.aceeurope.de
- 11.2 **Hauptsitz der Gesellschaft**
Hauptsitz der Gesellschaft ist London, United Kingdom.
Rechtsform:
Limited (Ltd.), GmbH nach englischem Recht.
- 11.3 **Gesetzlicher Vertreter**
Gesetzlicher Vertreter der ACE European Group Limited, Direktion für Deutschland, ist der Hauptbevollmächtigte Dr.

- 11.4 Dankwart von Schultendorff, Frankfurt.
Hauptgeschäftstätigkeit
Betrieb sämtlicher Sparten der Sach- und Personenversicherung (nicht aber Lebens-, substitutive Kranken- und Rechtsschutzversicherungen), Geschäft der Rückversicherung und Vertrieb von Versicherung aller Art.
- 12 Informationen zu den versicherten Leistungen**
- 12.1 Wesentliche Merkmale / Rechtsgrundlage**
- 12.1.1 Grundlage des Versicherungsvertrages zwischen aqua med und ACE sind diese Versicherungsbedingungen, in die unsere Tarifbestimmungen eingeflossen sind, der Versicherungsschein, der aqua med vorliegt, sowie das jeweils gültige Versicherungsvertragsgesetz.
- 12.1.2 Diese Versicherung versichert Sie im Ausland bei Unfällen und Krankheit, und/oder, je nach Vertrag, gegen Tauchunfälle mit den vereinbarten und in den Speziellen Versicherungsbedingungen definierten Leistungen, die gemäß Ziffer 8 fällig werden. ACE als Versicherer erbringt die mit aqua med vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen.
- 12.2 Gültigkeitsdauer**
Diese Versicherungsbedingungen können von uns jederzeit geändert werden.
- 12.3 Welches Recht findet Anwendung?**
Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
- 12.4 Welches Gericht ist zuständig?**
- 12.4.1 Der Gerichtsstand für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ACE ist Frankfurt am Main. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- 12.4.2 Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung. Liegt Ihr Wohnsitz, Sitz oder Ihre Niederlassung in einem Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, ist der Gerichtsstand wiederum Frankfurt am Main.
- 13 Beschwerdemöglichkeiten**
- 13.1 Ombudsmann**
ACE ist Mitglied im Verein Versicherungs-Ombudsmann e.V. Sie können damit – außer für die Auslands-Krankenversicherung - das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.
Der Versicherungs-Ombudsmann kann Beschwerden bis zu einem Streitwert von z.Zt. € 80.000,- behandeln.

- Wir verpflichten uns, bei Entscheidungen bis zu einer Höhe von € 5.000,- auf die Anrufung eines Gerichts zu verzichten und den Schlichterspruch des Ombudsmannes anzuerkennen.
Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt für Sie hiervon unberührt.
Der Versicherungs-Ombudsmann ist zu erreichen unter beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Postfach 080632, 10006 Berlin.
- 13.2 Aufsichtsbehörde**
- 13.2.1 Zuständige Aufsichtsbehörde**
ACE European Group Ltd. unterliegt der Aufsicht der Financial Services Authority (FSA), 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, www.fsa.gov.uk.
Die Direktion für Deutschland unterliegt zusätzlich der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. www.bafin.de. Tel: 0228 41080.
- 13.2.2 Beschwerderecht**
Sie können Beschwerden auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht unter den oben angegebenen Kontaktdaten richten.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

14 Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.
Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

15 Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung

des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch ihren jederzeit möglichen Widerruf.
Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

16 Schweigepflichtentbindungserklärung

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

16.1 Datenspeicherung bei Ihrem Versichere

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

16.2 Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

16.3 Datenübermittlung an andere Versichere

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und

die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

16.4 **Zentrale Hinweissysteme**

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen zentrale Hinweissysteme, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

Beispiel Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Versicherungsfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentlicher Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

16.5 **Datenverarbeitung durch aqua med**

aqua med verarbeitet und nutzt Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen dieses Vertrages. Als medizinisches Unternehmen, unterliegen Mitarbeiter und Ärzte von aqua med der ärztlichen Schweigepflicht gem. §203 StGB. Daher werden ausschließlich nur solche personenbezogenen Daten an die ACE weitergeleitet, die für die Vertragsverwaltung und Leistungsfallbearbeitung erforderlich sind.

