

U4 Konzept Jubiläumstarif

Unfallversicherung



Versicherungsbedingungen

Bester Schutz zur TOP Prämie!

Übersicht

Die Versicherungsbedingungen gliedern sich in vier Abschnitte:

- A. Verbraucherinformation
- B. Inhaltsverzeichnis
- C. Allgemeine Bestimmungen
- D. Unfallversicherungsbedingungen
- E. Merkblatt zur Datenverarbeitung

Angaben zu den Versicherern:

Nachfolgend eine Übersicht der für den Vertrag möglichen Versicherer. Der speziell für den Vertrag zutreffende Versicherer ist im Versicherungsschein benannt.

1. Allianz Versicherungs-AG

Königinstraße 28, 80802 München
Registergericht: Amtsgericht München
Registernummer: HRB 75 728
USt-IdNr.: DE 811 150 709
VersSt-Nr.: 9116/802/00477

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers:

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

2. Basler Sachversicherungs-AG

Basler Straße 4, 61352 Bad Homburg v.d.H.
Registergericht: Amtsgericht Bad Homburg v.d.H.,
Registernummer HRB 9357
USt-IdNr.: DE 815 678 472
VersSt-Nr.: 9116/807/00542

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers:

Der Versicherer bietet Privatkunden unmittelbar in den Sparten Sach-, Haftpflicht-, Unfall- und Kraftfahrzeugversicherung sowie mittelständischen und industriellen Firmenkunden in den Sparten Sach- und Haftpflichtversicherungsschutz. Mittelbar werden Risiken in den Bereichen Rechtsschutzversicherung, Kraftfahrtversicherung, Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung, Feuer- und Sachversicherung, Transportversicherung, Sonstige Versicherungen und die Lebensversicherung in Rückdeckung versichert.

3. Württembergische Versicherung AG

Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart
Registergericht: Amtsgericht Stuttgart
Registernummer: HRB 14327
USt-IdNr.: DE 811 128 268
VersSt-Nr.: 9116/801/00618

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers:

Der Versicherer betreibt die Schaden- und Unfallversicherung.

4. Zurich Insurance plc, Niederlassung für Deutschland

Solmsstraße 27-37, 60486 Frankfurt.
Registergericht: Amtsgericht Frankfurt
Registernummer: HRB 88353
USt-IdNr.: DE 815195011
VersSt-Nr.: 807/V90807020227

Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers:

Gegenstand des Unternehmens ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb aller Zweige des privaten Versicherungswesens im In- und Ausland und von sonstigen Geschäften, die in engem wirtschaftlichen Zusammenhang mit dem Versicherungsbetrieb stehen. Lebens- und substitutive Krankenversicherungen übernimmt die Gesellschaft nur als Rückversicherer.

Ihre Verwaltungsgesellschaft ist:

Konzept & Marketing GmbH (K&M), Podbielskistraße 333, 30659 Hannover, Tel.: 05 11/640 54 0, Fax: 05 11/640 54 444.

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

Sämtlicher Schriftverkehr, Willenserklärungen sowie Zahlungen sind zu richten an:

Konzept & Marketing GmbH, 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.

Gültigkeitsdauer von Informationen:

Es wird darauf hingewiesen, dass die zur Verfügung gestellten Informationen (z. B. Produktinformationsblatt, Antrags-/Anfrageformular oder Angebote) nicht unbefristet gültig sind. Beispielsweise können gesetzliche Änderungen dazu führen, dass diese Informationen nicht mehr aktuell sind.

Versicherungsbeginn:

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, mit der rechtzeitigen Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrages gemäß § 3 der Versicherungsbedingungen.

Beitragshöhe und Beitragszahlungsweise:

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

A. Verbraucherinformation

schein enthalten. **Die Folgen einer nicht rechtzeitigen Beitragszahlung ergeben sich analog aus § 3 der Versicherungsbedingungen.**

Beitragsänderung, Bedingungsänderung:

Auf die Möglichkeit der Beitragsänderung nach § 14 Ziffer 2 der Versicherungsbedingungen sowie der Bedingungsänderung nach § 14 Ziffer 3 der Versicherungsbedingungen weisen wir hin.

