

Versicherungsbedingungen



**NEU:
Invaliditätsrente**

Optimaler Schutz
für die ganze Familie

Unfall-Core-Rating
"RATING-Sieger" 4. Quartal 2007

WITTE
FINANCIAL
SERVICES



KONZEPT UND
MARKETING
INVALIDITÄT
HEILBERUFE
ohne Progression

Tarife:
U4 advanced für
Heilberufe,
U4 complete für
Heilberufe

U4konzept[®]
die Unfallversicherung

Tarif advanced

Optimaler Schutz für die ganze Familie

Den bestmöglichen Schutz und die finanzielle Absicherung im Bedarfsfall zu garantieren, steht für uns an erster Stelle. Denn ein Unfalltarif muss für Sie und Ihre Familie die wirtschaftliche Existenz sichern.

Unser Produkt **U4 Konzept Tarif advanced** erfüllt die Ansprüche eines leistungsstarken Unfalltarifs bei vergleichbar günstiger Prämie.

Mit einem deutlich höheren Leistungsumfang als es in den Standardbedingungen am Markt üblich ist, kann der familienorientierte U4 Konzept Tarif advanced glänzen. Besonderes Highlight ist die leistungsstarke Gliedertaxe.

U4 Konzept Tarif advanced:

Damit Sie sich im Falle eines Falles auf Ihre Genesung konzentrieren können.

Beitragsfreie Leistungen

▶ Bergungskosten	bis 35.000 €
▶ Umschulungsmaßnahmen	bis 12.000 €
▶ Kosmetische Operationen	bis 10.000 €
▶ Sofortleistung bei Schwerverletzung	bis 10.000 €
▶ Behinderungsbedingte Kosten	bis 10.000 €
• Kosten für Prothesen und Hilfsmittel	bis 3.000 €
▶ Rehabilitationskostenbeihilfe bzw. Kurkostenbeihilfe	bis 10.000 €
▶ Rückholkosten	bis 10.000 €
▶ Rooming-In-Leistung *	30 € pro Übernachtung in den ersten 10 Tagen 15 € ab 11. Tag ohne zeitliche Begrenzung
▶ Kosten für Nachhilfeunterricht *	bis 30 € pro Tag (max. 100 Tage)
▶ Kosten für Haushaltshilfe *	bis 50 € pro Tag (max. 500 €)

* Im Kindertarif

Es gelten die Bestimmungen und die Gliedertaxe im gültigen Bedingungswerk.

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, Ersticken oder Erfrieren
- ▶ Verschollenheit
- ▶ Unfall in Folge von Bewusstseinsstörungen durch Einnahme ärztlich verordneter Medikamente
- ▶ Unfall in Folge von Bewusstseinsstörungen durch Krampfanfälle
- ▶ Durch Trunkenheit – beim Lenken eines Kfz unter 1,1 ‰
- ▶ Passives Kriegsrisiko – Frist verlängert auf bis zu 14 Tage
- ▶ Lebensmittelvergiftungen
- ▶ Folgen von allgemeinen Vergiftungen durch Aufnahme sonstiger Stoffe bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres
- ▶ Gesundheitsschädigungen durch Strahlen (Maser, Laser, künstliches UV-Licht etc.)
- ▶ Röntgenstrahlen
- ▶ Maniküre, Pediküre, Entfernen von Hühneraugen und Hornhaut
- ▶ Unfall in Folge eines Schlaganfalls oder Herzinfarkts

Erhöhte Kraftanstrengung

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

Infektionen

- ▶ Durch Tierbisse einschließlich Infektionsfolgen
- ▶ Durch Insektenstiche und Zeckenbisse
- ▶ Durch plötzliches Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund und Nase
- ▶ Durch Beschädigung der Haut, sofern mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt ist
- ▶ Infektionskrankheiten – z. B. Borreliose, Cholera, Meningitis, Masern, Mumps, Tollwut, etc.
- ▶ Impfschäden
- ▶ Leistung bei Infektionen bereits ab 1% Invalidität
- ▶ Leistung bei Infektionen für alle versicherten Leistungsarten

Es gelten die Bestimmungen und die Gliedertaxe im gültigen Bedingungswerk.