Es werden ausdrücklich keine gesundheitsbezogene Daten weitergeleitet, insbesondere nicht, wenn diese im Vorfeld bei aqua med, z.B. im Rahmen der medizinischen Notfallakte hinterlegt wurden. aqua med ist gesetzlich und vertraglich ver-

pflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. ärztliches Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

17 **Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte**

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

Spezielle Versicherungsbedingungen (Teil 2 – 3)

Die folgenden Speziellen Versicherungsbedingungen gehen den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) vor.

Teil 2

Bedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung (AKV)

Die AKV gelten für die Krankenversicherung und Assistenzleistungen bei Unfall/Verletzung, Krankheit und Tod sowie bei anderen Notfällen im Ausland.

Sie gelten nur in Zusammenhang mit den AVB.

1 **Was ist wann und wo versichert?**

1.1 Gegenstand der Versicherung ist die Erstattung von Kosten, die der versicherten Person während einer Reise im Ausland entstehen, sofern ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer, gesetzliche Krankenversicherung)

- nicht zur Leistung verpflichtet ist oder
- seine Leistungspflicht bestreitet oder
- seine Leistung erbracht hat, diese aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht hat.

1.2 Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, indem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat.

1.3 Der Versicherungsschutz gilt für Auslandsreisen mit einer Dauer bis zu 56 aufeinanderfolgenden Tagen. Dauert die Auslandsreise länger, erlischt der Versicherungsschutz ab dem 57.

Tag automatisch.

Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht um längstens 180 Tage.

2 **Welche Leistungen sind versichert?**

2.1 **Krankheit / Unfall / Verletzung / Tod**

2.1.1 **Versicherungsumfang**

2.1.1.1 Versicherungsschutz besteht bei Eintritt eines medizinischen Notfalls, d.h., einer erlittenen körperlichen Verletzung oder einer plötzlich und unvorhergesehenen Erkrankung der versicherten Person während der Auslandsreise, die eine sofortige stationäre oder ambulante Behandlung durch einen anerkannten Arzt erforderlich macht und die nicht bis zu ihrer Rückreise in ihr Heimatland aufgeschoben werden kann. Auf die Auschlüsse in Ziffer 3 weisen wir hin.

2.1.1.2 Schwangerschaft Als Versicherungsfall gelten auch Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft bei einer unvorhergesehenen akut eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Mutter oder des ungeborenen Kindes.

2.1.1.3 Wir leisten im vertraglichen Umfang für ärztliche Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und ärztlich verordnete Arzneimittel, die

- von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind;
- sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend wie die Schulmedizin bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden und Arzneimittel angefallen wäre;
- im Gastland dem allgemein üblichen Krankenversicherungs-Standard entsprechen (ist Deutschland das Gastland bei ambulanten Behandlungen Kosten entsprechend der Gebührenordnung für Ärzte; im Krankenhaus Mehrbettzimmer ohne Wahlleistungen; kein Privatarzt).

2.1.1.4 Der Versicherungsfall beginnt mit der Gesundheitsschädigung und endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

2.1.2 **Versicherte Leistungen**

Erkrankt die versicherte Person oder erleidet sie einen Unfall, werden folgende Leistungen erbracht.

