



Einzelunfallversicherung Formel 24/24



**L'Ardenne
Prévoyante**

Mit dem Willen und dem Wesen anders zu sein.

INHALTSVERZEICHNIS

KAPITEL I: GEGENSTAND UND UMFANG DER VERSICHERUNG

ARTIKEL 1: GEGENSTAND DES VERTRAGS
ARTIKEL 2: GELTUNGSBEREICH
ARTIKEL 3: VERSICHERUNGSSCHUTZ BEI SPORTUNFÄLLEN
ARTIKEL 4: FLUGVERKEHR
ARTIKEL 5: FAHREN EINES MOTORRADS
ARTIKEL 6: AUSSCHLÜSSE

KAPITEL II: DIE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

ARTIKEL 7: MEDIZINISCHE KOSTEN
ARTIKEL 8: VORÜBERGEHENE ERWERBSUNFÄHIGKEIT
ARTIKEL 9: DAUERHAFTER ERWERBSUNFÄHIGKEIT
ARTIKEL 10: TODESFALL
ARTIKEL 11: INDEXIERUNG

KAPITEL III: VERWALTUNG UND GÜLTIGKEIT DES VERTRAGS

ARTIKEL 12: BESCHREIBUNG DES RISIKOS
ARTIKEL 13: DIE PRÄMIE

KAPITEL IV: SCHADENSFÄLLE

ARTIKEL 14: IM SCHADENSFALL
ARTIKEL 15: BEDINGUNGEN FÜR DIE ENTSCHÄDIGUNG
ARTIKEL 16: FRÜHERER ZUSTAND
ARTIKEL 17: DIE ANFECHTUNG DER ÄRZTLICHEN ANWEISUNG
ARTIKEL 18: NICHT-EINHALTUNG DER VERPFLICHTUNGEN IM SCHADENSFALL
ARTIKEL 19: RECHTSMITTEL GEGEN DRITTE

KAPITEL V: DIE GÜLTIGKEIT DES VERTRAGS

ARTIKEL 20: INKRAFTTRETEN
ARTIKEL 21: DAUER DER VERSICHERUNG
ARTIKEL 24: FORMEN UND WIRKSAMWERDEN DER KÜNDIGUNG
ARTIKEL 23: ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND/ODER DER PRÄMIEN
ARTIKEL 22: ALTERSGRENZE

KAPITEL VI: Mit Blick auf Terrorismus anwendbare Bestimmungen

KAPITEL VII: PRIVATLEBEN

GLOSSAR



KAPITEL I: GEGENSTAND UND UMFANG DER VERSICHERUNG

ARTIKEL 1: GEGENSTAND DES VERTRAGS

Verunglücken die in den besonderen Bedingungen bezeichneten Personen, die aufgrund ihrer Situation im Unternehmen nicht den Vorschriften des Gesetzes über Arbeitsunfälle unterstellt sind, garantiert die Versicherung die Zahlung der in diesem Vertrag vorgesehenen Entschädigungsleistungen.

Diese Versicherung ersetzt den Unfallopfern im Falle des Todes, der dauerhaften oder der vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit die medizinischen Kosten, unabhängig davon, ob der Unfall sich für die in den besonderen Bedingungen beschriebenen Tätigkeiten im Rahmen des Berufslebens oder im Privatleben ereignet.

Es besteht Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass der Begünstigte der Entschädigungsleistung auf jedes zivilrechtliche Haftungsverfahren gegen den Versicherten verzichtet.

Die Entschädigung basiert auf der vertraglichen Vergütung, die in den besonderen Bedingungen angegeben ist.

ARTIKEL 2: GELTUNGSBEREICH

Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die sich weltweit ereignen, sofern der Versicherte seinen gewöhnlichen Wohnort in Belgien hat.

ARTIKEL 3: VERSICHERUNGSSCHUTZ BEI SPORTUNFÄLLEN

Es besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die sich bei der Ausübung aller Sportarten als Amateur ereignen; davon ausgenommen sind Unfälle, die sich aus folgenden Aktivitäten ergeben:

- Alle Motorsportarten im Wettbewerb oder beim Training;
- Die Teilnahme an einem Radsport-, Wintersport-, Kampfsport- oder Verteidigungssportwettkampf oder einem Training oder einem Versuch im Hinblick auf einen solchen Wettkampf;
- Kampfsport- und Verteidigungssportarten, mit Ausnahme folgender Sportarten: Judo, Aikido, Tai-chi-chuan, Fechten;
- Canyoning;

- Flugsport- oder Luftsportarten wie Fallschirmspringen, Segelfliegen, ULM, Drachenfliegen, Ballonfahren, Bungee Jumping, Gleitschirmfliegen.

Für professionell ausgeübte Sportarten gleichwelcher Art besteht kein Versicherungsschutz.

ARTIKEL 4: FLUGVERKEHR

Unbeschadet der Bestimmungen des Artikels 3 besteht auch Versicherungsschutz während der Nutzung eines Flugverkehrsmittels als Pilot oder als Passagier, **mit Ausnahme:**

- der Steuerung eines Flugverkehrsmittels, wenn Sie nicht über eine Erfahrung als Flugzeugkapitän von mindestens 100 Flugstunden verfügen;
- der Nutzung eines Flugverkehrsmittels anlässlich von Wettbewerben, Ausstellungen, Geschwindigkeitsprüfungen, Expeditionen, Übungsflügen, Rekorden oder Rekordversuchen, Testflügen im Hinblick auf die Erlangung einer Lizenz;
- der Nutzung eines Flugverkehrsmittels, wenn es sich dabei um einen Prototypen oder um ein Militärflugzeug handelt, das kein Transportflugzeug ist.

ARTIKEL 5: FAHREN EINES MOTORRADS - QUADS

Sofern nichts anderes vereinbart ist, werden Unfälle, die sich aus dem Fahren eines Motorrads oder Quads ergeben, welches Eigentum des Versicherten ist oder gewöhnlich von diesem gefahren wird, wie folgt geregelt:

- für den Versicherungsschutz „medizinische Kosten“ ist die Versicherungsleistung auf 50 % der verauslagten Kosten und auf 50 % des im Vertrag angegebenen Höchstbetrags beschränkt;
- für den Versicherungsschutz „vorübergehende Erwerbsunfähigkeit“, „dauerhafte Erwerbsunfähigkeit“ und „Todesfall“ wird die Versicherungsleistung auf der Basis von 50 % der Versicherungssumme errechnet.

Der vereinbarte Selbstbehalt für medizinische Kosten sowie die vereinbarte Karenzzeit* bleiben unverändert.

Unter Motorrad versteht man jedes Fahrzeug mit zwei oder drei Rädern oder ein Quad, das mit einem Motor von mindestens 50 cc ausgestattet ist und schneller fährt als 40 km/h.