Versicherungsleistungen

Krankenhaustagegeld und Genesungsgeld

- ▶ Krankenhaustagegeld bis 1.000 Tage innerhalb von 5 Jahren
- ▶ Auslandskrankenhaustagegeld: Verdopplung für max. 3 Wochen
- ▶ Gemischte Institute (Krankenhaustagegeld bei Notfalleinweisung in Krankenanstalt)
- ▶ Krankenhaustagegeld bei Aufenthalt in Rehaklinik bei unmittelbarer Anschlussbehandlung
- ▶ Genesungsgeld für 100 Tage in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes
- ▶ Genesungsgeld auch dann, wenn die versicherte Person im Krankenhaus verstirbt
- ▶ 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 Todesfallleistung bei Tod beider Elternteile – maximal 50.000 €
- ▶ Todesfallleistung wird bei Unfalltod innerhalb von 24 Monaten gezahlt (eine eventuelle Leistung im 2. Jahr erfolgt nur, falls keine Invalidität eingetreten war und Infektionen nicht mitgewirkt haben)

Erweiterte Übergangsleistung

- ▶ 25 % der versicherten Leistung, wenn nach 3 Monaten noch eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu 100 % besteht
- ▶ 100 % der versicherten Leistung, wenn nach 6 Monaten noch eine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu 50 % besteht
- ▶ Bei Schwerverletzung wird die Leistung als Sofortleistung fällig

Invaliditätsleistung / Invaliditätsrente

- ▶ Invaliditätseintritt innerhalb von 12 Monaten
- ▶ Invaliditätsfeststellung und -anmeldung bis 18 Monate nach Unfalleintritt
- ▶ Vorschusszahlung auf Invaliditätsleistung, 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 15.000 € – obwohl Unfalltod nicht versichert wurde
- ▶ Frist für Neubemessung des Invaliditätsgrades (Versicherungsnehmer bis 36 Monate / Versicherer bis 24 Monate)
- ▶ Fristverlängerung der Neubemessung bei Kindern bis zum 14. Lebensjahr von 3 auf 5 Jahre
- ▶ Invaliditätsrente lebenslang
- ▶ 1%ige Rentendynamik bis zum Eintritt des Versicherungsfalles

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)
- ▶ Beitragsfreie Mitversicherung des Neugeborenen bis zu einem Jahr
- ▶ Beitragsrückerstattung bei Arbeitslosigkeit für maximal 12 Monate
- ▶ Beitragsrückerstattung bei Arbeitsunfähigkeit für maximal 12 Monate

Vorerkrankungen

- ▶ Anrechnung der Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen ab 50%

Kostenerstattungen

- ▶ Ärztliche Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen
- ▶ Erstattung des Verdienstausfalls, bei Selbstständigen ohne Nachweis 1,5‰ der Invaliditätssumme, maximal 200 €

Weitere Besonderheiten

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



Tarif advanced Versicherungsbedingungen

Bei der Bewertung der Qualität einer Unfallversicherung spielen vier Merkmale eine entscheidende Rolle:

- ▶ eine weitreichende Definition des Begriffs Unfall
- ▶ der Umfang der Pflichten, wenn Sie Leistungen in Anspruch nehmen möchten
- ▶ kundenorientierter Service im Schadenfall
- ▶ eine möglichst hohe Leistung bei Invalidität – diese bestimmt sich im Wesentlichen durch:
 - ▶ Höhe der Gliedertaxe
 - ▶ Gestaltung der jeweiligen Progression

Übersicht

Die Versicherungsbedingungen gliedern sich in vier Abschnitte:

- A. Verbraucherinformation zum U4 Konzept Tarif advanced
- B. Inhaltsverzeichnis
- C. Allgemeine Bestimmungen
- D. Unfallversicherungsbedingungen

A. Verbraucherinformation zum U4 Konzept Tarif advanced

Ihr Versicherer ist:

Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln

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.

Sämtlicher Schriftverkehr, Willenserklärungen sowie Zahlungen sind zu richten an:

Konzept & Marketing GmbH (K&M),

Podbielskistraße 333, 30659 Hannover

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 zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, mit der rechtzeitigen Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags gemäß § 4 der Versicherungsbedingungen.

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 § 4 der Versicherungsbedingungen.

