

Versicherungsbedingungen



**Versichern Sie sich
beim Testsieger**



**U4konzept**
die Unfallversicherung

Argumente statt Aufmachung

Mitversicherte Unfallereignisse

Allgemeines

- ▶ Vergiftungen durch Gase, Dämpfe, Staubwolken, Säuren
- ▶ Rettung von Menschenleben und Sachen sowie deren rechtmäßige Verteidigung
- ▶ Unfälle bei gewalttätigen Auseinandersetzungen und inneren Unruhen
- ▶ Tauchtypische Gesundheitsschäden
- ▶ Tod durch Ertrinken und Ersticken
- ▶ Verschollenheit
- ▶ Erfrierungen
- ▶ Bewusstseinsstörungen
- ▶ Durch Trunkenheit – beim Lenken eines Kfz bis 1,5 ‰
- ▶ Passives Kriegsrisiko – Frist verlängert auf 14 Tage bzw. einen Monat
- ▶ Lebensmittelvergiftungen
- ▶ Folgen von allgemeinen Vergiftungen durch Aufnahme sonstiger Stoffe bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- ▶ Gesundheitsschädigungen durch Strahlen (Maser, Laser, künstliches UV-Licht, Röntgen etc.)
- ▶ Unfall in Folge eines Schlaganfalls oder Herzinfarktes

Erhöhte Kraftanstrengung

- ▶ Verrenkungen, Zerreißen, Zerrungen
- ▶ Knochenbrüche
- ▶ Leistenbrüche
- ▶ Bauch- und Unterleibsbrüche

Infektionen

- ▶ Durch Tierbisse einschließlich Infektionsfolgen
- ▶ Durch Insektenstiche und Zeckenbisse
- ▶ Durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund und Nase
- ▶ Durch Beschädigung der Haut, sofern mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt ist
- ▶ Infektionskrankheiten – z. B. Borreliose, Cholera, Gürtelrose, Keuchhusten, Meningitis, Masern, Mumps, Tollwut, Windpocken etc.
- ▶ Impfschäden



Vorerkrankungen

- ▶ Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ab 55 %

Kostenerstattungen

- ▶ Ärztliche Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen

Beitragsfreie Leistungen

- ▶ Bergungskosten bis 35.000 €
- ▶ Umschulungsmaßnahmen bis 12.000 €
- ▶ Kosmetische Operationen bis 10.000 €
- ▶ Sofortleistung bis 10.000 €
- ▶ Behinderungsbedingte Kosten bis 10.000 €
 - Kosten für Prothesen und Hilfsmittel bis 3.000 €
- ▶ Kurkostenbeihilfe bis 10.000 €
- ▶ Rückholkosten bis 10.000 €
- ▶ Rehabilitationskostenbeihilfe bis 10.000 €
- ▶ Rooming-In-Leistung (Kinder) bis 500 €
- ▶ Nachhilfekosten (Kinder) bis 30 €/Tag (max. 100 Tage)
- ▶ Kosten für Kindermädchen, Haushaltshilfe, Tagesmutter (Kinder) bis 30 €/Tag (max. 100 Tage)

Beitragsfreistellungen / -rückerstattungen

- ▶ Beitragsfreie Weiterführung der Versicherung bei Tod des Versicherungsnehmers oder des mitversicherten Lebenspartners für 2 Jahre
- ▶ Beitragsfreie Weiterführung der Kinder-Unfallversicherung bei Tod des Versicherungsnehmers (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Kindes)
- ▶ Beitragserstattung bei Arbeitslosigkeit für maximal 12 Monate
- ▶ Beitragserstattung bei Arbeitsunfähigkeit für maximal 12 Monate
- ▶ Beitragsfreie Mitversicherung des Neugeborenen bis zu einem Jahr

Leistungserweiterungen

Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

- ▶ Krankenhaustagegeld bis 1.000 Tage innerhalb von 5 Jahren
- ▶ Auslandskrankenhaustagegeld: Verdopplung für max. 3 Wochen
- ▶ Krankenhaustagegeld bei Aufenthalt in Rehaklinik bei unmittelbarer Anschlussbehandlung
- ▶ Genesungsgeld für 100 Tage in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes
- ▶ Eigenbehaltkosten im Krankenhaus 10 €/Tag für 14 Tage (wenn Krankenhaustagegeld mit mindestens 30€ versichert ist)
- ▶ Bei ambulanten Operationen werden pauschal 3 Tage Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld gezahlt

Unfalltod

- ▶ Doppelte Todesfalleistung bei Tod beider Elternteile – maximal 50.000 €

Erweiterte Übergangsleistung

- ▶ Bei Schwerverletzung wird die Leistung als Sofortleistung fällig

Invalidität

- ▶ Invaliditätseintritt innerhalb von 24 Monaten
- ▶ Invaliditätsfeststellung und -anmeldung bis 36 Monate nach Unfalleintritt
- ▶ Vorschusszahlung auf Invaliditätsleistung, 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 15.000 € – obwohl Unfalltod nicht versichert wurde
- ▶ Generell Kapitalleistung, auch über das 65. Lebensjahr hinaus (keine Verrentung der Leistung)
- ▶ Frist für Neubemessung des Invaliditätsgrades (Versicherungsnehmer bis 36 Monate/Versicherer bis 24 Monate)
- ▶ Fristverlängerung der Neubemessung bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr = 5 Jahre (maximal bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres)



Weitere Besonderheiten

- ▶ Keine Obliegenheitsverletzung durch Nichtanzeige von zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen
- ▶ Keine Arztanordnungsklausel bei Operationen
- ▶ Meldung des Unfalltodes erst nach Kenntnisnahme des Bezugsberechtigten bzw. des Versicherungsnehmers
- ▶ Versehensklausel in Bezug auf Anzeigepflicht /Obliegenheit
- ▶ Bedingungsänderungen zu Gunsten der Versicherten beziehen auch auf die laufenden Verträge

Unabhängig von der vorstehenden Aufzählung gelten grundsätzlich ausschließlich die U4-Versicherungsbedingungen.

	Standard- bedingungen	U4 Konzept
Auge	50%	60%
Gehör auf einem Ohr	30%	40%
Geruchssinn	10%	15%
Geschmackssinn	5%	15%
Stimme		100%
Arm im Schultergelenk	70%	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65%	80%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60%	80%
Hand im Handgelenk	55%	75%
Daumen	20%	30%
Zeigefinger	10%	20%
Anderer Finger	5%	10%
Alle Finger einer Hand	45%	70%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70%	80%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60%	80%
Bein bis unterhalb des Knies	50%	80%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45%	80%
Fuß im Fußgelenk	40%	70%
Großer Zeh	5%	15%
Anderer Zeh	2%	5%
Es gelten die Bestimmungen und die Gliedertaxe im gültigen Bedingungswerk.		

Inhaltsverzeichnis

Unfall-Versicherungsbedingungen

- § 1 Anzeigen und Willenserklärungen
- § 2 Versicherungsdauer, Vertragsverlängerung, Kündigung, Rechtsverhältnisse
- § 3 Ruhen bei militärischen Einsätzen
- § 4 Beitragszahlung, Fälligkeit
- § 5 Widerspruchsrecht
- § 6 Änderung der Berufstätigkeit
- § 7 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- § 8 Obliegenheiten nach dem Unfall
- § 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 10 Fälligkeit der Leistungen
- § 11 Invaliditäts-Neubemessung
- § 12 Verjährung, Klagefrist, Gerichtsstand und geltendes Recht
- § 13 Empfangsvollmacht
- § 14 Versichererwechsel
- § 15 Gesetzliche Vorschriften, Prämien- und Bedingungsveränderungen
- § 16 Was ist versichert?
- § 17 Was ist nicht versichert?
- § 18 Einschränkung der Leistung
- § 19 Nicht versicherbare Personen
- § 20 Leistungsarten
 - I. Invaliditätsleistung
 - II. Spezielle Gliedertaxe für Heilberufe und Berufsmusiker
 - III. Progressive Invaliditätsstaffeln
 - IV. Erweiterte Übergangsleistung
 - V. Krankenhaustagegeld
 - VI. Genesungsgeld, Eigenbehaltskosten
 - VII. Todesfallleistung
 - VIII. Kosmetische Operationen
 - IX. Heilkostenhilfe
- § 21 Beitragsfreie Leistungen
 - I. Bergungskosten
 - II. Kosmetische Operationen
 - III. Rooming-in-Leistung im Kindertarif
 - IV. Doppelte Todesfallleistung
 - V. Sofortleistung bei Schwerverletzung
 - VI. Kurkostenbeihilfe
 - VII. Rehabilitationskostenbeihilfe
 - VIII. Rückholkosten
 - IX. Behinderungsbedingte Kosten
 - X. Umschulungsmaßnahmen
 - XI. Kindermädchen, Haushaltshilfe
 - XII. Nachhilfeunterricht
- § 22 Beitragsrückerstattung
 - I. Arbeitsunfähigkeit
 - II. Arbeitslosigkeit
- § 23 Beitragsfreistellung
 - I. Versorgung des Partners
 - II. Weiterführung der Kinderversicherung
- § 24 Vorsorge bei Familienzuwachs
- § 25 Kindertarif
- § 26 Salvatorische Klausel