ARTIKEL 6: AUSSCHLÜSSE

Ausgeschlossen sind Unfälle, die sich ergeben aus:



- *Alkoholvergiftung, dem Zustand der Trunkenheit oder der Einnahme von Drogen oder anderen Betäubungsmitteln;*
- *Einer Geistesstörung;*
- *Einer Naturkatastrophe in Belgien;*
- *Der Teilnahme an Wetten, Herausforderungen oder bekanntermaßen waghalsigen oder gefährlichen Handlungen;*
- *Eine vorsätzliche Handlung von Ihnen oder vom Begünstigten;*
- *radioaktiven, toxischen, explosiven oder gefährlichen Eigenschaften von Kernbrennstoffen, radioaktiven Produkten oder Abfällen;*
- *Krieg oder Handlungen derselben Art und aus Bürgerkrieg.*

Für Unfälle aufgrund eines Krieges oder von Handlungen derselben Art und aufgrund eines Bürgerkrieges besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn das Opfer im Ausland vom Ausbruch der Feindseligkeiten überrascht wird und dort innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Feindseligkeiten Opfer eines Unfalls wird. Diese Frist kann bis zu dem Zeitpunkt verlängert werden, in dem das Opfer über die nötigen Mittel verfügt, um das Gebiet zu verlassen. Auf keinen Fall besteht Versicherungsschutz, wenn das Opfer sich aktiv an diesen Feindseligkeiten beteiligt hat.

Sind ebenfalls ausgeschlossen:

- Die Verletzungen und Verletzungsfolgen, die von Operationen oder Behandlungen herrühren, die der Versicherte an sich selbst vornimmt, außer wenn der Versicherte oder seine Rechtsnachfolger nachweisen, dass es dabei darum geht, die Folgen eines gedeckten Unfalls abzumildern, weil es dem Versicherten unmöglich ist, rechtzeitig die angemessene Behandlung zu erhalten;
- Ein Selbstmord oder Selbstmordversuch und seine Folgen.

Krankheiten, einschließlich Berufskrankheiten, können weder als solche noch im Hinblick auf ihre Folgen als Unfälle angesehen werden.

KAPITEL II: DIE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

ARTIKEL 7: MEDIZINISCHE KOSTEN

Die Gesellschaft erstattet die Kosten der notwendigen medizinischen Behandlung, die von einem Arzt erbracht oder verschrieben werden, der über eine gesetzliche Erlaubnis zur

Ausübung seines Berufs verfügt. Krankenhauskosten und Kosten für ästhetische Chirurgie werden ebenfalls erstattet.

Diese Kosten werden entweder bis zur Genesung oder bis zur Konsolidierung des Versicherten übernommen, wenn der Versicherte aufgrund des Unfalls dauerhaft erwerbsunfähig ist.

Der Versicherte hat Anspruch auf die Erstattung der Reparatur- oder Ersatzkosten für vorhandene prothetische oder orthopädische Vorrichtungen, die bei dem Unfall beschädigt wurden, selbst wenn der Unfall zu keinen Verletzungen geführt hat. Der Versicherte hat ebenfalls Anspruch auf die einmalige Erstattung des Kaufpreises neuer prothetischer oder orthopädischer Geräte, die medizinisch notwendig sind.

Die Erstattung ist jedoch auf den Betrag beschränkt, der in den Richtlinien des Arbeitsunfallfonds festgelegt oder andernfalls nach dem Tarif der Krankheits- und Invaliditätsversicherung vorgesehen ist.

Die Kosten für Fahrten aus medizinischen Gründen werden in Höhe von 0,17 Euro pro Km erstattet, wenn die Distanz mehr als 5 km beträgt.

Die Fahrtkosten werden gegen Vorlage einer Aufstellung der Tage und der gefahrenen Kilometer erstattet; die Leistung der Versicherung ist auf 620,00 Euro beschränkt.

Erhält der Versicherte für den Unfall Rückerstattungen aufgrund der Sozialversicherungsgesetze, beschränkt sich die Leistung der Gesellschaft auf die Differenz zwischen den entstandenen Kosten und diesen Rückerstattungen. Erhält der Versicherte aus irgendeinem Grund keine Rückerstattungen oder hat er darauf keinen Anspruch, berücksichtigt die Gesellschaft eine in den belgischen Gesetzen vorgesehene fiktive Leistung.

Die medizinischen Kosten, die nach Leistung der Sozialversicherung zulasten des Versicherten bleiben, werden unter Berücksichtigung eines Selbstbehalts von 150,00 Euro pro Opfer und Unfall erstattet.

Diese Kosten werden gegen Vorlage der Belege von der Gesellschaft übernommen.

Die Leistung der Gesellschaft, inklusive der Fahrtkosten, ist pro Person für denselben Schadensfall auf den Höchstbetrag beschränkt, der in den besonderen Bedingungen genannt ist.

ARTIKEL 8: VORÜBERGEHENE ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Wird der Versicherte vorübergehend vollständig erwerbsunfähig, garantiert die Versicherung für jeden Tag der vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit die Zahlung einer Entschädigungsleistung in Höhe von 1/365stel der Jahresverdienstes oder des versicherten Tagegeldes.

Diese Entschädigungsleistung wird monatlich im Nachhinein und nach Ablauf der in den besonderen Bedingungen genannten Karenzzeit bis zur Konsolidierung der Verletzungen bezahlt.

Die Gesellschaft ist verpflichtet, diese Entschädigungsleistung bis zur Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit in voller Höhe zu zahlen.

Unterbricht der Versicherte seine berufliche Tätigkeit nicht vollständig oder kann er diese teilweise wieder aufnehmen, wird die Entschädigungsleistung anteilig gekürzt.



Übt der Versicherte zum Unfallzeitpunkt keine berufliche Tätigkeit aus, leistet die Gesellschaft Entschädigung bis zur Höhe des medizinisch festgestellten Grades der Erwerbsunfähigkeit.

ARTIKEL 9: DAUERHAFT ERWERBSUNFÄHIGKEIT

Wird der Versicherte dauerhaft vollständig erwerbsunfähig (100 %), kommt ein Kapitalbetrag zur Auszahlung. Die Höhe dieses Kapitalbetrags wird gemäß den Bestimmungen in den besonderen Bedingungen ermittelt. Bei einer Teilinvalidität wird die Entschädigungsleistung anteilig zum Grad der festgestellten dauerhaften Erwerbsminderung festgelegt.

Der Grad der Erwerbsminderung wird festgelegt, sobald der Zustand des Versicherten als endgültig angesehen werden kann. Dieser Grad wird entsprechend den Bestimmungen der offiziellen belgischen Invaliditätstabelle ermittelt und richtet sich nach den beobachteten Spätfolgen, wobei der Beruf oder die Beschäftigung des Versicherten keine Rolle spielen.

Wird der Grad der dauerhaften Erwerbsminderung medizinisch bestritten, zahlt die Gesellschaft auf Antrag des Versicherten einen Vorschuss auf der Basis des vorgeschlagenen Grades der dauerhaften Erwerbsminderung.

Der Kapitalbetrag wird innerhalb von 30 Tagen ab der endgültigen schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Versicherten und der Gesellschaft oder ab dem Datum, an dem die gerichtliche Entscheidung, mit welcher der Grad der dauerhaften Erwerbsminderung abschließend festgestellt wird, rechtskräftig geworden ist, ausbezahlt.

ARTIKEL 10: TODESFALL

Die Gesellschaft zahlt den Kapitalbetrag in der in den besonderen Bedingungen angegebenen Höhe, wenn der Tod die unmittelbare Folge des Unfalls ist oder sich aus einer sekundären Ursache ergibt, die durch den Unfall derart verschlimmert wurde, dass der Tod nicht ohne diese Verschlimmerung eingetreten wäre.