Beitragsänderung, Bedingungsänderung:

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

Versichererwechsel:

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

Widerrufsrecht:

Der Versicherungsnehmer kann seine Vertragserklärung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt am Tag, nachdem der Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die Vertragsinformationen gemäß § 7 Abs. 2 des Versicherungsvertragsgesetzes und diese Belehrungen in Textform zugegangen sind. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an Konzept & Marketing GmbH, Podbielskistr. 333, 30659 Hannover. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 0511 / 64 05 44 44.

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer erstattet den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Widerruf entfällt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, kann der Versicherer einbehalten, wenn der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Hat der Versicherungsnehmer eine solche Zustimmung nicht erteilt oder beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der Widerrufsfrist, erstattet der Versicherer den gesamten Beitrag.

Beiträge werden unverzüglich – spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs – erstattet.

Besondere Hinweise:

Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt wurde, bevor der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht ausgeübt hat. Widerruft der Versicherungsnehmer einen Ersatzvertrag, so läuft der ursprüngliche Versicherungsvertrag weiter.

Geltendes Recht:

Es gilt deutsches Recht.

Zuständigkeit für Beschwerden:

Beschwerden kann der Versicherungsnehmer an folgende Instanzen richten:

- Beauftragter für die Anliegen der Mitglieder, 50598 Köln
- Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de. Das Streitschlichtungsverfahren ist für den Versicherungsnehmer kostenlos, da die Gothaer Allgemeine Versicherung AG ein Vereinsmitglied ist.
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

B. Inhaltsverzeichnis

Unfallversicherungsbedingungen

- § 1 Anzeigen und Willenserklärungen
- § 2 Versicherungsdauer, Vertragsverlängerung, Kündigung, Rechtsverhältnisse
- § 3 Ruhen bei militärischen Einsätzen
- § 4 Beitragszahlung, Fälligkeit
- § 5 Widerrufsrecht
- § 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, 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
 - III. Progressive Invaliditätsstaffeln
 - IV. Invaliditätsrente
 - V. Erweiterte Übergangsleistung
 - VI. Krankenhaustagegeld
 - VII. Genesungsgeld, Eigenbehaltskosten
 - VIII. Todesfallleistung
 - IX. Kosmetische Operationen
 - X. Heilkostenhilfe
- § 21 Beitragsfreie Leistungen
 - I. Bergungskosten
 - II. Kosmetische Operationen
 - III. Rooming-in-Leistung im Kindertarif
 - IV. Doppelte Todesfallleistung
 - V. Sofortleistung bei Schwerverletzung
 - VI. Rehabilitations- bzw. Kurkostenbeihilfe
 - VII. Rückholkosten
 - VIII. Behinderungsbedingte Kosten
 - IX. Umschulungsmaßnahmen
 - X. Haushaltshilfe
 - XI. Nachhilfeunterricht
 - XII. Räuberischer Überfall / Geiselnahme
- § 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

C. Allgemeine Bestimmungen

§1 Anzeigen und Willenserklärungen

1. Die Verwaltungsgesellschaft des Versicherers für alle U4 Konzept Tarif advanced-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 gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung des Namens des Versicherungsnehmers.

§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 um 12.00 Uhr mittags.
2. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, mit der rechtzeitigen Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags gemäß §4 der Versicherungsbedingungen.
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 und die Kündigung zugegangen ist.
4. 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 zugegangen sein. Sie wird sofort nach Zugang wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode wirksam wird.
5. Der Versicherungsnehmer ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
6. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§3 Ruhen bei militärischen Einsätzen

Leistet die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation, besteht der Versicherungsschutz weiter. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind, bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Der Versicherungsschutz ruht, sobald die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Leistet die versicherte Person Pflichtwehrdienst oder Zivildienst oder nimmt sie an militärischen Reserveübungen teil, ist eine Mitteilung nach § 6 nicht erforderlich.

§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 erste oder einmalige Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, kann K&M vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. K&M kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

3. Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. K&M wird den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung auffordern und ihm eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Die Fristsetzung ist nur wirksam, wenn die rückständigen Beträge des Beitrags sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angegeben sind, die mit dem Fristablauf verbunden sind. K&M ist berechtigt, Ersatz des ihr durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Absatz 2 darauf hingewiesen wurde.

C. Allgemeine Bestimmungen

4. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann K&M den Vertrag kündigen, wenn K&M den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 3 darauf hingewiesen hat.