Versichererwechsel:

Auf die Möglichkeit des Wechsels nach § 13 der Versicherungsbedingungen weisen wir hin.

Widerrufsrecht:

Der Versicherungsnehmer kann die Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 6 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 3 VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten hat. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an die Konzept & Marketing GmbH, Podbielskistraße 333, 30659 Hannover. Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten: 05 11 - 640 54 444. Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten: info@k-m.info

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer erstattet den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn der Versicherungsnehmer zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt.

Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, kann der Versicherer in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich bei jährlicher Zahlungsweise um 1/360, halbjährlicher Zahlungsweise um 1/180, bei vierteljährlicher Zahlungsweise um 1/90 und bei monatlicher Zahlungsweise um 1/30 des im Antrag angegebenen Beitrages gemäß Zahlungsweise pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise:

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers sowohl von diesem als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht ausgeübt hat. Widerruft der Versicherungsnehmer eine Vertragserklärung im Rahmen eines Ersatzvertrages, so läuft der ursprüngliche Versicherungsvertrag weiter. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.

Sanktionsklausel:

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet der Versicherer aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

Geltendes Recht:

Es gilt deutsches Recht.

Zuständigkeit für Beschwerden:

Beschwerden können an folgende Instanzen gerichtet werden:

- Konzept & Marketing GmbH
Bereich Beschwerdemanagement
Podbielskistraße 333, 30659 Hannover
beschwerden@k-m.info
Tel.: 0511-640 54 0, Fax.: 0511-640 54 444
- An den speziell für den Vertrag zutreffenden Versicherer, der im Versicherungsschein benannt ist.
- Verein Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Selbstverständlich besteht die Möglichkeit, statt oder nach der Beendigung des Ombudsmannverfahrens den Rechtsweg zu beschreiten.

Allgemeine Bestimmungen

- § 1 Anzeigen und Willenserklärungen
- § 2 Versicherungsdauer, Vertragsverlängerung, Kündigung, Rechtsverhältnisse
- § 3 Beitragszahlung, Fälligkeit
- § 4 Widerrufsrecht
- § 5 Änderung der Berufstätigkeit
- § 6 Vorvertragliche Anzeigepflicht
- § 7 Obliegenheiten nach dem Unfall
- § 8 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 9 Fälligkeit der Leistungen
- § 10 Invaliditäts-Neubemessung
- § 11 Verjährung, Gerichtsstand und geltendes Recht
- § 12 Empfangsvollmacht
- § 13 Versichererwechsel
- § 14 Gesetzliche Vorschriften, Prämien- und Bedingungsveränderungen

Unfallversicherungsbedingungen

- § 15 Was ist versichert?
- § 16 Was ist nicht versichert?
- § 17 Einschränkung der Leistung
- § 18 Nicht versicherbare Personen
- § 19 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
- § 20 Beitragsfreie Leistungen
 - I. Bergungskosten
 - II. Kosmetische Operationen
 - III. Rooming-in-Leistung im Kindertarif
 - IV. Doppelte Todesfallleistung
 - V. Sofortleistung bei Schwerverletzung
 - VI. Kurkostenbeihilfe
 - VII. Rehabilitationskostenbeihilfe
 - VIII. Rückholkosten
 - IX. Behinderungsbedingte Kosten
 - X. Umschulungsmaßnahmen
 - XI. Kindermädchen, Haushaltshilfe
 - XII. Nachhilfeunterricht
 - XIII. Räuberischer Überfall/Geiselnahme
- § 21 Beitragsrückerstattung
 - I. Arbeitsunfähigkeit
 - II. Arbeitslosigkeit
- § 22 Beitragsfreistellung
 - I. Versorgung des Partners
 - II. Weiterführung der Kinderversicherung
- § 23 Vorsorge bei Familienzuwachs
- § 24 Kindertarif (Tarif K)
- § 25 Seniorentarif (Tarif S)
- § 26 Salvatorische Klausel