2.1.2.1 **Heilbehandlungskosten**

2.1.2.1.1 Erstattung der Kosten für medizinisch sinnvolle Heilbehandlung infolge Krankheit oder Unfall/Verletzung. Als Heilbehandlung

- im Sinne dieser Bedingung gelten:
- 2.1.2.1.2** ärztliche Diagnostik und Behandlung
- 2.1.2.1.3** ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, Nähr-, Stärkungs- sowie kosmetische Präparate.
- 2.1.2.1.4** ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- 2.1.2.1.5** ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden und der Behandlung der Unfallfolgen dienen;
- 2.1.2.1.6** Röntgendiagnostik;
- 2.1.2.1.7** stationäre Behandlung, sofern diese in einer Anstalt erfolgt, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt, nach im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeitet und Krankengeschichten führt;
- 2.1.2.1.8** Transporte zum für die Behandlung geeigneten nächst erreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
- 2.1.2.1.9** Operationen;
- 2.1.2.1.10** schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung (in Deutschland bis zum 1,7fachen Satz der GOZ bzw. GOÄ) sowie, bei Beschädigung von Zahnersatz, Maßnahmen zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit und zum Schutz und zur Erhaltung der verbleibenden Zahnschubstanz;
- 2.1.2.1.11** Im Falle eines Tauchunfalls werden, soweit medizinisch erforderlich, die Kosten für eine Druckkammer-Heilbehandlung, sowie die Kosten für den durch eine Druckkammer-Therapie notwendigen verlängerten Hotelaufenthalt übernommen.
- 2.1.2.2 Krankenhausaufenthalt**
- 2.1.2.2.1** Kontaktherstellung zwischen dem behandelnden und dem Hausarzt sowie Übermittlung von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten;
- 2.1.2.2.2** Information der Angehörigen sofern gewünscht;
- 2.1.2.2.3** Vermittlung eines spezialisierten Arztes mit einer eventuellen Konsultation am Krankenbett, sofern medizinisch notwendig;
- 2.1.2.2.4** Kostenübernahmegarantie gegenüber dem Krankenhaus (siehe Ziffer 2.12.1.7), begrenzt auf die vereinbarte Summe; bei schwerem Unfall, unerwartet schwerer Erkrankung oder falls Ihr Krankenhausaufenthalt länger als 10 Tage dauert: Übernahme der Fahrt- bzw. Flugkosten (Economy Class) für eine einmalige Reise einer der versicherten Person nahestehenden Person zum Krankenhaus und zurück. Die Kosten des Aufenthaltes werden nicht übernommen.
- 2.1.2.3 Krankentransporte**
- 2.1.2.3.1** Organisation
- der unter Ziffer 2.1.2.3.2 genannten Krankentransporte mit medizinisch geeigneten Transportmitteln;
 - der Begleitung einer der versicherten Person nahestehenden Person, soweit technisch durchführbar.
- 2.1.2.3.2** Kostenübernahme bis zur vereinbarten Summe für medizinisch sinnvolle Transporte der versicherten Person mit einem medizinisch geeigneten Transportmittel (Ambulanzfahrzeug oder Luftfahrzeug), wenn notwendig auch unter normobaren Bedingungen. Die Entscheidung, ob die versicherte Person zu Lande oder in einem Luftfahrzeug transportiert wird, übernimmt aqua med in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt. **Versichert** sind:
- Transporte zum für die Behandlung geeigneten nächst erreichbaren Arzt, Krankenhaus, Spezialklinik, Behandlungszentrum oder Druckkammer und zurück;
 - Rücktransporte zu dem Wohnsitz der versicherten Person nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, sobald der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist sowie eventuelle hierfür erforderliche Verlegungstransporte.
- 2.1.3 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze**
- 2.1.3.1** Organisation von Suchaktionen nach und Rettung/Bergung von Verletzten, soweit diese nicht von örtlichen Behörden oder anderen Hilfsorganisationen übernommen werden.
- 2.1.3.2** Kostenübernahme bis zur vereinbarten Summe für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
- 2.1.4 Tod**
- Stirbt die versicherte Person während der Laufzeit des Vertrages auf einer Reise, werden alternativ folgende Leistungen erbracht:
- 2.1.4.1 Überführung**
Organisation und Kostenübernahme der Überführung des Toten zum Heimatort;
- 2.1.4.2 Bestattung**
Organisation und Kostenübernahme der Bestattung im Ausland.
- 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
- Neben den in Ziffer 3 der AVB genannten Ausschlüssen besteht kein Versicherungsschutz für:
- 3.1** Krankheiten einschließlich ihrer Folgen, die vor Reiseantritt bereits diagnostiziert (einschließlich Verdachtsdiagnosen) oder der versicherten Person bekannt waren, sowie Unfälle, die sich vor Reiseantritt ereigneten und deren Folgen. Abweichend hiervon besteht Leistungspflicht für Behandlungen zur Beseitigung akut gesundheitsverschlechternder Zustände, die unvorhersehbar während der Reise aufgetreten sind.
- 3.2** Schäden, die von der versicherten Person mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar waren;
- 3.3** Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
- 3.4** vorhersehbare oder geplante Schwangerschaftsuntersuchungen, Entbindungen und Schwangerschaftsabbrüche sowie deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen sowie Behandlung wegen Fehl- und Frühgeburten;
- 3.5** Schäden, die auf Ursachen zurückzuführen sind, die der versicherten Person vor Beginn des Auslandsaufenthaltes bekannt sind;
- 3.6** eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- 3.7** Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- 3.8** ambulante Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn sich die versicherte Person in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten hat;
- 3.9** Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- 3.10** Alkohol-, Drogen- oder Lösungsmittel-Missbrauch oder für Versicherungsfälle, infolge Alkohol- oder Drogeneinwirkung (außer für die Leistungen in Ziffer 2.1.4);
- 3.11** Schwangerschaftsunterbrechungen, sofern diese nicht medizinisch indiziert waren;
- 3.12** Untersuchungen oder Behandlungen wegen Störungen oder Schäden der Fortpflanzungsorgane, außer bei unfallbedingten Behandlungen
- 3.13** Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder sowie durch die Gastfamilie, in der eine versicherte Person lebt. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet;
- 3.14** psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen. Versichert ist jedoch die psychiatrische Behandlung bei psychiatrischen Akuterkrankungen;
- 3.15** Hilfsmittel (z.B. Brillen, Einlagen, Stützstrümpfe usw. sowie sanitäre Bedarfsartikel wie Bestrahlungsanlagen und Fieberthermometer),
- 3.16** Bescheinigungen, Gutachten und Untersuchungen zur Erlangung einer Aufenthaltsgenehmigung;
- 3.17** Vorsorge- Routine- und Kontrolluntersuchungen (z.B. Krebsvorsorge, Schutzimpfungen, Laborscreening, Allergietests);
- 3.18** kosmetische Behandlungen (z.B. auch Akne, Haarausfall, Muttermal- und Warzentfernung);
- 3.19** Zahnersatz, Stiftzähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlungen;
- 3.20** Computertomographie, Kernspintomographie und Szintigraphie, außer nach Genehmigung des Versicherers bzw. aqua med;
- 3.21** Krankengymnastik außer nach Unfällen;
- 3.22** Behandlung durch Heilpraktiker;