Die Auszahlung des Kapitalbetrags erfolgt:

- entweder an den nicht geschiedenen, nicht getrennt lebenden oder nicht tatsächlich getrennten Ehepartner oder an den gesetzlichen Lebenspartner; ist kein Ehegatte vorhanden, an die Kinder, die Erben des Versicherten sind;
Sind weder Ehegatte noch Kinder vorhanden, an die gesetzlichen Erben gemäß ihren Erbansprüchen, mit Ausnahme des Staates;
- Oder an den Begünstigten, der in besonderen Bedingungen genannt ist. In diesem Fall kommt die vorstehend erwähnte Reihenfolge der Begünstigten nicht zur Anwendung. Verstirbt der in den besonderen Bedingungen genannte Begünstigte vor dem

Versicherten oder versterben der Versicherte und dieser Begünstigte gleichzeitig, kommt die vorstehend erwähnte Reihenfolge der Begünstigten erneut zur Anwendung.

Der Kapitalbetrag wird innerhalb von 30 Tagen ab der Anzeige des Todesfalls oder dem Eingang der angeforderten Belege bei der Gesellschaft ausbezahlt.

ARTIKEL 11: INDEXIERUNG

Der Jahresverdienst und somit auch die versicherten Beträge sowie die Prämie erhöhen sich bei jeder Jahresfälligkeit um 3 %. Die Versicherungssummen im Falle eines Unfalls stimmen mit den Beträgen überein, die der letzten, vor dem Unfall fälligen Prämie entsprechen.

KAPITEL III: VERWALTUNG UND GÜLTIGKEIT DES VERTRAGS

ARTIKEL 12: BESCHREIBUNG DES RISIKOS

12.1. Verpflichtungen bei Vertragsabschluss

Alle Umstände, von denen der Versicherte Kenntnis hat und von denen er vernünftigerweise annehmen muss, dass es sich dabei für uns um Elemente der Risikoeinschätzung handelt.

Der Versicherte ist verpflichtet, der Gesellschaft u. a. umfassend Auskunft über seine berufliche Tätigkeit und die der übrigen Versicherten zu erteilen.

12.2. Während der Laufzeit des Vertrags:

So rasch wie möglich alle neuen oder geänderten Umstände, von denen der Versicherte Kenntnis hat und von denen er vernünftigerweise annehmen muss, dass sie geeignet sind, zu einer erheblichen und dauerhaften Verschlechterung des versicherten Risikos zu führen.

Der Versicherte ist verpflichtet, der Gesellschaft jede neue, sowohl vorübergehende als auch dauerhafte Tätigkeit anzuzeigen. Versicherungsschutz besteht nur, nachdem die Gesellschaft ihre Zustimmung erteilt hat; diese wird schriftlich bestätigt.

12.3. Anpassung des Vertrags

Innerhalb eines Monats ab dem Tag, an dem die Gesellschaft Kenntnis von einer unrichtigen oder unvollständigen Beschreibung eines Risikos oder einer Verschlechterung des Risikos erhalten hat, kann die Gesellschaft:



- Eine Änderung des Vertrags vorschlagen, die wirksam wird:
 - An dem Tag, an dem sie Kenntnis von der unrichtigen oder unvollständigen Beschreibung erhalten hat;
 - Rückwirkend an dem Tag der Verschlechterung des Risikos während der Laufzeit des Vertrags, unabhängig davon, ob der Versicherte diese Verschlechterung angezeigt hat.
- Den Vertrag kündigen, wenn sie nachweist, dass sie das Risiko auf keinen Fall versichert hätte.

Lehnt der Versicherte die vorgeschlagene Vertragsänderung ab oder hat der Versicherte diesen Vorschlag nach Ablauf einer vierwöchigen Frist ab Empfang des Vorschlags nicht angenommen, kann der Versicherte den Vertrag innerhalb von 15 Tagen kündigen.

12.4. Bei Eintritt eines Schadensfalls

Die Gesellschaft erbringt die vereinbarte Leistung, sofern die Unterlassung oder Unrichtigkeit in der Beschreibung des Risikos dem Versicherten nicht vorgeworfen werden kann.

Kann die Unterlassung oder Unrichtigkeit dem Versicherten jedoch vorgeworfen werden, erbringt die Gesellschaft die Leistung im Verhältnis zwischen der bezahlten Prämie und der Prämie, die der Versicherte hätte zahlen müssen, wenn der das Risiko, dessen tatsächliche Beschaffenheit durch den Schadensfall aufgedeckt wurde, korrekt beschrieben hätte.

Weist die Gesellschaft jedoch nach, dass sie das Risiko auf keinen Fall versichert hätte, beschränkt sich die Leistung der Gesellschaft auf die Rückerstattung aller Prämien, die ab dem Zeitpunkt, in dem das Risiko nicht versicherbar geworden ist, bezahlt wurden.

12.5. Im Betrugsfall

Geschieht die Unterlassung oder Unrichtigkeit vorsätzlich und wird die Gesellschaft dadurch über die Elemente der Risikoeinschätzung bei Vertragsabschluss getäuscht, ist der Vertrag von Rechts wegen nichtig.

Geschieht die Unterlassung oder Unrichtigkeit vorsätzlich und wird die Gesellschaft dadurch über die Elemente der Risikoeinschätzung während der Vertragslaufzeit getäuscht, kann die Gesellschaft den Vertrag mit sofortiger Wirkung kündigen.

Alle Prämien, die bis zu dem Zeitpunkt, in dem die Gesellschaft von dem Betrug erfährt, fällig werden, sind der Gesellschaft als Schadensersatz geschuldet und die Gesellschaft kann im Schadensfall den Versicherungsschutz verweigern.

12.6. Bei Verringerung des Risikos

Hat sich das versicherte Risiko erheblich und dauerhaft derart verringert, dass die Gesellschaft, wenn diese Verringerung bei Vertragsabschluss bestanden hätte, die Versicherung zu anderen

Bedingungen abgeschlossen hätte, wird die Prämie ab dem Tag, an dem die Gesellschaft von der Verringerung des Risikos Kenntnis hatte, entsprechend reduziert.

Können die Parteien sich nicht innerhalb eines Monats ab dem Antrag auf Reduzierung der Prämie nicht auf eine neue Prämie einigen, kann der Versicherte den Vertrag kündigen.

ARTIKEL 13: DIE PRÄMIE

13.1. Berechnung der Prämie

. Die Prämie wird entsprechend der Versicherungssummen berechnet.

. Die Prämie wird bei jeder Jahresfälligkeit angepasst, wie in Artikel 11 beschrieben.

. Die Prämie erhöht sich um sämtliche Steuern, Abgaben und Gebühren, die von einer beliebigen Behörde unter einer beliebigen Bezeichnung festgesetzt wurden oder werden. Die Prämie ist innerhalb von 30 Tagen nach Aufforderung zu bezahlen.

13.2. Nichtzahlung

Die Gesellschaft versendet eine Zahlungserinnerung per Zustellungsurkunde oder Einschreiben, das als Mahnung gilt, und behält sich vor, die Erstattung der Verwaltungskosten für die Eintreibung der Prämie zu verlangen.