Gesetzestexte

- Versicherungsvertragsgesetz (VVG)
- § 5 Billigungsklausel und Widerspruchsfrist
- § 5 a Widerspruchsrecht
- § 6 Obliegenheitsverletzung
- § 8 Stillschweigende Verlängerung; dauernde Versicherung; Kündigung; Widerruf; Rücktritt
- § 12 Verjährung; Klagefrist
- § 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers
- § 17 Unrichtige Anzeige
- § 18 Schriftliche Fragen; Rücktritt des Versicherers
- § 19 Vertragsabschluss durch Vertreter
- § 20 Rücktritt
- § 21 Leistungspflicht trotz Rücktritt
- § 22 Täuschungsanfechtung
- § 23 Gefahrerhöhung nach Vertragsabschluss
- § 24 Fristlose Kündigung wegen Gefahrerhöhung
- § 25 Leistungsfreiheit des Versicherers wegen Gefahrerhöhung
- § 26 Ausnahmen
- § 27 Ungewollte Gefahrerhöhung
- § 28 Leistungsfreiheit wegen unterlassener Anzeige
- § 29 Unerhebliche Gefahrerhöhung
- § 29 a Gefahrerhöhung zwischen Stellung und Annahme des Antrags
- § 30 Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit
- § 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie
- § 39 Fristbestimmung für Folgeprämie
- § 40 Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses
- § 179 Unfallversicherung auf Versicherungsnehmer oder anderen
- § 180 Bezugsberechtigung bei Kapitalversicherung
- § 180a Unfreiwillige Gesundheitsbeschädigung
- § 181 Vorsätzliche Herbeiführung des Unfalls
- § 182 Anzeige des Versicherungsfalles
- § 183 Abwendung und Minderung der Unfallfolgen
- § 184 Feststellung durch Sachverständige
- § 185 Ermittlungskosten

Allgemeine Bestimmungen

Verbraucherinformation zum U4 Konzept

Ihr Versicherer ist:

SOVAG Versicherungs-Aktiengesellschaft, Schwanenwik 37, 22087 Hamburg.

Ihre Verwaltungsgesellschaft ist:

Konzept & Marketing GmbH (K&M), Podbielskistraße 333, 30659 Hannover

Tel.: 05 11 - 64 05 40; Fax: 05 11 - 64 05 44 44

Der Versicherer hat die K&M bevollmächtigt, die Vertrags- und Schadenbearbeitung durchzuführen.

Sämtlichen Schriftverkehr, Willenserklärungen sowie Zahlungen richten Sie bitte an die Verwaltungsgesellschaft des Versicherers.

Vertragsgrundlagen:

Für das Versicherungsverhältnis gelten die im Versicherungsschein näher bezeichneten Versicherungsbedingungen und sonstigen Vereinbarungen. In den Versicherungsbedingungen sind insbesondere die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung konkret geregelt.

Alle für diesen Vertrag allgemeinen und besonderen Bestimmungen sind in diesem Druckstück geregelt, sofern im Versicherungsschein nichts anderes vereinbart wird.

Versicherungsbeginn:

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des ersten Beitrages, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein fest gesetzten Zeitpunkt. Wird der erste Beitrag erst nach diesem Zeitpunkt eingefordert, dann aber ohne Verzug gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem fest gesetzten Zeitpunkt.

Beitragshöhe und Beitragszahlungsweise:

Detaillierte Angaben über die Beitragshöhe und über die Beitragszahlungsweise sowie Angaben über etwaige Nebengebühren, Nebenkosten und die Angabe des insgesamt zu zahlenden Beitrages sind in dem Versicherungsschein enthalten.

Die Folgen einer nicht rechtzeitigen Beitragszahlung ergeben sich analog aus den §§ 38, 39 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).

Beitragsänderung, Bedingungsänderung:

Auf die Möglichkeit der Beitragsänderung nach § 15. 2 sowie der Bedingungsänderung nach § 15. 3 der Versicherungsbedingungen U4 weisen wir hin.

Versichererwechsel:

Auf die Möglichkeit des Wechsels nach § 14 der Versicherungsbedingungen U4 weisen wir hin.

Widerspruchsrecht:

Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von vierzehn Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspricht.

Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Unterlagen nach Absatz 1 vollständig vorliegen und der Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheins in Textform, in drucktechnisch deutlicher Form über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrnehmung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs.

Abweichend von Satz 1 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie. Gewährt der Versicherer auf besonderen Antrag des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz, so kann der Verzicht auf Überlassung der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragsschluß vereinbart werden. Die Unterlagen sind dem Versicherungsnehmer auf Anforderung, spätestens mit dem Versicherungsschein zu überlassen. Wenn der Versicherungsvertrag sofortigen Versicherungsschutz gewährt, hat der Versicherungsnehmer insoweit kein Widerspruchsrecht nach Absatz 1.

Geltendes Recht:

Auf das Versicherungsverhältnis findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Zuständigkeit für Beschwerden:

Beschwerden kann der Versicherungsnehmer an folgende Instanzen richten:

- Vorstand der Schwarzmeer und Ostsee Versicherungs - AG, SOVAG, Schwanenwik 37, 22087 Hamburg
- Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de. Das Streitschlichtungsverfahren ist für den Versicherungsnehmer kostenlos, da die SOVAG ein Vereinsmitglied ist.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Allgemeine Bestimmungen

§1 Anzeigen und Willenserklärungen

1. Die Verwaltungsgesellschaft des Versicherers für alle U4-Verträge ist die Firma Konzept & Marketing GmbH, Hannover (im Folgenden K&M genannt).
2. K&M ist bevollmächtigt, vertraglich obliegende Anzeigen, Willenserklärungen, Schadenanzeigen und Beiträge in Empfang zu nehmen sowie ausstehende Beiträge einzufordern und den dazugehörigen Schriftverkehr zu führen und Willenserklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag (z.B. Rücktritt, Kündigung, Anfechtung) abzugeben. Die Beiträge gelten als beim Versicherer eingegangen, wenn sie bei K&M eingegangen sind.
3. K&M ist vom Versicherer beauftragt, gegenüber den Versicherungsnehmern und den betreuenden Vermittlern die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären.
4. K&M ist vom Versicherer beauftragt, die Schadenbearbeitung vorzunehmen.
5. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber K&M nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte K&M bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugeworfen wäre.