- 3.23** Aufwendungen, die durch weder im Heimatland noch im Aufenthaltsort wissenschaftlich allgemein anerkannten Behandlungsmethoden und Arzneimittel entstehen;
- 3.24** Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, die das medizinisch sinnvolle Maß übersteigen. In diesem Fall können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- 4 Was gilt für die Erbringung von Versicherungsleistungen?**
- 4.1 Finanzielle Leistungen**
- 4.1.1** Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn
- die Rechnungs-Urschriften (Originale) oder
 - Kopien mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen vorgelegt und die geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen erbracht sind. Diese werden unser Eigentum.
- 4.1.2** Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten. Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen. Leistung oder deren Ablehnung durch andere Versicherungsträger sind gemäß Ziffer 4.1 nachzuweisen.
- 4.1.3** Die Erstattung der aufgewendeten Kosten erfolgt nach Abzug von erzielten Einsparungen, Erstattungen etc.
- 4.1.4** Wir sind berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten.
- 4.1.5** Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- 4.1.6** Leistungen von Dritten werden gemäß Ziffer 7 der AVB von Leistungen aus diesem Vertrag abgezogen.
- 5 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten? (Obliegenheiten)**
- 5.1 Neben den Obliegenheiten in Ziffer 4 der AVB hat die versicherte Person**
- 5.1.1** jede Krankenhausbehandlung binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen;
- 5.1.2** den Anspruch auf Versicherungsleistung bei uns schriftlich geltend zu machen;
- 5.1.3** sich auf Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen;
- 5.1.4** im Falle von Diebstahl, Raub oder Verlust von Reisezahlungsmitteln und Reisedokumenten der jeweils zuständigen Behörde Meldung zu erstatten.
- 5.2 Folgen von Obliegenheitsverletzungen.**