Für jedes Einschreiben, das der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Unterlassung der Zahlung eines bestimmten, fälligen und unbestrittenen Geldbetrags - beispielsweise bei Nichtzahlung der Prämie - zusendet, verpflichtet sich der Versicherungsnehmer, eine pauschale und indexierte Entschädigung von 15 Euro zu zahlen.

Zahlt der Versicherer dem Versicherungsnehmer nicht rechtzeitig einen Geldbetrag und hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine Mahnung per Einschreiben zugestellt, erstattet der Versicherer dem Versicherungsnehmer Verwaltungskosten, die auf der gleichen Weise berechnet werden.

Falls der Versicherer verpflichtet ist, die Forderungseintreibung einem Dritten anzuvertrauen, wird vom Versicherungsnehmer eine Entschädigung in Höhe von 10% des fälligen Betrags mit einem Höchstbetrag von 100 Euro verlangt.

Wird die Prämie nicht innerhalb von 15 Tagen ab dem auf die Mahnung folgenden Tag bezahlt, wird der gesamte, im Vertrag vorgesehene Versicherungsschutz ausgesetzt oder der Vertrag gekündigt.



Die Aussetzung oder die Kündigung werden erst nach Ablauf dieser 15-tägigen Frist wirksam.

13.3. Wenn der Versicherungsschutz ausgesetzt wurde:

Die Prämien, die während der Zeit der Aussetzung fällig werden, bleiben geschuldet, sofern der Versicherte wie vorstehend angegeben gemahnt wurde. In diesem Fall wird im Mahnschreiben auf die Aussetzung des Versicherungsschutzes hingewiesen.

Der Versicherungsschutz wird an dem auf den Tag der vollständigen Zahlung der geforderten Prämien, ggf. zuzüglich Zinsen, an die Gesellschaft folgenden Tag erneut in Kraft gesetzt. Im Übrigen kann die Gesellschaft den Vertrag kündigen, wenn sie sich diese Möglichkeit im Mahnschreiben ausbedungen hat. In diesem Fall wird die Kündigung nach Ablauf einer Frist von mindestens 15 Tagen ab dem ersten Tag der Aussetzung wirksam.

Hat die Gesellschaft sich diese Möglichkeit nicht in der Mahnung ausbedungen, wird die Kündigung nur nach erneuter Mahnung in der vorstehend angegebenen Form wirksam.

KAPITEL IV: SCHADENSFÄLLE

ARTIKEL 14: IM SCHADENSFALL

14.1. Die Schadensmeldung

Ein Unfall ist innerhalb von 10 Tagen oder so rasch wie vernünftigerweise möglich anzuzeigen. Ein Todesfall ist der Gesellschaft innerhalb von 24 Stunden anzuzeigen.

Auch leichte Unfälle, die weder zu einer Erwerbsunfähigkeit führen noch ärztlich behandelt werden müssen, müssen der Versicherung gemeldet werden.

14.2. Bescheinigungen

Innerhalb von 10 Tagen nach Beginn der Erwerbsunfähigkeit ist der Gesellschaft eine erste Begutachtung des behandelnden Arztes vorzulegen.

Ärztliche Bescheinigungen, die sich auf den Unfall, die Behandlung, den aktuellen oder früheren Zustand des Versicherten beziehen sowie alle übrigen, von der Gesellschaft angeforderten Auskünfte sind innerhalb von 10 Tagen vorzulegen.

14.3. Die medizinische Versorgung

Bei einem Unfall ist die Behandlung solange von einem zur Ausübung seines Berufs berechtigten Arzt durchzuführen, bis alle Heilungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind.

Die Gesellschaft haftet nicht für die Verschlimmerung der Unfallfolgen, die sich aus einer verspäteten medizinischen

Versorgung oder aus der Weigerung des Versicherten ergeben, der indizierten Behandlung zu folgen.

ARTIKEL 15: BEDINGUNGEN FÜR DIE ENTSCHÄDIGUNG

Der Versicherte hat alle Auskünfte zu erteilen, die der Gesellschaft in die Lage versetzen, den Anspruch auf die Entschädigungsleistung zu ermitteln. Dazu verpflichtet sich der Versicherte, bei den behandelnden Ärzten alle Auskünfte über seinen Gesundheitszustand anzufordern und diese so rasch wie möglich dem Vertrauensarzt der Gesellschaft zu übermitteln.

Die Gesellschaft behält sich eine Überprüfung der Angaben und Antworten vor, die sie auf ihr Auskunftsersuchen erhält. Sie können vom Vertrauensarzt aufgefordert werden, sich von einem von ihm bezeichneten Arzt untersuchen zu lassen. Die Kosten dieser Untersuchung werden von uns übernommen.

ARTIKEL 16: FRÜHERER ZUSTAND

Die fällige Entschädigungsleistung wird ausschließlich aufgrund der unmittelbaren Folgen des Schadensfalls ermittelt. Wurde durch die Verletzung als Folge des Unfalls ein Organ, eine Gliedmaße oder eine bereits eingeschränkte Funktion geschädigt, entschädigt die Gesellschaft den Funktionsverlust unter Berücksichtigung des Abzugs für bereits bestehende Erwerbsunfähigkeit.

ARTIKEL 17: DIE ANFECHTUNG DER ÄRZTLICHEN ANWEISUNG

Bei Uneinigkeit über eine medizinische Behandlung, die Dauer und/oder den Grad der vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit, den Ursprung und/oder den Grad der dauerhaften Erwerbsunfähigkeit oder die Todesursache, schließen sich die Parteien den gleichlautenden Stellungnahmen des Arztes des Versicherten und des Arztes der Gesellschaft an.

Bei Meinungsverschiedenheiten wählen die beiden Sachverständigen einen dritten Sachverständigen, dessen Stimme den Ausschlag gibt; können die beiden Sachverständigen sich nicht auf einen dritten Sachverständigen einigen, wird dieser auf Antrag der nächstinteressierten Partei vom Vorsitzenden des Arbeitsgerichts erster Instanz am Wohnort des Versicherten bestimmt.

Jede Partei übernimmt die Honorare ihres Arztes, wobei die Honorare des dritten Sachverständigen sowie die Kosten für zusätzliche ärztliche Untersuchungen von beiden Parteien gemeinsam getragen werden.



ARTIKEL 18: NICHTEINHALTUNG DER VERPFLICHTUNGEN IM SCHADENSFALL

Die Gesellschaft kann die Entschädigungsleistung verringern oder eine bereits bezahlte Leistung nach Maßgabe des erlittenen Schadens zurückverlangen.

Folgt dieses Versäumnis aus einer betrügerischen Absicht, kann die Gesellschaft jede Leistung verweigern oder die bereits bezahlte Entschädigungsleistung zurückverlangen.

ARTIKEL 19: RECHTSMITTEL GEGEN DRITTE

Die Gesellschaft tritt bis zur Höhe ihrer Auslagen für medizinische Kosten in die Rechte und Handlungen des Versicherten und des Begünstigten gegenüber den Dritten ein, die den Schaden verursacht haben.

Außer bei böswilliger Handlung kann die Gesellschaft weder die Nachkommen, Vorfahren, Ehegatten und in gerader Linie Verschwägerten noch die Personen, die unter dem Dach des Versicherten leben, seine Gäste oder seine privaten Hausangestellten in Regress nehmen.

Die Gesellschaft kann diese Personen jedoch in Regress nehmen, soweit ihre Haftung tatsächlich durch einen Versicherungsvertrag gedeckt ist.