Hat K&M gekündigt und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

5. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug ist. Ferner kann K&M für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
6. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat K&M, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§5 Widerrufsrecht

Der Versicherungsnehmer wird über sein Widerrufsrecht im Antrag und in der Verbraucherinformation belehrt.

§6 Änderung der Berufstätigkeit

1. Die Höhe der Versicherungssumme bzw. des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Personen ab. Grundlage für die Bemessungen der Versicherungssummen und Beiträge ist das für diesen Tarif zugrunde liegende Berufsgruppenverzeichnis.

Im Rahmen des Berufsgruppenverzeichnisses wird in 3 Gefahrengruppen unterschieden. Die einzelne Gefahrengruppe ist dabei maßgeblich für die Höhe des Beitrags.

Gefahrengruppe A

Alle weiblichen Personen unabhängig ihrer Berufstätigkeit.

Männliche Personen ohne körperliche und ohne handwerkliche Berufstätigkeit

Gefahrengruppe B

Männliche Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit

Gefahrengruppe K

Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

Das vollständige Berufsgruppenverzeichnis kann im Internet wie folgt abgerufen werden:

www.k-m.info/Berufsgruppenverzeichnis

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, weil die Höhe der Versicherungssumme bzw. des Beitrags maßgeblich von diesen Umständen abhängt.

Die Ableistung von Pflichtwehrdienst, Zivil- und Ersatzdienst sowie militärische Reserveübungen zählen nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung.

2. Errechnen sich durch die Berufsänderung bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif höhere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die Erhöhung der Versicherungssumme ist auf die Höchstversicherungssumme des jeweiligen Tarifes begrenzt.

Sofern gewünscht, wird der Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag

weitergeführt. Der gesenkte Beitrag wird ab dem Zeitpunkt berechnet, zu dem die Erklärung dem Versicherer bzw. K&M zugeht.

Ein solcher Fall liegt immer dann vor, wenn die versicherte Person von einer Berufstätigkeit, die der Gefahrengruppe B zuzurechnen ist, in eine Berufstätigkeit wechselt, die der Gefahrengruppe A zuzurechnen ist.

3. Errechnen sich durch die Berufsänderung bei gleichbleibendem nach dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf von 2 Monaten ab der Änderung.

Sofern gewünscht, wird der Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Summen bei erhöhtem Beitrag weitergeführt. Der erhöhte Beitrag wird nach dem Ablauf von zwei Monaten – gerechnet ab dem Zeitpunkt, ab dem die neue Berufstätigkeit aufgenommen wurde – berechnet.

Unterbleibt versehentlich die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit in der vorgesehenen Frist, so bleibt der Versicherungsschutz gleichfalls voll bestehen. Die Beitragsberechnung erfolgt nachträglich.

Ein solcher Fall liegt immer dann vor, wenn die versicherte Person von einer Berufstätigkeit, die der Gefahrengruppe A zuzurechnen ist, in eine Berufstätigkeit wechselt, die der Gefahrengruppe B zuzurechnen ist.

4. Ergeben sich im Rahmen der versicherten Tätigkeiten ausnahmsweise Sondergefahren, für die gemäß Ziffer 3 entweder niedrigere Versicherungssummen oder aber höhere Beiträge zu berechnen wären, so unterbleibt eine solche Berechnung, wenn die Sondergefahr nur kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand ist.

Die Berechnung gemäß Ziffer 3 entfällt auch dann, wenn die Sondergefahr zwar in regelmäßigen Abständen ausgeübt wird, jedoch nur kurzfristig ist und eine grundsätzliche Änderung der versicherten Tätigkeit nicht beinhaltet. Eine in regelmäßigen Abständen ausgeübte Sondergefahr ist gegenüber dem Versicherer anzeigespflichtig.

5. Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach den vorhandenen Tarifen keinen Versicherungsschutz (siehe Berufsgruppenverzeichnis), so kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat oder wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

6. Hat der Versicherungsnehmer die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen.

Bei grobfahrlässiger Verletzung der Pflicht des Versicherungsnehmers zur unverzüglichen Anzeige, ist der Versicherer berechtigt, die Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bestehen.

Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt bestehen, wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

D. Unfallversicherungsbedingungen

Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung seitens des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalls und auf den Umfang der vom Versicherer zu erbringenden Leistung gehabt hat.

7. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die eine der folgenden beruflichen Tätigkeiten ausüben: Artist, Stuntman, Tierbändiger, Sportler, der seinen Lebensunterhalt überwiegend aus einer sportlichen Tätigkeit heraus bestreitet.

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet der Versicherungsvertrag; überzahlte Beiträge werden erstattet.

§7 Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Der Versicherungsnehmer oder sein Bevollmächtigter hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten Gefahrumstände anzuzeigen, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat und die für den Entschluss des Versicherers erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt.

Die versicherte Person ist neben dem Versicherungsnehmer für wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder einem Vertreter des Versicherungsnehmers ohne Vertretungsvollmacht geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

2. Rücktritt

- a) Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Der Versicherer muss sein Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die sein Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.

- b) Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer kann sich auf das Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht wurden.

Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer dem Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

- c) Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, darf er den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.

Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

3. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen.

Dabei sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat. Der Versicherer kann sich nicht auf das Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf sein Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Der Versicherer muss die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich nicht auf eine Vertragsanpassung berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

4. Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung über Gefahrumstände anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

D. Unfallversicherungsbedingungen

§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 Verdienstaufalles 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 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 VIII Ziffern 3 und 4 genannten Obliegenheiten im Falle des Todes einer versicherten Person wird hingewiesen.

§9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Wird eine nach Eintritt des Unfalls zu erfüllende Obliegenheit vorsätzlich verletzt, besteht kein Versicherungsschutz.
2. Bei grobfahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Obliegenheit nicht grobfahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
3. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.
4. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.
5. 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 – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, werden nach Abstimmung mit K&M ersetzt; sonstige Kosten werden nicht übernommen.
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. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt K&M – auf Verlangen des Versicherungsnehmers – einen angemessenen Vorschuss.
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, der Versicherer bis zu zwei Jahren nach Eintritt des Unfalls erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend § 10 Ziffer 1 und von Seiten des Versicherungsnehmers vor Ablauf der Frist 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 Ziffer 1 von drei Jahren auf fünf Jahre verlängert.

§12 Verjährung, Gerichtsstand und geltendes Recht

1. Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den Allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (§§ 195, 199 BGB).
Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem dem Versicherungsnehmer die Entscheidung in Textform zugeht.
2. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung des Versicherers. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz, oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.
3. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

D. Unfallversicherungsbedingungen

§ 13 Empfangsvollmacht

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

§ 14 Versichererwechsel

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.
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. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.
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 Ziffer 8 ausgeschlossen, sofern nicht ein Unfallereignis die überwiegende Ursache darstellt.
5. Als Unfall gilt auch, wenn der Versicherte bei der rechtmäßigen Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen eine Gesundheitsschädigung erleidet.
6. 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.
7. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, sofern sie nicht Folge eines regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Geräten sind; unberührt hiervon bleibt § 17.

8. Als Unfall gelten auch Nahrungsmittelvergiftungen. Die Aufnahme sonstiger Stoffe durch den Schlund ist nur bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres versichert.

9. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich darüber hinaus auf Infektionen, die durch Tierbisse (auch Insektenstiche) hervorgerufen werden und auf folgende Infektionskrankheiten: Borreliose, Brucellose, Cholera, Diphtherie, Dreitagefieber, Echinokokkose (Fuchsbandwurm), epidemische Kinderlähmung (Poliomyelitis), FSME (Frühsommer Meningo-Enzephalitis), Fleckfieber, Gelbfieber, Hirnhautentzündung (Meningitis), Keuchhusten, Lepra, Malaria, Masern, Mumps, Pest, Röteln, Schlafkrankheit, Tollwut, Tularämie (Hasenpest), Tetanus (Wundstarrkrampf) sowie Gesundheitsschädigungen aufgrund von Schutzimpfungen gegen die vorgenannten Infektionskrankheiten.

10. Beim Tauchen erlittene, hierfür typische Gesundheitsschäden sind auch versichert, ohne dass ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis eingetreten ist.

11. Ertrinken, Ersticken oder Erfrieren gelten als Unfälle im Sinne dieser Bedingungen.

§ 17 Was ist nicht versichert?

1. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden. Unfälle infolge von Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, oder durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht werden, gelten als mitversichert.