Die Folgen von Obliegenheitsverletzungen entnehmen Sie bitte Ziffer 5 der AVB.

Teil 3

Bedingungen für die Taucher-Unfallversicherung (TUV) - sofern vereinbart -

Die UB Taucherversicherung gelten nur in Zusammenhang mit den AVB.

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

- 1.1** Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
- 1.2** Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt und gilt nur für Unfälle
- 1.2.1** im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Sporttauchen, das heißt
- beim An- und Ablegen der Tauchausrüstung,
 - auf dem direkten Weg von der Tauchbasis bzw. dem Platz, an dem die Tauchausrüstung aufbewahrt wird bis zum Tauchestieg, bzw. Einstieg in das Transportmittel, das den Taucher zum Tauchplatz bringt, und zurück,
 - beim Be- und Entladen der Tauchausrüstung unmittelbar vor oder nach einem Tauchgang in oder aus dem Transportmittel,
 - beim Ein- und Ausstieg in oder aus dem Transportmittel unmittelbar vor oder nach einem Tauchgang,
 - während des Tauchganges in allen Gewässern, während der Dauer der Pausen zwischen zwei Tauchgängen auf dem Tauchboot,
 - während des Befüllungsvorgangs der Tauchflaschen und - sofern vereinbart - während der Ausübung des Berufes als Taucher einschließlich des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. durch Einkauf, Besuch von Wirtshäusern zu Privat Zwecken) unterbrochen wird.. Berufsunfälle sind solche, die als Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches VII als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststelle maßgebend.
- 1.2.2** Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

- 1.4** Als Unfall gilt auch,
- 1.4.1** wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
- ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
- 1.4.2** sowie
- Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser,
 - tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Dekompressionskrankheit, Barotrauma) ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann,
- 1.4.3** sowie das Einatmen von versehentlich falsch zusammengestellten Gasgemischen in einer Tauchflasche.
- 1.5** Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (nachfolgende Ziffer 2.3), nicht versicherbare Berufe (Ziffer 6.1.5 der AVB), die Ausschlüsse (nachfolgende Ziffer 4) sowie die Reduzierung der Versicherungssummen ab dem 70. Lebensjahr (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.
- 2 Welche Leistungsarten sind vereinbart?**
- Die vereinbarten Leistungsarten werden im Folgenden beschrieben. Die vereinbarten Versicherungssummen ergeben sich aus den bei Vertragsabschluss oder –verlängerung veröffentlichten Dokumenten
- 2.1 Invaliditätsleistung**
- 2.1.1** Voraussetzungen für die Leistung:
- 2.1.1.1** Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität ist
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
 - innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns unter Vorlage eines Arztattestes geltend gemacht worden.
- 2.1.1.2** Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 2.1.2 Art und Höhe der Leistung:**
- 2.1.2.1** Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- 2.1.2.2** Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 2.1.2.2.1** Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70%
Hand	70%
Daumen	25%
Zeigefinger	15%
anderer Finger	10%
Bein	
über der Mitte des Oberschenkels	80%
bis zur Mitte des Oberschenkels	70%
bis unterhalb des Knies	60%
bis zur Mitte des Unterschenkels	55%
Fuß	50%
große Zehe	10%
andere Zehe	5%
Auge	60%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen	
Auges vor dem Unfall bereits verloren war	100%
Gehör auf einem Ohr	35%
sofern jedoch das Gehör des anderen	
Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	100%
Gehör auf beiden Ohren	100%
Geruchssinn	10%
Geschmackssinn	10%
Stimme	100%