KAPITEL V: DIE GÜLTIGKEIT DES VERTRAGS

ARTIKEL 20: INKRAFTTRETEN

Die Versicherung wird an dem in den besonderen Bedingungen vereinbarten Datum und Uhrzeit wirksam.

ARTIKEL 21: DAUER DER VERSICHERUNG

Die Dauer des Vertrags beträgt maximal ein Jahr. Nach Ablauf des Versicherungszeitraums verlängert sich der Vertrag stillschweigend für aufeinanderfolgende Zeiträume von einem Jahr, außer wenn eine Partei einer Verlängerung wenigstens drei Monate vor Ablauf des aktuellen Versicherungszeitraums per Einschreiben widerspricht.

ARTIKEL 22: ALTERSGRENZE

Die Versicherung endet ohne weitere Formalitäten mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte 75 Jahre alt wird. Bei der ersten Jahresfälligkeit nach dem 70. Geburtstag des Versicherten wird der Versicherungsschutz jedoch um die Hälfte reduziert. Die Prämie wird um 25 % gesenkt.

ARTIKEL 23: ÄNDERUNG DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND/ODER DER PRÄMIEN

Ändert die Gesellschaft die Versicherungsbedingungen und/oder den Versicherungstarif, kann sie den Vertrag bei der Jahresfälligkeit der nächsten Prämie anpassen.

Die Gesellschaft setzt den Versicherten spätestens drei Monate vor der Jahresfälligkeit von diesen Änderungen in Kenntnis und dieser hat das Recht, den Vertrag wenigstens drei Monate vor dieser Fälligkeit zu kündigen. Dadurch endet der Vertrag bei dieser Fälligkeit.

Setzt die Gesellschaft den Versicherten weniger als vier Monate vor der Jahresfälligkeit von diesen Änderungen in Kenntnis, hat der Versicherte das Recht, den Vertrag innerhalb von drei Monaten ab der Ankündigung dieser Änderung zu kündigen. In diesem Fall endet der Vertrag mit Ablauf einer Frist von einem Monat ab dem auf die Aufgabe des Kündigungseinschreibens bei der Post folgenden Tag, frühestens aber am Datum der Jahresfälligkeit, die auf die Ankündigung der Änderung folgt.

Die Möglichkeit der Kündigung besteht nicht, wenn die Änderung des Tarifs oder der Versicherungsbedingungen das Ergebnis einer allgemeinen und von den zuständigen Behörden vorgegeben Anpassung ist und gleichermaßen für alle Gesellschaften gilt.

ARTIKEL 24: FORMEN UND WIRKSAMWERDEN DER KÜNDIGUNG

24.1. Kündigung durch den Versicherten:

- zum Ende eines Versicherungszeitraums, gemäß Artikel 21;
- nach jeder Schadensmeldung, spätestens aber einen Monat, nachdem die Zahlung der Entschädigungsleistung angekündigt oder abgelehnt wurde;
- bei Änderung der Versicherungsbedingungen und/oder des Tarifs, gemäß Artikel 23;
- bei Verringerung des Risikos, gemäß Artikel 12.6;
- wenn zwischen dem Abschluss und dem Wirksamwerden des Vertrags mehr als 1 Jahr vergeht. In diesem Fall muss der Versicherte die Kündigung spätestens 3 Monate vor Inkrafttreten des Vertrags anzeigen.

24.2. Durch die Gesellschaft:

- zum Ende eines Versicherungszeitraums, gemäß Artikel 21;
- wenn der Versicherte eine Risikoänderung anzeigt, gemäß dem in Artikel 12 beschriebenen Verfahren;
- wenn der Versicherte das Risiko nicht korrekt beschrieben hat, gemäß dem in Artikel 12 beschriebenen Verfahren;
- bei Nichtzahlung der Prämie, gemäß Artikel 13;



- nach jeder Schadensmeldung, spätestens aber 30 Tage nach Zahlung der Entschädigung oder Verweigerung der Zahlung;
- bei Konkurs, Vergleich oder Zahlungsunfähigkeit.

Die Versicherung endet von Rechts wegen:

- mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte 75 Jahre alt wird;
- mit dem Tod des Versicherungsnehmers.

24.3. Kündigungsmodalitäten

Die Kündigung erfolgt entweder durch Einschreiben, durch Übergabe des Schreibens an den Empfänger gegen Empfangsbestätigung oder durch Zustellungsurkunde.

Die Kündigung wird erst nach Ablauf eines Monats ab dem auf die Zustellung folgenden Tag, ab dem Datum der Empfangsbestätigung oder - im Falle eines Einschreibens - ab dem auf die Aufgabe bei der Post folgenden Tag wirksam.

Die Kündigung nach einem Schadensfall wird innerhalb von drei Monaten nach ihrer Bekanntmachung wirksam, außer wenn der Versicherte oder ein Begünstigter gegen eine seiner Verpflichtungen, die sich aus dem Schadensfall ergeben, in betrügerischer Absicht verstoßen hat. In diesem Fall wird die Kündigung innerhalb von einem Monat nach ihrer Bekanntmachung gemäß Artikel 31 § 1 des Gesetzes vom 25. Juni 1992 über Landversicherungen wirksam.

Die Gesellschaft erstattet dem Versicherten den Teil der Prämie, der dem Zeitraum vor Wirksamwerden der Kündigung entspricht.

KAPITEL VI: MIT BLICK AUF TERRORISMUS ANWENDBARE BESTIMMUNGEN

Mitgliedschaft bei TRIP

Die Gesellschaft deckt in bestimmten Fällen durch terroristische Handlungen verursachte Schäden.

Unter Terrorismus sind Handlungen oder die Androhung von Handlungen zu verstehen, die heimlich zu ideologischen, politischen, ethnischen oder religiösen Zwecken geplant und von Einzeltätern oder Gruppen verübt werden, sich gegen Personen richten oder ganz oder teilweise den wirtschaftlichen Wert eines materiellen oder immateriellen Gutes zerstören, um entweder öffentlich Aufmerksamkeit zu erregen, ein Klima der Unsicherheit zu schaffen, Behörden unter Druck zu setzen oder den Verkehr und die ordnungsgemäße Funktionsweise eines Dienstes oder eines Unternehmens zu beeinträchtigen.

Die Gesellschaft ist zu diesem Zweck Mitglied der ASBL TRIP mit Sitz unter der Anschrift square de Meeûs 29 in 1000 Brüssel. Gemäß dem Gesetz vom 1. April 2007 über die Versicherung gegen Terrorschäden beschränkt sich die Erfüllung aller Verbindlichkeiten der Versicherungsgesellschaften, die bei der

ASBL Mitglied sind, auf 1 Milliarde € pro Kalenderjahr für Schäden durch Ereignisse, die in diesem Kalenderjahr eintreten und nachweislich von terroristischen Handlungen herrühren. Dieser Betrag wird am 1. Januar jedes Jahres an die Entwicklung des Verbraucherpreisindex angepasst, wobei der Index von Dezember 2005 als Basis dient. Bei gesetzlicher oder vorschriftsmäßiger Änderung dieses Grundbetrags ist der geänderte Betrag automatisch ab der auf die Änderung folgenden nächsten Fälligkeit anwendbar, sofern der Gesetzgeber nicht ausdrücklich eine andere Übergangsregelung vorgesehen hat. Übersteigt der Gesamtbetrag der berechneten oder geschätzten Entschädigungen den im vorigen Absatz genannten Betrag, kommt eine Verhältnisregel zur Anwendung: In diesem Fall sind die zu zahlenden Entschädigungen auf das Verhältnis zwischen dem im vorigen Absatz genannten Betrag oder den für dieses Kalenderjahr noch verfügbaren Mitteln und den in diesem Kalenderjahr noch zu zahlenden Entschädigungen begrenzt.