§2 Versicherungsdauer, Vertragsverlängerung, Kündigung, Rechtsverhältnisse

1. Die Daten für das Inkrafttreten und die Beendigung der Versicherung sind dem Versicherungsschein zu entnehmen. Der Vertrag beginnt und endet jeweils um 12.00 Uhr mittags.
2. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Zahlung des ersten Beitrages, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein fest gesetzten Zeitpunkt. Wird der erste Beitrag erst nach diesem Zeitpunkt eingefordert, dann aber ohne Verzug gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem fest gesetzten Zeitpunkt.
3. Beträgt die Versicherungsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Versicherungsvertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf durch eine Partei schriftlich gekündigt wird.
4. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragszeit wirksam gekündigt, durch Rücktritt aufgehoben oder angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl der Beitrag nach Maßgabe des § 40 Abs. 1 VVG.
5. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der beiden Vertragspartner, wenn der Versicherer eine Leistung nach § 20 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugeworfen sein. Sie wird erst nach Ablauf eines Monats ab Zugang wirksam.
Wird der Versicherungsvertrag nach Eintritt eines Versicherungsfalles durch den Versicherungsnehmer gekündigt, so hat der Versicherer Anspruch auf den Beitrag für das laufende Versicherungsjahr. Kündigt K&M, so hat K&M für den Versicherer den anteiligen Beitrag für das restliche Versicherungsjahr zurückzuzahlen.
6. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§3 Ruhen bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigem Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versiche-

rungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugeworfen ist. Für diesen Zeitraum wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§4 Beitragszahlung, Fälligkeit

1. Die Beiträge werden von K&M zur jeweiligen Fälligkeit grundsätzlich per Lastschrift eingezogen. Der Entzug der Einzugsermächtigung stellt für die K&M einen wichtigen Grund dar, das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung oder zur nächsten Beitragsfälligkeit zu kündigen.
2. Der Erstbeitrag ist erst nach Aushändigung des Versicherungsscheines fällig.
3. Nach § 38 VVG kann K&M für den Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der erste oder einmalige Beitrag vom Versicherungsnehmer nicht rechtzeitig gezahlt wird; darüber hinaus ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Beitrag zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch aussteht.
4. Nach § 39 VVG ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrages durch den Versicherungsnehmer von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Zahlung des Beitrages durch K&M angemahnt wird, der Versicherungsfall nach Ablauf der gesetzten Frist eintritt und der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Beitragszahlung in Verzug ist. Außerdem hat K&M die Möglichkeit, nach dem Ablauf der Zahlungsfrist und fortbestehendem Zahlungsverzug das Versicherungsverhältnis fristlos zu kündigen. Im Übrigen ist K&M bei Verzug berechtigt, Ersatz des Verzugschadens nach § 286 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) sowie Verzugszinsen nach § 288 BGB oder § 352 Handelsgesetzbuch (HGB) zu fordern.
5. Ist Ratenzahlung vereinbart, so gelten ausstehende Raten als gestundet. Sie werden sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer in Verzug gerät oder soweit eine Entschädigung fällig ist.

§5 Widerspruchsrecht

Der Versicherungsnehmer wird über sein Widerspruchsrecht entsprechend des Gesetzestextes in § 5a VVG und in der Verbraucherinformation belehrt.

§6 Änderung der Berufstätigkeit

1. Änderungen der im Vertrag genannten Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung gilt
 - a) die Ableistung des Zivildienstes, des Pflichtwehrdienstes, des freiwilligen zusätzlichen Wehrdienstes (gemäß § 6b Wehrpflichtgesetz) sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen,
 - b) die Aufnahme einer geringfügigen Beschäftigung (gemäß § 8 Sozialgesetzbuch IV),
 - c) wenn die versicherte Person im Rahmen einer leitenden oder aufsichtsführenden Tätigkeit bei der Arbeitsvor- oder -nachbereitung, bei der Einweisung von Mitarbeitern sowie bei gelegentlicher Urlaubs- oder Krankheitsvertretung körperliche oder handwerkliche Arbeiten ausführt.
2. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif ein niedrigerer Beitrag, so ist ab der Änderung nur dieser zu zahlen.
3. Ergibt sich nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif ein höherer Beitrag, so ist dieser zwei Monate nach der Änderung zu zahlen. Sofern die Meldung über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung nicht unverzüglich erfolgt oder falls keine Einigung über den Mehrbeitrag erzielt werden kann, vermindern sich stattdessen die Versicherungssummen im Verhältnis des nach dem Tarif erforderlichen zum bisherigen Beitrag.

Allgemeine Bestimmungen

4. Hinsichtlich der nicht versicherbaren beruflichen Tätigkeiten verweisen wir vorsorglich auf den § 19, 1a und 3.

§7 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer hat alle Antragsfragen und Anfragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bei schuldhafter Verletzung der Obliegenheit kann der Versicherer nach den §§ 16 bis 22 VVG vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten und leistungsfrei sein.

§8 Obliegenheiten nach dem Unfall

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und K&M zu unterrichten.
2. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen zu mindern.
3. Verweigert der Versicherte jedoch eine Operation zur Verbesserung unfallbedingter Gesundheitsschäden, so kommt eine Leistungskürzung nicht in Frage.
4. Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn der Versicherte erst dann den Arzt hinzuzieht und K&M unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
5. Die Unfall-Schadenanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und unverzüglich an K&M zu senden.
Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind ebenfalls unverzüglich zu erteilen.
6. Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, dass die von K&M angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstellt werden.
7. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer. Wird bei Selbständigen der Lohnausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1,5 Promille der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 200,00 EUR beträgt.
8. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
9. Auf die unter § 20, IV, 3. genannte Obliegenheit der Meldung bei Anspruch auf Übergangsleistung wird hingewiesen.
10. Auf die unter § 20, VII, 3. genannte Obliegenheit der Meldung im Falle des Todes einer versicherten Person wird hingewiesen.

§9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Bei vorsätzlicher Verletzung einer unter § 8 genannten Obliegenheit ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei.
2. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer unter § 8 genannten Obliegenheit ist der Versicherer nur dann zur Leistung verpflichtet, soweit die Obliegenheitsverletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Unfalles, noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.
3. Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherte nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen gehandelt hat, und er nach Erkennen des Versehens seinen vertraglichen Pflichten unverzüglich nachgekommen ist.

§10 Fälligkeit der Leistungen

1. Sobald K&M die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – bei einem

Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, werden nach Abstimmung mit K&M ersetzt.

2. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich die versicherte Person und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.
3. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung, höchstens jedoch 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 15.000 EUR verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein. Sofern eine Todesfallsumme vereinbart ist, kann für diese Fälle ein Vorschuss maximal bis zur Höhe der vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

§11 Invaliditäts-Neubemessung

1. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren, den Versicherer bis zu zwei Jahren nach Eintritt des Unfalles erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend § 10, 1. und von Seiten des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang der Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist dieser Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.
2. Bei Kindern wird bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist nach § 11, 1. von drei Jahren auf fünf Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

§12 Verjährung, Klagefrist, Gerichtsstand und geltendes Recht

1. Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch der versicherten Person bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

2. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.
3. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers.
4. Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer können bei dem für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständigen Gericht erhoben werden.
5. Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

§13 Empfangsvollmacht

Der Versicherungsnehmer bevollmächtigt auf dem Antrag den Abschlussvermittler zur rechtsverbindlichen Entgegennahme des Versicherungsscheins sowie etwaiger Mitteilungen.

§14 Versichererwechsel

Die Verwaltungsgesellschaft (K&M) ist berechtigt, das auf der Grundlage dieses Vertrages versicherte Risiko jederzeit durch Kündigung und Neuabschluss des Versicherungsvertrages im

Namen des Versicherungsnehmers bei einem anderen Versicherer in Deckung zu geben und/oder weitere Versicherer zu beteiligen.

Macht K&M von diesem Recht Gebrauch, so werden die Versicherungsnehmer unverzüglich darüber informiert, bei wem sie von nun an ihre vertraglichen Rechte geltend machen können.

§ 15 Gesetzliche Vorschriften, Prämien- und Bedingungsveränderungen

1. Soweit nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Dies gilt insbesondere für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen Inhalt des Versicherungsvertrages sind.
2. K&M kann die Prämie für bestehende Versicherungsverträge, auch soweit sie für erweiterten Versicherungsschutz vereinbart ist, mit Wirkung von Beginn der nächsten Versicherungsperiode an erhöhen. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers über die Prämienhöhung zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderung kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.
3. Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Bedingungen zugunsten des Versicherten geändert oder ergänzt, ohne dass ein Prämienzuschlag erfolgt, so gelten sie mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

§ 16 Was ist versichert?

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
2. Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
4. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule Verrenkungen, Zerrungen oder Zerreißungen bzw. Bauch-, Unterleibs-, Knochen- oder Leistenbrüche hervorgerufen werden. Bandscheibenschäden bleiben jedoch gemäß § 17, 9. ausgeschlossen, sofern nicht ein Unfallereignis die überwiegende Ursache darstellt.
5. Der unfallbedingte Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie Unfälle infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles sind versichert. Ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.
6. Als Unfall gilt auch, wenn der Versicherte bei der rechtmäßigen Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen eine Gesundheitsschädigung erleidet.
7. Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren oder ähnliches sind auch dann als plötzlich einzuordnen, wenn der Versicherte den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.
8. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, sofern sie nicht Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Geräten sind; unberührt hiervon bleibt § 17.
9. Als Unfall gelten auch Nahrungsmittelvergiftungen. Die Aufnahme sonstiger Stoffe durch den Schlund ist nur bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres versichert.
10. Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase (auch durch Anhusten oder Anniesen) in den Körper gelangt ist.