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

- 2.1.2.2.2** Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 2.1.2.2.3** Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.
- 2.1.2.2.4** Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 2.1.2.2.5** Progressive Invaliditätsstaffel 225 Prozent
Ergebnis ergibt sich ein Invaliditätsgrad von
- bis zu 25 Prozent, erfolgt keine Erhöhung der Versiche-

- rungsleistung;
 - 26 bis 50 Prozent, wird jeder Prozentpunkt, der 25 übersteigt, verdoppelt;
 - über 50 Prozent, wird zusätzlich jeder Prozentpunkt, der 50 übersteigt, verdreifacht
- Auf die Höhe der Invaliditätsleistung wirkt sich diese Ergänzung im Einzelnen wie folgt aus:

Unfallbed.	Leistung	Unfallbed.	Leistung	Unfallbed.	Leistung	
Inv.-Grad	aus der	Inv.-Grad	aus der	Inv.-Grad	aus der	
	VS		VS		VS	
	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
	26	27	51	78	76	153
	27	29	52	81	77	156
	28	31	53	84	78	159
	29	33	54	87	79	162
	30	35	55	90	80	165
	31	37	56	93	81	168
	32	39	57	96	82	171
	33	41	58	99	83	174
	34	43	59	102	84	177
	35	45	60	105	85	180
	36	47	61	108	86	183
	37	49	62	111	87	186
	38	51	63	114	88	189
	39	53	64	117	89	192
	40	55	65	120	90	195
	41	57	66	123	91	198
	42	59	67	126	92	201

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

- 2.2 Todesfall-Leistung**
- 2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.
Auf die besonderen Pflichten nach nachfolgender Ziffer 6.1.3 weisen wir hin.
- 2.2.2 Höhe der Leistung:**
Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
- 2.3 Bergungskosten**
- 2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
2.3.1.1 Die versicherte Person hat einen Unfall erlitten oder ihr drohte ein Unfall oder ein Unfall war nach den konkreten Umständen zu vermuten.
Der versicherten Person sind notwendige Kosten für ihre Rettung, Bergung, oder die Suche nach ihr entstanden.
- 2.3.1.2** Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer)
- ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
 - bestreitet seine Leistungspflicht oder
 - hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.
- 2.3.1.3** Ihren Mehraufwand wegen Ihrer Verletzung bei der Rückkehr zu Ihrem Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- 2.3.1.4** Bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und Ihrer Mitreisenden Lebenspartner.
- 2.3.1.5** Bei einem unfallbedingten Todesfall die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- 2.3.2 Art und Höhe der Leistung:**
- 2.3.2.1** Wir ersetzen Kosten bis zur vereinbarten Höhe für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden; den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik bzw. zu einem geeigneten Behandlungszentrum;
- 2.3.2.2** Verlegungstransporte von Krankenhaus zu Krankenhaus, z.B. zum Krankenhaus in der Nähe des Heimortes oder zu einem geeigneten Behandlungszentrum.
- 2.3.2.3**
- 2.4 Behandlungskosten**
- 2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:**
- 2.4.1.1** Sie müssen infolge eines Tauchunfalls medizinisch behandelt werden.
- 2.4.1.2 Ein Dritter (z.B. ein anderer Versicherer)**
- ist nicht zur Leistung verpflichtet oder
 - bestreitet seine Leistungspflicht oder
 - hat seine Leistung erbracht, diese hat aber zur Beglei-

