

**Versicherungsbedingungen**



**Optimaler Schutz  
für die ganze Familie**

## 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
	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. 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

### 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
§ 180 a	Unfreiwillige Gesundheitsbeschädigung
§ 181	Vorsätzliche Herbeiführung des Unfalls
§ 182	Anzeige des Versicherungsfalls
§ 183	Abwendung und Minderung der Unfallfolgen
§ 184	Feststellung durch Sachverständige
§ 185	Ermittlungskosten

## Allgemeine Bestimmungen

### Verbraucherinformation zum Tarif U4 Konzept 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.

#### Sämtlichen Schriftverkehr, Willenserklärungen sowie Zahlungen richten Sie bitte direkt 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 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 Konzept advanced weisen wir hin.

#### Versichererwechsel:

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

#### Widerspruchsrecht:

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 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 Gothaer Allgemeine Versicherung AG, Gothaer Allee 1, 50969 Köln
- Verein Versicherungsombudsmann e.V., Postfach 080632, 10006 Berlin, E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto: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.

## 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 zugegangen 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 zugegangen 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

Leistet die versicherte Person Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation, besteht der Versicherungsschutz weiter. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegereignisse 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.

Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigem Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen 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.

## Allgemeine Bestimmungen

### § 5 Widerspruchsrecht

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

### § 6 Änderung der Berufstätigkeit:

1. Eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, weil die Höhe der Versicherungssumme bzw. des Beitrages maßgeblich von diesen Umständen abhängt.
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. der K&M zugeht.
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.
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 anzeigepflichtig.  
Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach den vorhandenen Tarifen keinen Versicherungsschutz, so kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Für die in § 19, 1.a) genannten Berufsgruppen endet der Vertrag ab Aufnahme dieser beruflichen Tätigkeit, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Gleichzeitig erlischt der Versicherungsschutz.  
Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. 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.

Hat die versicherte Person 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.

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. Das Gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalles – 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 Unfalles und auf den Umfang der vom Versicherer zu erbringenden Leistung gehabt hat.

### § 7 Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Der Versicherungsnehmer oder sein Bevollmächtigter sind verpflichtet, dem Versicherer bei Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. In diesem Zusammenhang hat der Versicherungsnehmer insbesondere die vom Versicherer im Versicherungsantrag gestellten Fragen zu beantworten. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Ein Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.  
Die versicherte Person ist neben dem Versicherungsnehmer für wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der 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. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat.  
Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung dem Versicherungsnehmer gegenüber.
  - b. Ausschluss des Rücktrittsrechts  
Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn er die nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände oder deren unrichtige Anzeige kannte.  
Dasselbe gilt, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder von ihm noch von seinem Bevollmächtigten schuldhaft gemacht wurden.

## Allgemeine Bestimmungen

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

### c. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Ist der Versicherungsfall bereits eingetreten, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder auf den Eintritt des Versicherungsfalles noch auf den Umfang der Leistung Einfluss gehabt hat. Im Fall des Rücktritts sind der Versicherer und der Versicherungsnehmer verpflichtet, die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist vom Zeitpunkt des Empfangs an zu verzinsen. Der Versicherer behält aber seinen Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der im Zeitpunkt des Rücktritts abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

### 3. Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

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

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

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

### 4. Anfechtung

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

## § 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, der 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, dass 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 Zerreißen bzw. Bauch-, Unterleibs-, Knochen- oder Leistenbrüche hervorgerufen werden. Bandscheibenschäden bleiben jedoch gemäß § 17, 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) hervorge-

rufen 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.
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.

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person jedoch als Fluggast.

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 müssen Sie uns mindestens drei Arbeitstage vor Antritt der Flugreise verständigen. Haben wir 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, 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 wurden.

**§ 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 50 % 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 Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke. 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, 1. a) 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 versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).
  - 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.
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:

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit

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 %

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 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, 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, Rettungsassistenten, Studenten der Medizin oder Pharmazie, Veterinäre, Zahnärzte, Zahnarzthelfer.
- b) Gliedertaxe für Heilberufe:

In Abänderung von Ziffer 6 gelten als feste 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

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 gesteuert.
2. Invaliditätsstaffel 225 %  
Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
  - a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
  - b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,
  - c) 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:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünfmalige 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:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme,
- c) 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. 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, IV, 1.a) werden zunächst 25 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt, die mit einer später eventuell erfolgenden Leistung nach § 20, IV, 1. b) verrechnet werden.
3. Die Übergangsleistung ist spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles 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
  - gewebezerstörender Schaden an zwei inneren Organen
  - Brüche langer Röhrenknochen an zwei unterschiedlichen Gliedmaßenabschnitten
  - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
    - a) gewebezerstörender 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.

V. Krankenhaustagegeld

1. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles 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 Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
4. 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.

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. 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, Eigenbehaltskosten

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 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.

#### 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 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 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 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, VIII 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.

### V. Sofortleistung bei Schwerverletzung

1. Auch bei nicht versicherter Übergangslleistung 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 Übergangslleistung nach § 20, IV versichert, wird die beitragsfreie Leistung nach § 21, V, 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, 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, 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.

### 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)-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, 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.

### 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 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.

### 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.

#### 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.

#### § 5 a 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 grober 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 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 Gebrauch, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, das Versicherungsverhältnis in Ansehung des übrigen Teiles zu kündigen; die

## Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

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 Verträge 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.





**Konzept und  
Marketing Gruppe**

Podbielskistraße 333  
30659 Hannover

Tel. 05 11 - 640 540  
Fax 05 11 - 6405 4444  
E-Mail [info@k-m.info](mailto:info@k-m.info)  
[www.k-m.info](http://www.k-m.info)

Risikoträger

Gothaer Allgemeine Versicherung AG  
Gothaer Allee 1  
50969 Köln