Dies gilt insbesondere bei Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden, sowie die folgende Aufzählung: Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Genickstarre, Gürtelrose, Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Meningitis, Mumps, Paratyphus, Pest, Pfeiffersches Drüsenfieber, Pocken, Röteln, Scharlach, Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie (Hasenpest), Tuberkulose, Typhus, Windpocken, Wundstarrkrampf sowie Gesundheitsschädigungen aufgrund von Schutzimpfungen gegen die vorgenannten Infektionskrankheiten.

11. Beim Tauchen erlittene, hierfür typische Gesundheitsschäden sind auch versichert, ohne dass ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis eingetreten ist.
12. Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren gelten als Unfälle im Sinne dieser Bedingungen.

§ 17 Was ist nicht versichert?

1. Unfälle der versicherten Person durch Geistesstörungen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle mit Ausnahme eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, sofern diese nicht durch einen Unfall im Sinne dieser Bedingungen ausgelöst wurden.
2. Das Lenken von Kraftfahrzeugen mit einem Blutalkoholgehalt von mehr als 1,5 Promille.
3. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Abweichend hiervon ist das Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein versichert, sofern der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist.
4. Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kriegsereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn des Krieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Der Zeitraum verlängert sich auf insgesamt einen Monat, wenn es für die versicherte Person trotz aller Bemühungen und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist, das Gebiet des Staates zu verlassen.
5. Bei inneren Unruhen oder sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen besteht nur Versicherungsschutz, sofern die versicherte Person nicht aktiv daran teilgenommen hat oder zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf Seiten der Unruhestifter.
6. Unfälle als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht hierfür eine Erlaubnis benötigt wird, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszubühnenden beruflichen Tätigkeit sowie bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
7. Unfälle als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges bei Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
8. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
9. Bandscheibenschäden sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, sofern nicht ein Unfallereignis nach § 16, 3. die überwiegende Ursache ist.
10. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch ein unter diesen Bedingungen fallendes Unfallereignis nach § 16 veranlasst waren. Maniküre und Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut gelten nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme.

11. Unfälle durch krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, sofern sie nicht nachweislich auf ein Unfallereignis im Sinne von § 16 bzw. aufgrund dieses Unfalls verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

§ 18 Einschränkung der Leistung

1. Haben Krankheiten oder Vorschädigungen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens nur dann, wenn der Mitwirkungsanteil mehr als 55 % beträgt.
2. Sofern mehrere Unfallversicherungsverträge für die versicherte Person bestehen, kann der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person – was den Bereich der Positionen Kostenerstattung (§ 20, VIII + IX, § 21, I, II, VI - XII) angeht – nicht mehr als den tatsächlichen Schaden (Kostenaufwand) beanspruchen (Bereicherungsverbot).

§ 19 Nicht versicherbare Personen

1. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind
 - a) Personen, die eine der folgenden beruflichen Tätigkeiten ausüben: Artist, Stuntman, Tierbändiger, Sportler, der seinen Lebensunterhalt überwiegend aus einer sportlichen Tätigkeit heraus bestreitet;
 - b) dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geistesranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtung des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nach § 19, 1. a) nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet der Versicherungsvertrag; überzahlte Beiträge werden erstattet.
3. Tritt die dauernde Pflegebedürftigkeit während der Vertragslaufzeit ein, so bleibt der Versicherungsschutz auf Antrag des Versicherungsnehmers bestehen. Bei schwerwiegend unfall erhöhenden Erkrankungen (z. B. Epilepsie) muss die Fortdauer allerdings durch K&M angenommen und schriftlich bestätigt werden. Wird innerhalb des Jahres nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit kein Antrag gestellt, endet der Vertrag.

§ 20 Leistungsarten

Die Leistungsarten, die beitragspflichtig vereinbart werden können, werden im Folgenden beschrieben.

I. Invaliditätsleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung sind:
 - a) Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).
 - b) Die Invalidität muss innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall eingetreten sein und innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer bei K&M geltend gemacht werden.
2. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
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, leistet der Versicherer gemäß dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
4. Die Invaliditätsleistung wird immer als Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall vereinbarten Summe gezahlt.

5. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der Invalidität.
6. Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm im Schultergelenk	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80%
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	80%
Hand im Handgelenk	75%
Daumen	30%
Zeigefinger	20%
anderer Finger	10%
alle Finger einer Hand	70%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80%
Bein bis unterhalb des Knies	80%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80%
Fuß im Fußgelenk	70%
großer Zeh	15%
anderer Zeh	5%
Auge	60%
Gehör auf einem Ohr	40%
Geruchssinn	15%
Geschmackssinn	15%
Stimme	100%

7. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
8. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, wie die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
9. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden nicht berücksichtigt.
10. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der gesamte Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität nach § 20, I, 6. gemindert. Ausnahmen hiervon sind Vorschädigungen an Augen und Ohren:
 - a) War ein Auge vor dem Unfall nachweislich bereits vollständig verloren oder funktionsuntüchtig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100%.
 - b) War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalls bereits nachweislich vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80 %.
 - c) Als „vollständig verloren“ gilt, wenn die Vorschädigung des Auges bzw. des Gehörs auf einem Ohr mindestens 60 % betragen hat.

II. Spezielle Gliedertaxe für Heilberufe und Berufsmusiker

Für die im Folgenden genannten Berufsgruppen gilt, sofern vereinbart, eine spezielle Gliedertaxe.

Die verbesserte Gliedertaxe gilt, solange die versicherte Person die im Vertrag dokumentierte Berufstätigkeit ausübt; sie entfällt, wenn die versicherte Person diese Beschäftigung nicht mehr ausübt. Danach gilt die Gliedertaxe nach § 20, I, 6. zu den dann gültigen Prämiensätzen, sofern die versicherte Person nicht eine berufliche Tätigkeit ausübt, die nach § 6 nicht versicherbar ist.

In diesem Fall endet die Versicherung zum Zeitpunkt des Wechsels der ausgeübten Tätigkeit. Überzahlte Beiträge werden erstattet.

Die Änderung der Berufstätigkeit ist K&M gemäß § 6 unverzüglich anzuzeigen.

Alle anderen Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen bleiben unverändert bestehen.

1. Heilberufe

- a) Folgende Berufe gelten als Heilberufe im Sinne dieser Bedingungen: Ärzte, Apotheker, Apothekenpersonal, Arzthelfer, Dentallaboranten, Heilpraktiker, Kieferorthopäden, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Laboranten, Physiotherapeuten, Rettungsanitäter, Studenten der Medizin oder Pharmazie, Veterinäre, Zahnärzte, Zahnarzthelfer.
- b) Gliedertaxe für Heilberufe:

Arm im Schultergelenk	100 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
Hand im Handgelenk	100 %
Daumen	60 %
Zeigefinger	60 %
anderer Finger	20 %
alle Finger Hand	100 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein bis unterhalb des Knies	80 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
Fuß im Fußgelenk	70 %
großer Zeh	15 %
anderer Zeh	5 %
Auge	80 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Stimme	100 %

2. Berufsmusiker

- a) Die folgenden besonderen Bedingungen können nur Teil des Vertrages werden, wenn der Versicherungsnehmer K&M bei Antragstellung nachweist, dass die versicherte Person ihren Lebensunterhalt seit mindestens drei Jahren aus der Tätigkeit oder Beschäftigung als Berufsmusiker bestreitet. Die Berufsmusiker im Sinne dieser Bedingungen werden in folgende Gruppen eingeteilt:

Gruppe I: Streicher und Gitarristen

Gruppe II: Pianisten, Organisten, Harfenisten, Schlagzeuger und Pauker

Gruppe III: Flötisten, Holzbläser und Blechbläser

Gruppe IV: Sänger

- b) Gliedertaxe für Berufsmusiker

	I	II	III	IV
Arm im Schultergelenk	100%	100%	100%	80%
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100%	100%	100%	80%
Arm unterhalb des Ellenbogens	100%	100%	100%	80%
Hand im Handgelenk	100%	100%	100%	75%
Daumen	100%	100%	100%	50%
Zeigefinger	100%	100%	100%	30%
anderer Finger	100%	100%	100%	20%
Bein über der Mitte des Oberschenkels	80%	100%	80%	80%
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80%	100%	80%	80%
Bein bis unterhalb des Knies	80%	100%	80%	80%
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	80%	100%	80%	80%
Fuß im Fußgelenk	70%	100%	70%	70%
großer Zeh	15%	15%	15%	15%
anderer Zeh	5%	10%	5%	5%
Auge	80%	80%	80%	80%
Gehör auf einem Ohr	70%	70%	70%	70%
Geruchssinn	15%	15%	15%	15%
Geschmackssinn	15%	15%	15%	15%
Mund	0%	0%	100%	100%
Stimme	100%	100%	100%	100%