- chung der Kosten nicht ausgereicht
- 2.4.2 Art der Leistung**
Wir ersetzen die Kosten für die Therapie einer tauchunfallbedingten erforderlichen medizinischen Behandlung, einschließlich der Kosten einer Druckkammerbehandlung im Inland sowie im Ausland.
Ausgeschlossen sind von der Kostenerstattung solche Fälle, in denen allgemein empfohlene Richtlinien für das Auftauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder grob fahrlässig missachtet wurden (z.B. Tauchgang in alkoholisiertem Zustand).
- 2.4.3 Höhe der Leistung:**
2.4.3.1 Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf die bei Vertragsabschluss oder -verlängerung veröffentlichten Summen begrenzt.
2.4.3.2 Bestehen für Sie bei ACE mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Druckkammerkosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?**
Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
– im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
– im Todesfall die Leistung
entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.
- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**
Neben den Ausschlüssen in Ziffer 6 der AVB gelten folgende Ausschlüsse:
4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle
4.1.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
4.1.2 Unfälle bei folgenden Tauchgängen:
4.1.2.1 Tauchgänge, bei denen die Empfehlungen international allgemein anerkannter Verbände für das Freizeittauchen oder Bestimmungen der Unfallverhütungs-Vorschriften "Taucherarbeiten" der Berufsgenossenschaft vorsätzlich oder grob fahrlässig

- nicht beachtet werden;
4.1.2.2 sofern die allgemein anerkannten Empfehlungen nicht beachtet werden bei Höhlen-, Wrack- und Eistauchen;
4.1.2.3 Tauchgänge, bei denen andere Atemgase als Pressluft oder mit Sauerstoff angereicherte Luft (Nitrox) benutzt werden, sofern der Taucher hierfür keine nachweisbare Ausbildung besitzt und der Tauchgang nicht der Ausbildung zum Tauchen mit Gasgemischen diene.
Versichert ist jedoch auch ohne entsprechende Zusatzausbildung die Dekompression mit Reinsauerstoff bis in maximal 6 Meter Wassertiefe.
4.1.2.4 Tauchgänge, bei denen nach explosiblen Stoffen getaucht wird.
4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:
4.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 oder 1.4 die überwiegende Ursache ist.
4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.
4.2.3 Infektionen.
4.2.3.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie
– durch Insektenstiche oder -bisse oder
– durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
4.2.3.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für
– Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
– Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.3.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.
4.2.4 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
4.2.5 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
- 5 Wie reduzieren sich die Versicherungssummen bei Erreichen des 70. Lebensjahres?**
Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz mit den vereinbarten Versicherungssummen. Danach setzt sich der Vertrag automatisch mit um 50 Prozent reduzierten Versicherungssummen fort.
- Der Versicherungsfall**
- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?**
6.1 Neben den Obliegenheiten in Ziffer 4 der AVB bestehen folgende Obliegenheiten:

- 6.1.1** Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich
– einen Arzt hinzuziehen,
– seine Anordnungen befolgen und
– uns unterrichten.
- 6.1.2** Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles tragen wir.
- 6.1.3** Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden ab Kenntnisnahme zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war. Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 6.2** Bei den einzelnen Leistungsarten sind zum Teil noch weitere Fristen zu beachten, bei denen es sich allerdings nicht um Obliegenheiten, sondern um Anspruchsvoraussetzungen handelt.
- 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?**
Die Folgen von Obliegenheitsverletzungen entnehmen Sie bitte Ziffer 5 der AVB.
- 8 Wann sind die Leistungen fällig?**
8.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
– Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,
– beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist;
Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir
8.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.
8.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.
8.4 Neubemessung der Invalidität
Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.
8.4.1 Dieses Recht muss
8.4.2
– von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere

- Leistungspflicht nach Ziffer 8.1,
– von Ihnen vor Ablauf der in 8.4.1 genannten Frist ausgeübt werden.

8.4.3 Um Ihr Recht auf Neubemessung der Invalidität gemäß Ziffer 8.4.1 fristgemäß gemäß Ziffer 8.4.2 durchführen zu können, müssen Sie uns die Möglichkeit geben, einen Arzt rechtzeitig vor Ablauf der in 8.4.1 genannten Frist mit der Untersuchung der versicherten Person zu beauftragen. Ihre Erklärung, das Recht ausüben zu wollen, sollte uns daher möglichst drei Monate nach unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1, muss uns aber spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist nach Ziffer 8.4.2 vorliegen.

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