Zahlungsregelung

Nach dem vorgenannten Gesetz vom 1. April 2007 entscheidet der Vorstand, ob ein Ereignis als Terrorismus im Sinne der Definition zu betrachten ist. Um zu vermeiden, dass der unter dem Abschnitt „Mitgliedschaft bei TRIP“ genannte Betrag überschritten wird, legt dieser Vorstand spätestens sechs Monate nach dem Ereignis den Prozentsatz der Entschädigung fest, die die der ASBL angehörenden Versicherungsunternehmen infolge des Ereignisses zu leisten haben. Der Vorstand kann diesen Prozentsatz ändern. Der Vorstand entscheidet spätestens am 31. Dezember des dritten Jahres nach dem Ereignis endgültig über den zu zahlenden Prozentsatz der Entschädigung. Der Versicherte bzw. der Begünstigte kann der Gesellschaft gegenüber erst dann Anspruch auf die Entschädigung erheben, wenn der Vorstand den Prozentsatz festgelegt hat. Die Gesellschaft zahlt den versicherten Betrag gemäß dem vom Vorstand festgelegten Prozentsatz. Wird per Königlichen Erlass ein anderer Prozentsatz festgelegt, zahlt die Gesellschaft in Abweichung von den vorstehenden Ausführungen den versicherten Betrag gemäß diesem Prozentsatz. Verringert der Vorstand den Prozentsatz, ist die Verringerung der Entschädigung weder auf bereits gezahlte Entschädigungen noch auf noch zu zahlende Entschädigungen anwendbar, in deren Hinblick die Gesellschaft dem Versicherten oder dem Begünstigten ihre Entscheidung bereits mitgeteilt hat. Erhöht der Vorstand den Prozentsatz, ist die Erhöhung der Entschädigung auf alle gemeldeten Schadensfälle anwendbar, die von dem nachweislich als Terrorismus einzustufenden Ereignis herrühren. Stellt der Vorstand fest, dass der unter dem Abschnitt „Mitgliedschaft bei TRIP“ genannte Betrag nicht ausreicht, um sämtliche erlittenen Schäden auszugleichen, oder verfügt der Vorstand nicht über ausreichende Anhaltspunkte, um zu ermitteln, ob der Betrag ausreicht, werden vorrangig Personenschäden ausgeglichen. Die Entschädigung für seelische Schäden erfolgt erst nach allen anderen



Entschädigungszahlungen. Alle per Königlichen Erlass festgeschriebenen Beschränkungen, Ausschlüsse und/oder zeitlichen Staffelungen für die Erfüllung der Verbindlichkeiten der Gesellschaft sind gemäß den in diesem Königlichen Erlass vorgesehenen Modalitäten anwendbar.

KAPITEL VII: PRIVATLEBEN

Datenverantwortlicher

L'Ardenne Prévoyante ist eine Marke von AXA Belgium, Versicherungs-AG zugelassen. Gesellschaftssitz: Place du Trône 1, 1000 Brüssel (Belgien). Registriert in der Zentralen Datenbank der Unternehmen mit Nr. 0404.483.367. (nachstehend „der Gesellschaft“).

Datenschutzbeauftragter

Der Datenschutzbeauftragte von der Gesellschaft kann an folgenden Adressen kontaktiert werden:

Postsendung:

L'Ardenne Prévoyante - Data Privacy Officer
Avenue des Démineurs, 5

4970 Stavelot

E-Mail: privacy@ardenne-prevoyante.com

Datenverarbeitungszwecke und Datenempfänger

Persönliche Daten, die von der betreffenden Person selbst mitgeteilt oder die der Gesellschaft legitim von Unternehmen der AXA-Gruppe, von Unternehmen, die mit diesen in Beziehung stehen oder von Dritten erhalten hat, dürfen von der Gesellschaft für folgende Zwecke verarbeitet werden:

- die Verwaltung der Personendatei:
 - Worum handelt es sich? Verarbeitungen zwecks Erstellung und Aktualisierung der Datenbanken – insbesondere der Identifikationsdaten – über alle natürlichen oder juristischen Personen, die mit der Gesellschaft in Verbindung stehen.
 - Grundlage? Diese Datenverarbeitungen sind zwecks Ausführung des Versicherungsvertrags oder Einhaltung einer gesetzlichen Verpflichtung erforderlich.
- die Verwaltung des Versicherungsvertrags:
 - Worum handelt es sich? Verarbeitungen, die ausgeführt werden: zwecks – automatischer/m oder nicht automatischer/m – Annahme oder Ausschluss von Versicherungsrisiken vor Abschluss oder bei zukünftigen Abänderungen des Versicherungsvertrags; zwecks Erstellung, Aktualisierung oder Kündigung des Versicherungsvertrags; zwecks – automatisch oder nicht automatisch ausgeführter – Eintreibung fälliger Prämien;
- zwecks Verwaltung von Schadenfällen und Regelungen von Versicherungsleistungen.
- Grundlage? Diese Verarbeitungen sind zur Ausführung des Versicherungsvertrags sowie der gesetzlichen Verpflichtung erforderlich.
- der Kundendienst:
 - Worum handelt es sich? Verarbeitungen, die im Rahmen der digitalen Dienste erfolgen, die den Kunden ergänzend zum Versicherungsvertrag bereitgestellt werden (z. B. die Entwicklung einer digitalen Kundenwebseite).
 - Grundlage? Diese Verarbeitungen sind zwecks Ausführung des Versicherungsvertrags und/oder dieser ergänzenden digitalen Dienste erforderlich.
- die Verwaltung der Vertragsbeziehung zwischen der Gesellschaft und dem Versicherungsvermittler:
 - Worum handelt es sich? Verarbeitungen im Rahmen der Zusammenarbeit zwischen der Gesellschaft und dem Versicherungsvermittler.
 - Grundlage? Diese Verarbeitungen sind auf der Grundlage der berechtigten Interessen von der Gesellschaft erforderlich und beziehen sich auf die Ausführung der Vereinbarungen zwischen der Gesellschaft und dem Versicherungsvermittler.
- die Aufdeckung, Vorbeugung und Bekämpfung von Betrug:
 - Worum handelt es sich? Verarbeitungen zwecks – automatischer oder nicht automatischer – Aufdeckung, Vorbeugung und Bekämpfung von Versicherungsbetrug.
 - Grundlage? Diese Verarbeitungen sind auf der Grundlage der berechtigten Interessen von der Gesellschaft erforderlich und beziehen sich auf den Erhalt des technischen und finanziellen Gleichgewichts des Produkts, des Versicherungszweigs oder der Versicherungsgesellschaft selbst.
- die Bekämpfung der Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung:
 - Worum handelt es sich? Verarbeitungen zwecks – automatischer oder nicht automatischer – Aufdeckung, Vorbeugung und Bekämpfung von Geldwäsche und Terrorismusfinanzierung.
 - Grundlage? Diese Verarbeitungen sind zwecks Ausführung einer gesetzlichen Verpflichtung, der Gesellschaft unterliegt, erforderlich.
- Die Überwachung des Portfolios:
 - Worum handelt es sich? Verarbeitungen zwecks – automatischer oder nicht automatischer – Überprüfung und ggf. Wiederherstellung des technischen und finanziellen Gleichgewichts des Versicherungsportfolios.
 - Grundlage? Diese Verarbeitungen sind auf der Grundlage der berechtigten Interessen von der Gesellschaft erforderlich und beziehen sich auf den Erhalt oder die Wiederherstellung des technischen und



finanziellen Gleichgewichts des Produkts, des Versicherungszweigs oder der Versicherungsgesellschaft selbst.