Durch Trunkenheit verursachte Unfälle sind mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,1 Promille liegt.

2. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurden.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz besteht längstens für 14 Tage – für die Benutzung von Luftfahrzeugen längstens 7 Tage – nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichem Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

D. Unfallversicherungsbedingungen

4. 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.
5. Unfälle der versicherten Person
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

Der Versicherungsschutz wird in diesem Fall nach den im Rahmen des Vertrages vereinbarten Leistungsarten und Versicherungssummen gewährt, höchstens jedoch bis zu folgenden Versicherungssummen:

- 1.000.000 EUR für den Todesfall
- 2.000.000 EUR für den Invaliditätsfall
- 250 EUR für Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld
- 10.000 EUR für Bergungskosten
- 10.000 EUR für kosmetische Operationen

Bestehen für die versicherte Person bei der "Gothaer Allgemeine Versicherung AG" weitere Unfallversicherungen, so gelten diese Höchstbeträge auch als Höchstversicherungssummen für alle Versicherungen insgesamt.

Benutzen mehrere bei der „Gothaer Allgemeine Versicherung AG“ versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus allen bei der „Gothaer Versicherung AG“ bestehenden Verträgen für diese Personen insgesamt die jeweilige Summe von

- 10.000.000 EUR für den Todesfall
- 20.000.000 EUR für den Invaliditätsfall
- 2.500 EUR für Krankenhaustagegeld / Genesungsgeld
- 100.000 EUR für Bergungskosten
- 100.000 EUR für kosmetische Operationen

so muss K&M mindestens drei Arbeitstage vor Antritt der Flugreise verständigt werden. Hat K&M keine Deckungszusage für Versicherungssummen erteilt, die die vorgenannten Beträge überschreiten, so gelten diese Beträge als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle Versicherten, die sich in demselben Flugzeug befinden, und die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis.

6. Unfälle als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges bei Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
7. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
8. Bandscheibenschäden sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, sofern nicht ein Unfallereignis nach § 16 Ziffer 3 die überwiegende Ursache ist.
9. 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 diese Bedingungen fallendes Unfallereignis nach § 16 veranlasst waren. Maniküre und Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut gelten nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme.

10. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht werden. Mitversichert sind dagegen die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen ausschließlich auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des zentralen Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen ist.

§ 18 Einschränkung der Leistung

1. Der Versicherer leistet für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen 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 50 % beträgt. Die Beweislast für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen liegt beim Versicherer.
2. Sofern mehrere Unfallversicherungsverträge für die versicherte Person bestehen, kann der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person – was den Bereich der Positionen Kostenerstattung (§ 20 IX + X, § 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 dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung. Die versicherte Person ist schwerpflegebedürftig, sobald sie in der Pflegestufe II der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird; sie ist schwerstpflegebedürftig, sobald sie in die Pflegestufe III der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird.
2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nach § 19 Ziffer 1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet der Versicherungsvertrag; überzahlte Beiträge werden erstattet.
3. Tritt die dauernde Pflegebedürftigkeit während der Vertragslaufzeit ein, endet der Versicherungsschutz mit Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit. Der Versicherungsschutz kann jedoch auf Antrag des Versicherungsnehmers bestehen bleiben. K&M führt dazu eine gesonderte Gesundheitsprüfung durch. Der Versicherungsschutz über den Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit hinaus muss von K&M ausdrücklich angenommen und schriftlich bestätigt werden. Versicherungsschutz besteht erst wieder mit der Bestätigung durch K&M. Wird innerhalb des Jahres nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit kein Antrag gestellt, ist eine Fortführung nicht möglich. Der Vertrag endet in diesem Fall mit Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

§ 20 Leistungsarten

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

I. Invaliditätsleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung sind:
 - a) Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

D. Unfallversicherungsbedingungen

- b) Die Invalidität muss innerhalb von einem Jahr nach dem Unfall eingetreten sein und innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer bei K&M geltend gemacht werden.
- Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
 - 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.
 - Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall vereinbarten Summe gezahlt.
 - Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der Invalidität.
 - Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	80 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	80 %
einer Hand	75 %
eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
aller Finger einer Hand	70 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
eines Fußes	70 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	5 %
eines Auges	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Geruchssinns	15 %
des Geschmackssinns	15 %
der Stimme	100 %
 - Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
 - 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.
 - Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden nicht berücksichtigt.
 - Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der gesamte Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität nach § 20 I Ziffer 6 gemindert. Ausnahmen hiervon sind Vorschädigungen an Augen und Ohren:
 - War ein Auge vor dem Unfall nachweislich bereits vollständig verloren oder funktionsuntüchtig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 100 %.