- c) Die übrigen Regelungen des § 20, I behalten ihre Gültigkeit, sofern nicht einzelne Bestimmungen des § 20, II, sie außer Kraft setzen.
- d) Die progressiven Invaliditätsstufen nach § 20, III, 3. und 4. können in Verbindung mit der Gliedertaxe für Berufsmusiker nach § 20, II., 2. b) nicht vereinbart werden.
- e) Die Invaliditätsentschädigung beträgt mindestens ein Drittel der Versicherungssumme, wenn die Spielfähigkeit auf den vom Versicherten im Antrag bzw. Beiblatt angegebenen Instrument so stark beeinträchtigt wird, dass die Ausübung des Berufes im bisherigen Umfang nicht mehr möglich ist.
- f) Nicht versicherbare Berufsmusiker sind Straßenmusikanten, Artisten und sonstiges Zirkuspersonal.

III. Progressive Invaliditätsstufen

1. Führt ein Unfall nach den Regelungen des § 20 zu einem Invaliditätsanspruch, wird, sofern im Versicherungsschein dokumentiert, der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv nach den Punkten 2 bis 4 gesteigert.

2. Invaliditätsstaffel 225 %

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

3. Invaliditätsstaffel 350 %

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

4. Invaliditätsstaffel 500 %

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
26	30	45	125	64	248	83	381
27	35	46	130	65	255	84	388
28	40	47	135	66	262	85	395
29	45	48	140	67	269	86	402
30	50	49	145	68	276	87	409
31	55	50	150	69	283	88	416
32	60	51	157	70	290	89	423
33	65	52	164	71	297	90	430
34	70	53	171	72	304	91	437
35	75	54	178	73	311	92	444
36	80	55	185	74	318	93	451
37	85	56	192	75	325	94	458
38	90	57	199	76	332	95	465
39	95	58	206	77	339	96	472
40	100	59	213	78	346	97	479
41	105	60	220	79	353	98	486
42	110	61	227	80	360	99	493
43	115	62	234	81	367	100	500
44	120	63	241	82	374		

IV. Erweiterte Übergangsleistung

- Voraussetzung für die Leistung ist, dass die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt wie folgt beeinträchtigt ist:
 - nach Ablauf von drei Monaten seit Eintritt des Unfalls noch zu 100 % oder
 - nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalls noch zu mindestens 50 %.
- Im Falle nach § 20, IV, 1.a) werden zunächst 25 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt, die mit einer später eventuell erfolgenden Leistung nach § 20, IV, 1. b) verrechnet werden.
- Die Übergangsleistung ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.
- Führt der Unfall bei der versicherten Person zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen, wird einmalig die im Versicherungsschein festgelegte Übergangsleistung als Sofortleistung fällig, sofern der Unfall nicht binnen 48 Stunden zum Tode führte:
 - Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
 - Amputation eines Armes, Beines, Fußes oder einer Hand
 - Verbrennung II. oder III. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche
 - Erblindung auf beiden Augen
 - gewebezstörender Schaden an zwei inneren Organen
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - gewebezstörender Schaden eines inneren Organs
 - Bruch eines langen Röhrenknochens
 - Bruch des Beckens
 - Bruch der Wirbelsäule
- Die vertraglich vereinbarte erweiterte Übergangsleistung wird je Unfallereignis maximal bis zur Höhe der im Versicherungsschein fest gelegten Summe nur einmal gezahlt.

V. Krankenhaustagegeld

- Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet.
- Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt je Schadenfall.
- Mehrere Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
- Erfolgt aufgrund des Unfalles eine Operation unter Vollnarkose oder Regionalanästhesie (d.h. es muss zumindest eine ganze Extremität betäubt werden), so wird das vereinbarte Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld für drei Tage gezahlt. Dies gilt auch, wenn die Operation ambulant durchgeführt und dadurch ein Krankenhausaufenthalt vermieden wird.
- Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Erholungsheimen und Kuranstalten. Bei Aufenthalt in einer Rehabilitationsklinik wird längstens bis zu einer Dauer von 60 Tagen 50 % des versicherten Krankenhaustagegeldes übernommen, sofern der Klinikaufenthalt spätestens am 7. Tag nach Beendigung der vollstationären unfallbedingten Krankenhausbehandlung beginnt.

6. Erfolgt die unfallbedingte Heilbehandlung in einem Institut, das sowohl der Heilbehandlung als auch der Rehabilitation dient, entfällt der Krankenhaustagegeldanspruch dann nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt, oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Unfall- oder Wohnortes des Versicherten ist.
7. Ereignet sich der Unfall im Ausland, verdoppelt sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für drei Wochen. Ausland ist jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem der Versicherte keinen Wohnsitz hat.

VI. Genesungsgeld, Eigenbehaltkosten

1. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aus der vollstationären Behandlung entlassen wurde und Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach § 20, V hatte.
2. Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wurde, längstens jedoch für 100 Tage.
3. Mehrere Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
4. Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch bestehen, wenn der Versicherte im Krankenhaus verstirbt.
5. Ist Krankenhaustagegeld in einer Höhe von mindestens 30 EUR pro Tag versichert, werden zusätzlich die Eigenbehaltkosten für maximal 14 Tage und bis zur Höhe von 10 EUR pro Tag gezahlt. Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Leistungsträger eintritt. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Wird die Leistung bestritten, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

VII. Todesfallleistung

1. Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht ein Anspruch auf die versicherte Todesfallleistung.
2. Die Entschädigung wird ebenfalls erbracht, wenn der Unfall nach Ablauf des ersten Jahres und vor Ablauf des zweiten Jahres vom Unfalltag an gerechnet zum Tode führt, ohne dass eine Invalidität im Sinne des § 20 eingetreten war und ohne dass eine Mitwirkung von Infektionen gemäß § 16, 10. vorgelegen hat.
3. Der Todesfall muss K&M innerhalb von 48 Stunden, gerechnet ab Kenntnisnahme durch den Versicherungsnehmer, dessen Erben oder die bezugsberechtigten Personen, schriftlich gemeldet werden.
4. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
5. Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf Leistung, wenn diese im Aufgebotsverfahren für tot erklärt und die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht wurde. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die Leistung zurückzuzahlen.

VIII. Kosmetische Operationen

1. Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für
 - a) Arzthonorare
 - b) Kosten der kosmetischen Operation
 - c) Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik, deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.
2. Werden durch den Unfall die bei geöffnetem Mund sichtbaren Frontzähne des Versicherten beschädigt, so übernimmt der Versicherer für einen dadurch erforderlichen Zahnersatz im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen auch die vom Ver-

sicherten zu tragenden Zahnersatz- und Zahnlaborkosten nach Abzug der Leistungen der zuständigen Krankenversicherung.

3. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
4. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.

IX. Heilkostenhilfe

1. Führt der Unfall zu Zuzahlungen in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung aufgrund von ärztlich verordneten Heil- und Behandlungskosten, leistet der Versicherer diese Zuzahlung jährlich bis zur im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme.
2. Der Versicherer leistet für:
 - a) Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten (maximal bis 3,5-facher Satz nach GOÄ, GOZ bzw. GEBÜH)
 - b) Heil- und Hilfsmittel
 - c) Kranken- und Notfalltransporte
 - d) Stationäre Behandlung inkl. Verpflegung
3. Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Rechnung mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung mit dem Ablehnungsbescheid.