- Statistische Erhebungen:
 - Worum handelt es sich? Verarbeitungen, die von der Gesellschaft oder einem Dritten für verschiedenste statistische Erhebungen, u. a. in Bezug auf Verkehrssicherheit, Vorbeugung von Haushaltsunfällen, Brandschutzmaßnahmen, Verbesserung von Verwaltungsabläufen bei der Gesellschaft, die Übernahme von Risiken und die Tarifierung ausgeführt werden.
 - Grundlage? Diese Verarbeitungen sind auf der Grundlage der berechtigten Interessen von der Gesellschaft erforderlich und beziehen sich auf gesellschaftliches Engagement, Effizienzverbesserungen und Kompetenzsteigerungen in diesen Branchen.

Sofern die Mitteilung persönlicher Daten zur Ausführung der oben genannten Ziele erforderlich ist, dürfen diese persönlichen Daten anderen Unternehmen der AXA Gruppe sowie mit ihr in Beziehung stehenden, anderen Unternehmen und/oder Personen (Anwälte, Sachverständige, Arbeitsärzte, Rückversicherer, Mitversicherer, Versicherungsvermittler, Dienstleister, andere Versicherungsunternehmen, Vertreter, Tarifierungsbüro, Schadensregulierungsstellen, Datassur) übermittelt werden.

Diese Daten dürfen auch den Kontrollbehörden, zuständigen Ämtern sowie jedem öffentlichen oder privaten Organismus mitgeteilt werden, mit dem der Gesellschaft unter Einhaltung der geltenden Gesetzgebung persönliche Daten austauschen könnte.

Übertragung der Daten außerhalb der Europäische Union

Die anderen Unternehmen der AXA Gruppe, die Unternehmen und/oder Personen, die mit diesen in Beziehung stehen und denen die persönlichen Daten übermittelt werden, können sowohl innerhalb der Europäischen Union als auch außerhalb ansässig sein. Im Falle der Übermittlung von Daten an Dritte, die außerhalb der Europäischen Union ansässig sind, erfüllt der Gesellschaft die bezüglich solcher Übertragungen geltenden gesetzlichen und vorgeschriebenen Bestimmungen. der Gesellschaft garantiert insbesondere einen angemessenen Datenschutz der auf diese Weise übermittelten persönlichen Daten, auf der Grundlage alternativer Mechanismen, die von der Europäischen Kommission festgelegt wurden, wie Standardvertragsklauseln oder einschränkende Unternehmensregeln der AXA Gruppe bei Übertragungen innerhalb der Gruppe (B. S. 6.10.2014, S. 78547).

Die betroffene Person kann eine Abschrift der Maßnahmen anfragen, die der Gesellschaft zwecks Übertragung von persönlichen Daten außerhalb der Europäischen Union getroffen hat, und eine entsprechende Anfrage an die folgende Adresse

von der Gesellschaft richten (Abschnitt „L'Ardenne Prévoyante“ kontaktieren).

Datenarchivierung

Der Gesellschaft bewahrt die sich auf den Versicherungsvertrag beziehenden persönlichen Daten während der gesamten Laufzeit der Vertragsbeziehung oder der Schadenfallregulierung auf. Dabei wird die gesetzliche Aufbewahrungsfrist oder Verjährungsfrist der bei Bedarf zu aktualisierenden Daten verlängert, um eventuelle Beschwerdeverfahren, die nach dem Ablauf der Vertragsbeziehung oder nach Abschluss einer Schadenfallregulierung geführt werden könnten, zu bearbeiten.

Der Gesellschaft bewahrt die persönlichen Daten, die sich auf die Weigerung von Angeboten beziehen oder auf Angebote, denen der Gesellschaft nicht nachgegangen ist, bis zu fünf Jahre nach Ausgabe des Angebots oder nach Weigerung des Abschlusses auf.

Notwendigkeit der Übermittlung von persönlichen Daten

Die persönlichen Daten, die der Gesellschaft von der betroffenen Person fordert, sind für den Abschluss und die Ausführung des Versicherungsvertrags erforderlich. Die Nichtübermittlung dieser Daten kann den Abschluss oder die korrekte Ausführung des Vertrags verhindern.

Vertraulichkeit

Der Gesellschaft hat alle erforderlichen Maßnahmen getroffen, um die Vertraulichkeit der persönlichen Daten und sich selbst gegen jeden nicht genehmigten Zugriff, unsachgemäßen Umgang, jede Änderung oder Entfernung dieser Daten zu schützen.

In diesem Sinne befolgt der Gesellschaft die Sicherheits- und Zuverlässigkeitsstandards und überprüft regelmäßig die Sicherheitsstufe seiner Abläufe, Systeme und Anwendungen sowie die seiner Partner.

Die Rechte der betroffenen Person

Die betroffene Person hat das Recht:

- Von der Gesellschaft die Bestätigung zu erhalten, dass ihre persönlichen Daten bearbeitet werden oder nicht und, sofern diese bearbeitet werden, Zugang zu diesen Daten zu erhalten;
- ihre fehlerhaften oder unvollständigen persönlichen Daten korrigieren und ggf. vervollständigen zu lassen;
- ihre persönlichen Daten unter gewissen Umständen löschen zu lassen;
- die Bearbeitung ihrer persönlichen Daten unter gewissen Umständen einschränken zu lassen;
- aus persönlichen Gründen, die auf der Grundlage legitimer Interessen von der Gesellschaft beruhende Verarbeitung ihrer persönlichen Daten zu verweigern. Der



Datenverantwortliche sieht von der weiteren Verarbeitung der persönlichen Daten ab, ausgenommen er kann belegen, dass legitime und zwingende Gründe für die Datenverarbeitung gegenüber den Interessen, Rechten und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen.