- 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 %.
- Als "vollständig verloren" gilt, wenn die Vorschädigung des Auges bzw. des Gehörs auf einem Ohr mindestens 80 % betragen hat.

II. Spezielle Gliedertaxe für Heilberufe

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 Ziffer 6 zu den dann gültigen Prämienätzen, 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

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

b) Gliedertaxe für Heilberufe:

In Abänderung von Ziffer 6 gelten als Invaliditätsgrade – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	100 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	100 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	100 %
einer Hand	100 %
eines Daumens	60 %
eines Zeigefingers	60 %
eines anderen Fingers	20 %
aller Finger einer Hand	100 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	80 %
eines Fußes	70 %
einer großen Zehe	15 %
einer anderen Zehe	5 %
eines Auges	80 %
des Gehörs auf einem Ohr	40 %
des Geruchssinns	15 %
des Geschmackssinns	15 %
der Stimme	100 %

III. Progressive Invaliditätsstaffeln

- 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.

D. Unfallversicherungsbedingungen

2. Invaliditätsstaffel 225 %

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

Verlauf der Progressionsstaffel

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 %

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Verlauf der Progressionsstaffel

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 %

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme,
- für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätssumme.

Verlauf der Progressionsstaffel

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. Invaliditätsrente

- Führt ein bedingungsgemäßer Unfall nach den §§ 16, 17 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die gewählte Rente lebenslang.

Der sich durch eine vertraglich vereinbarte Progressionsstaffel (§ 20 III) oder durch die spezielle Gliedertaxe für Heilberufe (§ 20 II) ergebende Invaliditätsgrad wird nicht berücksichtigt – die Festsetzung des Invaliditätsgrades erfolgt ausschließlich nach § 20 I. Die garantierte Höhe der monatlich zu zahlenden Rente geht aus dem Antrag und dem Versicherungsschein hervor. Sie erhöht sich ab dem Versicherungsbeginn jährlich um 1 % bis zum Eintritt des Versicherungsfalles. Sie wird rückwirkend ab Beginn des Monats, der dem Unfallereignis folgt, gezahlt. Die Zahlung erfolgt bis zum Ende des Monats,

- in dem eine Neufestsetzung des Invaliditätsgrades nach § 11 ergibt, dass der Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist. Eine Rückforderung der bereits erbrachten Rentenleistungen erfolgt nicht;
 - in dem die versicherte Person stirbt.
- Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfallereignis ein, so besteht kein Anspruch auf Rentenzahlung. Bereits erbrachte Rentenleistungen können zurückgefordert werden. Beim Tod aus unfallfremder Ursache zahlt der Versicherer die vereinbarte Rente bis zum Ablauf einer fünfjährigen Rentengarantiezeit an die Erben oder an die ihm als bezugsberechtigte Person. Die Rentengarantiezeit beginnt mit dem Entstehen der Rentenleistungspflicht des Versicherers.

D. Unfallversicherungsbedingungen

3. Rentenleistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringt der Versicherer gegen Vorlage eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt der versicherten Person. Der Versicherer kann einmal im Jahr einen amtlichen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Die mit dem Nachweis verbundenen Kosten gehen zu Lasten des Versicherungsnehmers.

V. Erweiterte Übergangsleistung

1. 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:
 - a) nach Ablauf von drei Monaten seit Eintritt des Unfalls noch zu 100 % oder
 - b) nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalls noch zu mindestens 50 %
2. Im Falle nach § 20 V Ziffer 1 a) werden zunächst 25 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt, die mit einer später eventuell erfolgenden Leistung nach § 20 V Ziffer 1 b) verrechnet werden.
3. Die Übergangsleistung ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend zu machen.
4. 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
 - gewebeerstörender Schaden an zwei inneren Organen
 - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten
 - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - a) gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs
 - b) Bruch eines langen Röhrenknochens
 - c) Bruch des Beckens
 - d) Bruch der Wirbelsäule
5. Die vertraglich vereinbarte erweiterte Übergangsleistung wird je Unfallereignis maximal bis zur Höhe der im Versicherungsschein fest gelegten Summe nur einmal gezahlt.