§ 21 Beitragsfreie Leistungen

1. Nachfolgend die Leistungsarten, die beitragsfrei zu den beitragspflichtigen Leistungsarten immer mitversichert sind. Bestehen bei uns noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung nur aus einem Vertrag erbracht.
2. Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Leistungsträger eintritt. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Wird die Leistung bestritten, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

I. Bergungskosten

1. Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, erbringt der Versicherer die unter a) bis f) genannten Leistungen, deren Höhe insgesamt auf den unter Ziffer 2. genannten Betrag begrenzt ist.
 - a) Ersatz der Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privat-rechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
 - b) Ersatz der Kosten für den Transport der verletzten Person zum nächsten Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit ärztlich angeordnet und medizinisch notwendig.
 - c) Ersatz des Mehraufwandes bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidlich waren.
 - d) Ersatz der zusätzlichen Heimfahrt- oder Unterbringungskosten bei einem Unfall im Ausland für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

- e) Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland Ersatz der Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland Ersatz der Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.
- f) Therapiekosten einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer Druckkammerbehandlung. Ausgeschlossen sind von der Kostenerstattung solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Auftauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder grob fahrlässig missachtet wurden (z. B. Tauchgang in alkoholisiertem Zustand oder bei bestehenden fieberhaften Infekten oder Durchfallerkrankungen, die mit einem erhöhten Risiko der Caissonerkrankung einhergehen).

2. Die beitragsfreie Versicherungssumme beträgt 35.000 EUR.

II. Kosmetische Operationen

Die in § 20, VIII beschriebenen Leistungsarten sind mit einer Versicherungssumme von 10.000 EUR beitragsfrei mitversichert.

III. Rooming-in-Leistung im Kindertarif

- 1. Befindet sich ein Kind nach einem Unfall im Sinne des § 16 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung und übernachtet ein Erziehungsberechtigter (ärztlich genehmigt) mit dem Kind im Krankenhaus (Rooming-in), so wird pro Übernachtung ein pauschaler Kostenzuschuss in folgender Höhe gezahlt:
 - 1. bis 10. Übernachtung 30 EUR
 - ab der 11. Übernachtung 15 EUR
- 2. Der maximale Kostenzuschuss pro Versicherungsfall beträgt 500 EUR.

IV. Doppelte Todesfalleistung

Werden beide Elternteile durch das gleiche Unfallereignis zur selben Zeit getötet und hat mindestens ein bezugsberechtigtes Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, kommt die doppelte vereinbarte Todesfalleistung zur Auszahlung.

Die Mehrleistung ist begrenzt auf 50.000,- EUR.

Bestehen bei K&M mehrere Unfallversicherungen für die versicherten Personen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Verträge zusammen.

V. Sofortleistung bei Schwerverletzung

- 1. Auch bei nicht versicherter Übergangsleistung ist beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen, sofern die Leistungsvoraussetzungen nach § 20, IV, 4. erfüllt sind, von 10% der versicherten Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch 10.000 EUR versichert.
- 2. Ist eine Übergangsleistung nach § 20, IV versichert, wird die beitragsfreie Leistung nach § 21, V, 1. nicht angerechnet.

VI. Kurkostenbeihilfe

- 1. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne von § 16 eine Beihilfe bis zu dem unter § 21, VI, 4. genannten Betrag, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Unfalltag an, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat (Schadenversicherung).
- 2. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt auch § 18.
- 3. Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- 4. Die beitragsfreie Versicherungssumme beträgt 10.000 EUR.

VII. Rehabilitationskostenbeihilfe

- 1. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne von § 16 eine Beihilfe bis zu dem unter § 21, VII, 4. genannten Betrag, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Unfalltag an, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine vollstationäre Reha-Massnahme von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat (Schadenversicherung).
- 2. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt auch § 18.
- 3. Die medizinische Notwendigkeit dieser Reha-Massnahme und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
- 4. Die beitragsfreie Versicherungssumme beträgt 10.000 EUR.

VIII. Rückholkosten

- 1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer nach einem mindestens 14-tägigen Krankenhausaufenthalt am Unfallort bis zu dem unter § 21, VIII, 2. genannten Betrag die entstandenen Kosten für den Rücktransport in ein Krankenhaus des Heimatortes oder in die Nähe des Heimatortes.
- 2. Die beitragsfreie Versicherungssumme beträgt 10.000 EUR.

IX. Behinderungsbedingte Kosten

- 1. Führt der Invaliditätsgrad zu Behinderungen im täglichen Leben, die bestimmte Investitionen erfordern, so übernimmt der Versicherer folgende Kosten:
 - a) Behindertengerechter Umbau des selbstbewohnten Hauses oder der selbstbewohnten Wohnung
 - b) Umzug in behindertengerechte(s) Wohnung oder Haus
 - c) Umrüstung des selbst genutzten PKW
 - d) Prothesen und Hilfsmittel
- 2. Der Versicherer leistet, längstens für fünf Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses, für alle nachgewiesenen Kosten zu a)-c) bis zur Höhe von 10.000 EUR und zu d) bis zur Höhe von 3.000 EUR.

X. Umschulungsmaßnahmen

- 1. Führt die versicherte Person infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung durch, werden die Kosten bis zu der in § 21, X, 3. definierten Höhe übernommen.
- 2. Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen heißt, dass die versicherte Person unfallbedingt voraussichtlich dauernd außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt.
- 3. Beitragsfrei ist eine Kostenübernahme bis zu einer Höhe von 12.000 EUR mitversichert.

XI. Kindermädchen, Haushaltshilfe

- 1. Ist der beaufsichtigende Elternteil aufgrund von Unfallverletzungen durch eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung nicht in der Lage, für die erforderliche Versorgung und Beaufsichtigung des Kindes zu sorgen, werden die Kosten für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter übernommen.
- 2. Voraussetzung ist, dass sowohl der beaufsichtigende Elternteil als auch das Kind im Rahmen dieses Vertrages versichert sind. Die Leistung gilt ab dem 8. Tag seit Unfalleintritt und ist auf 30 EUR pro Tag und insgesamt auf 100 Tage begrenzt.

XII. Nachhilfeunterricht

1. Kann das versicherte Kind, welches aufgrund eines Unfalles gemäß § 16 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung ist, nicht am Schulunterricht teilnehmen, werden die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht je ausgefallenem Schultag erstattet.
2. Die Leistung gilt ab dem 7. Werktag seit Unfalleintritt und ist auf 30 EUR pro Tag und insgesamt auf das 100fache des Tagessatzes begrenzt.

§ 22 Beitragsrückerstattung

Beiträge, die für den beitragsfreien Zeitabschnitt gezahlt worden sind, werden erstattet.

I. Arbeitsunfähigkeit

1. Bei nachgewiesener Arbeitsunfähigkeit des Versicherungsnehmers bzw. seines mitversicherten Ehepartners wird der Beitrag auf Antrag ab dem 60. Tag der Arbeitsunfähigkeit - für die Fortdauer, maximal jedoch für 12 Monate im Nachhinein erstattet.

Die Erstattung erfolgt nach Ende der Arbeitsunfähigkeit.

2. Bei mehrfacher Arbeitsunfähigkeit ist die Gesamtleistungsdauer auf 24 Monate begrenzt.
3. Die Arbeitsunfähigkeit ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
4. Kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung besteht für Arbeitsunfähigkeit,
 - die vorsätzlich durch die versicherte Person herbei geführt wurde,
 - die bei Antragstellung bereits bestanden hat,
 - die durch eine Krankheit direkt verursacht wurde, die in den letzten 24 Monaten vor Antragstellung bereits zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als sieben Kalendertagen geführt hat,
 - durch Schwangerschaft,
 - für Versicherte im Kindertarif.

II. Arbeitslosigkeit

1. Bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers wird der Beitrag auf Antrag für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit, maximal für 12 Monate, erstattet.

Die Erstattung erfolgt nach Ende der Arbeitslosigkeit.

Ausgenommen sind:

- a) Saisonarbeiten
 - b) befristete Arbeitsverhältnisse
 - c) projektgebundene Arbeiten, für die der Versicherungsnehmer speziell angestellt wurde
 - d) Arbeitsverträge während der Probezeit
 - e) Ausbildungszeiten
2. Der beitragsfreie Zeitabschnitt endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbständigen Tätigkeit des Versicherungsnehmers.
 3. Die Arbeitslosigkeit, die Dauer und deren Grund sind durch geeignete Unterlagen der K&M nachzuweisen.
 4. Ein Leistungsanspruch entsteht frühestens ein Jahr nach Versicherungsbeginn.
 5. Für eine während des ersten Versicherungsjahres eingetretene Arbeitslosigkeit besteht kein Anspruch auf Beitragsrückerstattung.