- die Verarbeitung ihrer persönlichen Daten zu Direkt-Marketing-Zwecken, einschl. der Profilerstellung zu Direct-Marketing-Zwecken, zu verweigern;
- eine ausschließlich einer automatischen Datenverarbeitung zugrunde liegende Entscheidung, Profilerstellung einbegriffen, aus der sich für die betroffene Person rechtliche Folgen ergeben oder die sie erheblich beeinträchtigt, zu verweigern; sofern diese automatische Datenverarbeitung jedoch zwecks Abschluss oder Ausführung eines Vertrags erforderlich ist, hat sie das Recht auf einen persönlichen Kontakt mit der Gesellschaft, auf die Vermittlung ihres persönlichen Standpunkts und die Anfechtung der Entscheidung von der Gesellschaft;
- die persönlichen Daten, die Sie der Gesellschaft mitgeteilt hat, in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zu erhalten; diese Daten einem anderen Datenverantwortlichen zu übermitteln, wenn (i) die Verarbeitung dieser persönlichen Daten auf ihrem Einverständnis beruht oder zwecks Vertragsausführung erforderlich ist und (ii) die Verarbeitung mit automatisierten Verfahren vorgenommen wird; und ihre persönlichen Daten direkt von einem Datenverantwortlichen an einen anderen übertragen zu lassen, sofern diese technische Möglichkeit geboten wird;
- ihr Einverständnis jederzeit zu widerrufen, unbeschadet der vor der Widerrufung ausgeführten legalen Verarbeitungen und sofern die Verarbeitung ihrer persönlichen Daten auf ihr Einverständnis beruht;

Der Gesellschaft kontaktieren

Die betroffene Person kann zur Ausübung seiner Rechte kontaktieren indem sie eine vollständige Anfrage – mit beigefügter Recto-Verso Kopie des Personalausweis – an den Datenschutzbeauftragte (Data Privacy officer) der Gesellschaft adressiert.

Die betroffene Person kann ihre Anfrage per Mail an die Adresse privacy@ardenne-prevoyante.com oder per Post datiert und unterschrieben, ebenfalls mit beigefügter Recto-Verso Kopie des Personalausweis, an die Adresse: L'Ardenne Prévoyante, Data Privacy Office, Avenue des Démineurs, 5 in 4970 Stavelot, schicken.

Der Gesellschaft bearbeitet diese Anfragen in den vom Gesetz vorgesehenen Fristen. Außer im Fall von Anfragen welche nachweislich unbegründet oder exzessiv sind, wird keine Gebühr für die Bearbeitung dieser Anfragen berechnet.

BESCHWERDEVERFAHREN

Wenn die betroffenen Person der Meinung ist, dass der Gesellschaft nicht die Gesetzgebung in diesem Bereich respektiert, ist Sie dazu angehalten bevorzugt die L'Ardenne Prévoyante zu kontaktieren, entweder per Mail an die Adresse protection@ardenne-prevoyante.com, oder per Post an den Gesellschaftssitz (supra) für den Service Legal & Compliance, zu Händen des Beschwerdebeauftragten.

Die betroffene Person kann ebenfalls eine Beschwerde bei der Datenschutzbehörde unter folgender Anschrift einreichen:

Rue de la Presse, 35 - 1000 Brüssel

Tel. + 32 2 274 48 00

Fax + 32 2 274 48 35

commission@privacycommission.be

Die betroffene Person kann ebenfalls eine Klage beim Gericht Erster Instanz an ihrem Wohnsitz einreichen.

ZUSTÄNDIGKEIT IM STREITFALL

Jede Klage bezüglich des Versicherungsvertrags kann zunächst an den Beschwerdedienst der Gesellschaft gerichtet werden, entweder durch einen Brief per Post an den Gesellschaftssitz, avenue des Démineurs 5 in 4970 Stavelot, oder durch eine E-mail an die Adresse protection@ardenne-prevoyante.be.

Wenn keine angemessene Antwort erfolgt oder keine Einigung mit der Gesellschaft erzielt wird, kann der Beschwerdeführer sich als zweites an den Ombudsdienst der Versicherungen, Square de Meeûs 35 in 1000 BRÜSSEL wenden. Der Ombudsmann ist zuständig für alle Streitsachen bezüglich der Ausführung des Versicherungsvertrags und der Einhaltung der sektoriellen Verhaltenskodizes gegenüber den Verbrauchern. Das Einreichen einer Beschwerde beeinträchtigt nicht die Möglichkeit des Versicherungsnehmers, Gerichtsklage einzureichen.



GLOSSAR

Die Versicherungsgesellschaft

L'Ardenne Prévoyante ist eine Marke von AXA Belgium, Versicherungs-AG zugelassen unter Nr. 0039 um die Sparten Leben und Nichtleben auszuüben (K.E. 04-07-1979, B.S. 14-07-1979). Gesellschaftssitz: Place du Trône 1, 1000 Brüssel (Belgien). Korrespondenzadresse: Avenue des Démineurs 5 – B-4970 Stavelot

Versicherungsnehmer

Die Person, die die Versicherung abschließt.

Der Versicherte

Die Person, die als versicherte Person in den besonderen Bedingungen angegeben ist.

Unfall

Ein plötzliches Ereignis, das zu einer Verletzung führt und dessen Ursache oder eine der Ursachen unabhängig vom Organismus des Opfers ist.

Werden einem Unfall gleichgestellt: Brüche, Muskelrisse oder Muskelfaserrisse, Verstauchungen und Luxationen, die die unmittelbare Folge einer starken körperlichen Anstrengung sind und unmittelbar und plötzlich auftreten.

Berufsleben

Die Zeit, die der Versicherte den in den besonderen Bedingungen angegebenen beruflichen Tätigkeiten widmet, einschließlich des Arbeitsweges im Sinne des Gesetzes über Arbeitsunfälle.

Privatleben

Die Zeit außerhalb des Berufslebens, die für nicht vergütete Tätigkeiten aufgewendet wird.

Bekanntlich waghalsige Handlung

Eine vorsätzliche Handlung oder Fahrlässigkeit, die den Täter unbegründet einer Gefahr aussetzt, derer er sich hätte bewusst sein müssen.

Verdienst

Der vertraglich vereinbarte Jahresverdienst des Versicherten, der in den besonderen Bedingungen festgelegt ist.

Karenzzeit

Die in den besonderen Bedingungen angegebene Frist bis zum Beginn des Entschädigungsanspruchs. Die Gesellschaft garantiert die Entschädigung bei Unfällen der in den besonderen Bedingungen bezeichneten Versicherten, die aufgrund ihrer Situation im Unternehmen nicht den Vorschriften des Gesetzes über Arbeitsunfälle unterstellt sind.

Diese Versicherung ersetzt den Unfallopfern im Falle des Todes, der dauerhaften oder der vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit die medizinischen Kosten, unabhängig davon, ob der Unfall sich für die in den besonderen Bedingungen beschriebenen Tätigkeiten im Rahmen des Berufslebens oder im Privatleben ereignet.

Es besteht Versicherungsschutz unter der Voraussetzung, dass der Begünstigte der Entschädigungsleistung auf jedes zivilrechtliche Haftungsverfahren gegen Sie verzichtet.

Die Entschädigung basiert auf dem vertraglich vereinbarten Verdienst, der in den besonderen Bedingungen angegeben ist.

Ferner besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die sich weltweit ereignen.

L'Ardenne Prévoyante ist eine Marke von AXA Belgium 

Versicherungs-AG zugelassen unter Nr. 0039 um die Sparten Leben und Nichtleben auszuüben (K.E. 04-07-1979, B.S. 14-07-1979)

Gesellschaftssitz: Place du Trône 1, 1000 Brüssel (Belgien)

Korrespondenzadresse: avenue des Démineurs 5 – B-4970 Stavelot

Tel. : 080 85 35 35 • Fax : 080 86 29 39 • e-mail : ap@ardenne-prevoyante.com • internet : www.ardenneprevoyante.be