VI. Krankenhaustagegeld

1. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet.
2. Das vereinbarte Krankenhaustagegeld wird innerhalb von fünf Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt, längstens jedoch für 1.000 Tage insgesamt je Schadenfall.
3. Mehrere Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalls gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
4. Erfolgt aufgrund des Unfalls 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.

5. 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. Eignet 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.

VII. Genesungsgeld, Eigenbehaltskosten

1. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aus der vollstationären Behandlung entlassen wurde und Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach § 20 VI 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 Unfalls 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 Eigenbehaltskosten 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.

VIII. Todesfalleistung

1. Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht ein Anspruch auf die versicherte Todesfalleistung.
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 Ziffer 9 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. Auf die Folgen von Obliegenheitsverletzungen wird hingewiesen (siehe § 9).
4. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen. Auf die Folgen von Obliegenheitsverletzungen wird hingewiesen (siehe § 9).
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.

D. Unfallversicherungsbedingungen

IX. 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 Versicherten 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 Unfalls 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.

X. 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 privatrechtlich 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 IX beschriebenen Leistungsarten sind mit einer Versicherungssumme von 10.000 EUR beitragsfrei mitversichert.

III. Rooming-in-Leistung im Kindertarif

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

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.

D. Unfallversicherungsbedingungen

V. Sofortleistung bei Schwerverletzung

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

VI. Rehabilitations- bzw. Kurkostenbeihilfe

1. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne von § 16 eine Beihilfe bis zu dem unter § 21 VI Ziffer 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 Kur- bzw. Reha-Maßnahme von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat (Schadenversicherung).
2. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt auch § 18.
3. Die medizinische Notwendigkeit der Kur- / Reha-Maßnahme und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
4. Die beitragsfreie Versicherungssumme beträgt 10.000 EUR.

VII. 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 VII Ziffer 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.

VIII. 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) bis c) bis zur Höhe von 10.000 EUR und zu d) bis zur Höhe von 3.000 EUR.

IX. Umschulungsmaßnahmen

1. Führt die versicherte Person infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung durch, werden die Kosten bis zu der in § 21 IX Ziffer 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.

X. Haushaltshilfegeld

Es werden die Kosten übernommen, wenn

- sich die den Haushalt versorgende oder mitversorgende versicherte Person wegen eines Unfalls im Sinne von § 16 der Bedingungen, in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, und
- im Haushalt dieser versicherten Person mindestens ein im Verhältnis zu ihr unterhaltsberechtigtes Kind von unter 15 Jahren zu versorgen ist.

Die Kostenübernahme beträgt bis zu 50 EUR je Tag vollstationären Aufenthalts, höchstens jedoch insgesamt 500 EUR je Unfallereignis. Die medizinische Notwendigkeit des vollstationären Aufenthalts aufgrund eines Unfallereignisses ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

XI. Nachhilfeunterricht

1. Kann das versicherte Kind, welches aufgrund eines Unfalls 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 Unfallereignis und ist auf 30 EUR pro Tag und insgesamt auf das 100fache des Tagesatzes begrenzt.

XII. Räuberischer Überfall / Geiselnahme

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf psychologische Soforthilfe für die versicherte Person unmittelbar nach einem räuberischen Überfall oder nach einer Geiselnahme, deren Opfer sie geworden ist. Ersetzt werden die Kosten für die ersten 10 Sitzungen nach dem Überfall bzw. der Geiselnahme.

§ 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 herbeigeführt 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.

D. Unfallversicherungsbedingungen

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-Tarifbeitrags zum bisherigen Beitrag.
2. Hat der Versicherungsnehmer sein Wahlrecht gemäß § 25 Ziffer 1 nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach § 25 Ziffer 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.



**Konzept und
Marketing Gruppe**

Podbielskistraße 333
30659 Hannover

Tel. 05 11 - 640 540
Fax 05 11 - 6405 4444
E-Mail info@k-m.info
www.k-m.info

Risikoträger
Gothaer Allgemeine Versicherung AG
Gothaer Allee 1
50969 Köln