§ 23 Beitragsfreistellung

I. Versorgung des Partners

1. Stirbt der Versicherungsnehmer oder der mitversicherte Lebenspartner während der Versicherungsdauer, so wird diese Versicherung ab dem Todestag beitragsfrei weiter geführt.
2. Die Beitragsfreiheit ist auf zwei Jahre begrenzt.
3. Stirbt der Versicherungsnehmer, so wird der versicherte Lebenspartner neuer Versicherungsnehmer.

II. Weiterführung der Kinderversicherung

1. Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer verstirbt und
 - a) bei Versicherungsbeginn das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte,
 - b) die Versicherung nicht gekündigt war,
 - c) der Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,wird der Vertrag hinsichtlich des Kindes mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter geführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
2. Wenn nichts anderes vereinbart war, wird der gesetzliche Vertreter des Kindes neuer Versicherungsnehmer.

§ 24 Vorsorge bei Familienzuwachs

1. Es besteht beitragsfrei Versicherungsschutz für neugeborene eigene Kinder ab Vollendung der Geburt und für adoptierte Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ab dem Tage der Adoption.
2. Der Versicherungsschutz erlischt rückwirkend, wenn das Kind nicht innerhalb von 12 Monaten nach Beginn dieser Vorsorgeversicherung zur beitragspflichtigen Weiterversicherung angemeldet und die Erstprämie entrichtet wird.
3. Der beitragsfreie Versicherungsschutz wird in gleicher Höhe des Versicherungsschutzes der höchstversicherten Person innerhalb des Vertrages gewährt.

§ 25 Kindertarif (Tarif K)

1. Die Versicherung wird bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, zum vereinbarten Beitrag fortgeführt. Der Versicherungsnehmer hat dann folgendes Wahlrecht:
 - a) Die Versicherungssummen bleiben unverändert und es ist der Beitrag zu zahlen, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif des Versicherers für Erwachsene ergibt.
 - b) Der Beitrag bleibt unverändert und die Versicherungssummen vermindern sich im Verhältnis des zu diesem Zeitpunkt gültigen Erwachsenen-Tarifbeitrages zum bisherigen Beitrag.
2. Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß § 25, 1. nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach § 25, 1. a) fort.

§ 26 Salvatorische Klausel

Sollte eine der Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise rechtsunwirksam sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen dadurch nicht berührt. In einem solchen Fall ist der Vertrag vielmehr seinem Sinne gemäß zur Durchführung zu bringen. Beruht die Ungültigkeit auf einer Leistungs- oder Zeitbestimmung, so tritt an ihre Stelle das gesetzlich zulässige Maß.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 5 Billigungsklausel und Widerspruchsfrist

- (1) Weicht der Inhalt des Versicherungsscheines von dem Antrag oder den getroffenen Vereinbarungen ab, so gilt die Abweichung als genehmigt, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheines in Textform widerspricht.
- (2) Diese Genehmigung ist jedoch nur dann anzunehmen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheines darauf hingewiesen hat, dass Abweichungen als genehmigt gelten, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats nach Empfang des Versicherungsscheines in Textform widerspricht. Der Hinweis hat durch besondere schriftliche Mitteilung oder durch einen auffälligen Vermerk in dem Versicherungsschein, der aus dem übrigen Inhalt des Versicherungsscheines hervorgehoben ist, zu geschehen; auf die einzelnen Abweichungen ist besonders aufmerksam zu machen.
- (3) Hat der Versicherer den Vorschriften des Absatzes 2 nicht entsprochen, so ist die Abweichung für den Versicherungsnehmer unverbindlich und der Inhalt des Versicherungsantrags insoweit als vereinbart anzusehen.
- (4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherungsnehmer darauf verzichtet, den Vertrag wegen Irrtums anzufechten, ist unwirksam.

§ 5a Widerspruchsrecht

- (1) Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen nicht übergeben oder eine Verbraucherinformation nach § 10 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes unterlassen, so gilt der Vertrag auf der Grundlage des Versicherungsscheines, der Versicherungsbedingungen und der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformation als abgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nicht innerhalb von vierzehn Tagen nach Überlassung der Unterlagen in Textform widerspricht. Satz 1 ist nicht auf Versicherungsverträge bei Pensionskassen anzuwenden, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen. § 5 bleibt unberührt.
- (2) Der Lauf der Frist beginnt erst, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Unterlagen nach Absatz 1 vollständig vorliegen und der Versicherungsnehmer bei Aushändigung des Versicherungsscheines in Textform, in drucktechnisch deutlicher Form über das Widerspruchsrecht, den Fristbeginn und die Dauer belehrt worden ist. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Abweichend von Satz 1 erlischt das Recht zum Widerspruch jedoch ein Jahr nach Zahlung der ersten Prämie.
- (3) Gewährt der Versicherer auf besonderen Antrag des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz, so kann der Verzicht auf Überlassung der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformation bei Vertragsschluss vereinbart werden. Die Unterlagen sind dem Versicherungsnehmer auf Anforderung, spätestens mit dem Versicherungsschein zu überlassen. Wenn der Versicherungsvertrag sofortigen Versicherungsschutz gewährt, hat der Versicherungsnehmer insoweit kein Widerspruchsrecht nach Absatz 1.

§ 6 Obliegenheitsverletzung

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die von dem Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Gefahrerhöhung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der ihm obliegenden Leistung gehabt hat.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz, noch auf gro-

ber Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles, noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

- (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 8 Stillschweigende Verlängerung; dauernde Versicherung; Kündigung; Widerruf; Rücktritt

- (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstrecken soll.
- (2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muss für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien in gegenseitigem Einverständnis bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.
- (3) Ein Versicherungsverhältnis, das für eine Dauer von mehr als fünf Jahren eingegangen worden ist, kann zum Ende des fünften oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Satz 1 gilt nicht für die Lebens- und Krankenversicherung.
- (4) Wird mit Ausnahme der Lebensversicherung ein Versicherungsverhältnis mit einer längeren Laufzeit als einem Jahr geschlossen, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen ab Unterzeichnung des Versicherungsantrages seine auf den Vertragsabschluss gerichtete Willenserklärung schriftlich widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer über sein Widerrufsrecht belehrt und der Versicherungsnehmer die Belehrung durch Unterschrift bestätigt hat. Unterbleibt die Belehrung, so erlischt das Widerrufsrecht einen Monat nach Zahlung der ersten Prämie. Das Widerrufsrecht besteht nicht, wenn und soweit der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz gewährt oder wenn die Versicherung nach dem Inhalt des Antrages für die bereits ausgeübte gewerbliche oder selbständige berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers bestimmt ist.
- (5) Bei der Lebensversicherung kann der Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von vierzehn Tagen nach Abschluss des Vertrages vom Vertrag zurücktreten. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung der Rücktrittserklärung. Die Frist beginnt erst zu laufen, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer über sein Rücktrittsrecht belehrt und der Versicherungsnehmer die Belehrung durch Unterschrift bestätigt hat. Unterbleibt die Belehrung, so erlischt das Rücktrittsrecht einen Monat nach Zahlung der ersten Prämie. Die Sätze 1 bis 4 finden keine Anwendung auf Versicherungsverhältnisse bei Pensionskassen, die auf arbeitsvertraglichen Regelungen beruhen.
- (6) Die Absätze 4 und 5 finden keine Anwendung, soweit der Versicherungsnehmer ein Widerspruchsrecht nach § 5 a hat.

§ 12 Verjährung; Klagefrist

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren, bei der Lebensversicherung in fünf Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung verlangt werden kann.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.
- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge schriftlich abgelehnt hat.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 16 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer mitzuteilen. Erheblich sind die Gefahrenstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss ausüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.
- (2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umfangs unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das Gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.
- (3) Ein Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

§ 17 Unrichtige Anzeige

- (1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht ist.
- (2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18 Schriftliche Fragen; Rücktritt des Versicherers

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

§ 19 Vertragsabschluss durch Vertreter

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

§ 20 Rücktritt

- (1) Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.
- (2) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21 Leistungspflicht trotz Rücktritt

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

§ 22 Täuschungsanfechtung

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

§ 23 Gefahrerhöhung nach Vertragsabschluss

- (1) Nach dem Abschluss des Vertrags darf der Versicherungsnehmer nicht ohne Einwilligung des Versicherers eine Erhöhung der Gefahr vornehmen oder deren Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- (2) Erlangt der Versicherungsnehmer Kenntnis davon, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24 Fristlose Kündigung wegen Gefahrerhöhung

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so braucht dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten zu lassen.

- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25 Leistungsfreiheit des Versicherers wegen Gefahrerhöhung

- (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, eintritt, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26 Ausnahmen

Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 finden keine Anwendung, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für welches der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst wird.

§ 27 Ungewollte Gefahrerhöhung

- (1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrags eine Erhöhung der Gefahr unabhängig von dem Willen des Versicherungsnehmers ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Die Vorschriften des § 24 Abs. 2 finden Anwendung.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 28 Leistungsfreiheit wegen unterlassener Anzeige

- (1) Wird die in § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das Gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29 Unerhebliche Gefahrerhöhung

Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Gefahrerhöhung kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Gefahrerhöhung nicht berührt werden soll.

§ 29 a Gefahrerhöhung zwischen Stellung und Annahme des Antrags

Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 finden auch Anwendung auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrags eingetretene Gefahrerhöhung, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrags nicht bekannt war.

§ 30 Teilrücktritt, Teilkündigung, teilweise Leistungsfreiheit

- (1) Liegen die Voraussetzungen, unter denen der Versicherer nach den Vorschriften dieses Titels zum Rücktritt oder zur Kündigung berechtigt ist, in Ansehung eines Teils der Gegenstände oder Personen vor, auf welche sich die Versicherung bezieht, so steht dem Versicherer das Recht des Rücktritts oder der Kündigung für den übrigen Teil nur zu, wenn anzunehmen ist, dass für diesen allein der Versicherer den Vertrag unter den gleichen Bestimmungen nicht geschlossen haben würde.
- (2) Macht der Versicherer von dem Recht des Rücktritts oder der Kündigung in Ansehung eines Teiles der Gegenstände oder Personen

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis in Ansehung des übrigen Teiles zu kündigen; die Kündigung kann nicht für einen späteren Zeitpunkt als den Schluss der Versicherungsperiode geschehen, in welcher der Rücktritt des Versicherers oder seine Kündigung wirksam wird.

- (3) Liegen in Ansehung eines Teiles der Gegenstände oder Personen, auf welche sich die Versicherung bezieht, die Voraussetzungen vor, unter denen der Versicherer wegen einer Verletzung der Vorschriften über die Gefahrerhöhung von der Verpflichtung zur Leistung frei ist, so findet auf die Befreiung die Vorschrift des Absatzes 1 entsprechende Anwendung.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

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

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

- (1) Wird die Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2, 3 mit dem Ablaufe der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablaufe der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung in Verzug ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, soweit nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Soweit die in Abs. 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 40 Prämie trotz Aufhebung des Versicherungsverhältnisses

- (1) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Verletzung einer Obliegenheit oder wegen Gefahrerhöhung auf Grund der Vorschriften des zweiten Titels durch Kündigung oder Rücktritt aufgehoben oder wird der Versicherungsvertrag durch den Versicherer angefochten, so gebührt dem Versicherer gleichwohl die Prämie bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der er von der Verletzung der Obliegenheit, der Gefahrerhöhung oder von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt hat. Wird die Kündigung erst in der folgenden Versicherungsperiode wirksam, so gebührt ihm die Prämie bis zur Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- (2) Wird das Versicherungsverhältnis wegen nicht rechtzeitiger Zahlung der Prämie nach § 39 gekündigt, so gebührt dem Versicherer die Prämie bis zur Beendigung der laufenden Versicherungsperiode. Tritt der Versicherer nach § 38 Abs. 1 zurück, so kann er nur eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde in den Versicherungsbedingungen ein bestimmter Betrag für die Geschäftsgebühr festgesetzt, so gilt dieser als angemessen.
- (3) Endigt das Versicherungsverhältnis nach § 13 oder wird es vom Versicherer auf Grund einer Vereinbarung nach § 14 gekündigt, so kann der Versicherungsnehmer den auf die Zeit nach der Beendigung des Versicherungsverhältnisses entfallenden Teil der Prämie unter Abzug der für diese Zeit aufgewendeten Kosten zurückfordern.
- (4) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Unfall herbeiführt.

§ 179 Unfallversicherung auf Versicherungsnehmer oder anderen

- (1) Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer, oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
- (2) Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 finden entsprechende Anwendung.
- (3) Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrags die schriftliche Einwilligung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt oder ist für ihn ein Betreuer bestellt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Einwilligung nicht vertreten.
- (4) Soweit im Falle des Absatzes 3 die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers nach den Vorschriften dieses Gesetzes von rechtlicher Bedeutung ist, kommt auch die Kenntnis und das Verhalten des anderen in Betracht.

§ 180 Bezugsberechtigung bei Kapitalversicherung

Ist als Leistung des Versicherers die Zahlung eines Kapitals vereinbart, so gelten die Vorschriften der §§ 166 bis 168.

§ 180a Unfreiwillige Gesundheitsbeschädigung

- (1) Hängt die Leistungspflicht des Versicherers davon ab, dass der Betroffene unfreiwillig eine Gesundheitsbeschädigung erlitten hat, so wird die Unfreiwilligkeit bis zum Beweise des Gegenteils vermutet.
- (2) Auf eine Vereinbarung, durch die von den Vorschriften des Absatzes 1 zum Nachteil des Betroffenen abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 181 Vorsätzliche Herbeiführung des Unfalls

- (1) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn im Falle des § 179 Abs. 3 der Versicherungsnehmer vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Unfall herbeigeführt hat.
- (2) Ist ein Dritter als Bezugsberechtigter bezeichnet, so gilt die Bezeichnung als nicht erfolgt, wenn der Dritte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Unfall herbeiführt.

§ 182 Anzeige des Versicherungsfalles

Die Pflicht zur Anzeige des Versicherungsfalles liegt, wenn das Recht auf die Leistung einem bezugsberechtigten Dritten zusteht, diesem ob; das gleiche gilt von der Pflicht zur Auskunft und zur Beschaffung von Belegen.

§ 183 Abwendung und Minderung der Unfallfolgen

Der Versicherungsnehmer hat für die Abwendung und Minderung der Folgen des Unfalls nach Möglichkeit zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen, soweit ihm nicht etwas unbilliges zugemutet wird. Auf eine Vereinbarung, durch welche von dieser Vorschrift zum Nachteil des Versicherungsnehmers abgewichen wird, kann sich der Versicherer nicht berufen.

§ 184 Feststellungen durch Sachverständige

- (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruchs aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen durch das Gericht zu ernennen, so finden auf die Ernennung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechende Anwendung.
- (3) Eine Vereinbarung, durch welche von der Vorschrift des Absatzes 1 Satz 1 abgewichen wird, ist nichtig.

§ 185 Ermittlungskosten

- (1) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer die Kosten, welche durch die Ermittlung und Feststellung des Unfalls sowie des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers entstehen, insoweit zu erstatten, als ihre Aufwendung den Umständen nach geboten war.
- (2) Besteht zum Abschluss einer Unfallversicherung eine gesetzliche Verpflichtung, so gilt § 158b Abs. 2 entsprechend.

Die Konzept & Marketing Gruppe gehört als Konzeptentwickler und Marketinggesellschaft zu den führenden unabhängigen Finanzdienstleistern am deutschen Markt.

Wir sehen uns als unparteiisches Bindeglied zwischen ungebundenen Vermittlern und Versicherern, um für beide Seiten maximale Geschäftschancen im steten Wandel des Marktes auszuschöpfen und gleichzeitig Risiken zu minimieren.

Durch außergewöhnliche Produktkompetenz und traditionelles Risikomanagement, eng verbunden mit modernsten Informations- und Kommunikationstechnologien zur Analyse unserer gemeinsamen Märkte schaffen wir die besten Voraussetzungen, um jederzeit flexibel auf die Bedürfnisse unserer Partner und ihrer Kunden reagieren zu können.

Die Konzept & Marketing Gruppe steht für Erfolg und profitables Wachstum durch innovative Konzepte, zukunftsweisende Marketingstrategien und einen Service ohne Umwege.

Maßgeschneiderte Lösungen und professionelle Beratung aus einer Hand – Kompetent, Ehrlich und Fair!



**Konzept und
Marketing Gruppe**

Podbielskistraße 333
30659 Hannover

Telefon 05 11 – 640 540
Telefax 05 11 – 6405 4444

info@k-m.info
www.k-m.info