§ 1 Anzeigen und Willenserklärungen

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

§ 2 Versicherungsdauer, Vertragsverlängerung, Kündigung, Rechtsverhältnisse

1. Die Daten für das Inkrafttreten und die Beendigung der Versicherung sind dem Versicherungsschein zu entnehmen. Der Vertrag beginnt und endet um 12.00 Uhr mittags.
2. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, mit der rechtzeitigen Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrages gemäß § 3 der Allgemeinen Bedingungen zur Unfallversicherung.
3. Beträgt die Versicherungsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Versicherungsvertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht spätestens drei Monate vor Ablauf durch eine Partei schriftlich gekündigt wird und die Kündigung zugegangen ist.
4. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der beiden Vertragspartner, wenn der Versicherer eine Leistung nach § 19 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.

Wenn der Versicherungsnehmer kündigt, wird die Kündigung wirksam, sobald sie K&M zugeht. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode wirksam wird.

Die Kündigung von K&M wird einen Monat, nachdem der Versicherungsnehmer sie erhalten hat, wirksam.

5. Der Versicherungsnehmer ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
6. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 3 Beitragszahlung, Fälligkeit

1. Die Beiträge werden von K&M zur jeweiligen Fälligkeit grundsätzlich per Lastschrift eingezogen. Der Entzug der Einzugsermächtigung stellt für die K&M einen wichtigen Grund dar, das Versicherungsverhältnis mit sofortiger Wirkung oder zur nächsten Beitragsfälligkeit zu kündigen.
2. Der erste oder einmalige Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines fällig. Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages.

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

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

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

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz,
 - kann K&M den Vertrag kündigen, wenn K&M den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 1 darauf hingewiesen hat. Hat K&M gekündigt und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
4. Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug ist. Ferner kann K&M für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
 5. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat K&M, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 4 Widerrufsrecht

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

§ 5 Änderung der Berufstätigkeit

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

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

Gefahrengruppe A

Personen ohne körperliche und ohne handwerkliche Berufstätigkeit.

Gefahrengruppe B

Personen mit körperlicher oder handwerklicher Berufstätigkeit.

Gefahrengruppe K

Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres.

Das vollständige Berufsgruppenverzeichnis kann im Internet wie folgt abgerufen werden:

www.k-m.info/Berufsgruppenverzeichnis.

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

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

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

Sofern gewünscht, wird der Vertrag in einem solchen Fall mit den bisherigen Versicherungssummen bei gesenktem Beitrag weitergeführt. Der gesenkte Beitrag wird ab dem Zeitpunkt berechnet, zu dem die Erklärung dem Versicherer bzw. der K&M zugeht.

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

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

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

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

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

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

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

5. Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person nach den vorhandenen Tarifen keinen Versicherungsschutz (siehe Berufsgruppenverzeichnis), so kann der Versi-

C. Allgemeine Bestimmungen

cherer den Vertrag kündigen. Das Kündigungsrecht des Versicherers erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat oder wenn die versicherte Person ihre vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

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

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

Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt bestehen, wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen. 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. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die eine der folgenden beruflichen Tätigkeiten ausüben: Artist, Stuntman, Tierbändiger, Sportler, der seinen Lebensunterhalt überwiegend aus einer sportlichen Tätigkeit heraus bestreitet.

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

§ 6 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Die versicherte Person ist neben dem Versicherungsnehmer für wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder einem Vertreter des Versicherungsnehmers ohne Vertretungsvollmacht geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

2. Rücktritt

a) Voraussetzungen und Ausübung des Rücktrittes

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

b) Ausschluss des Rücktrittsrechts

Der Versicherer kann sich auf das Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht wurden.

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

c) Folgen des Rücktrittes

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

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

3. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Dabei sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat.

Der Versicherer kann sich nicht auf das Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung berufen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf sein Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Der Versicherer muss die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat der Versicherer die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt.

Der Versicherer kann sich nicht auf eine Vertragsanpassung berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

4. Anfechtung

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

§ 7 Obliegenheiten nach dem Unfall

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und K&M zu unterrichten.
2. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen zu mindern.
3. Verweigert der Versicherte jedoch eine Operation zur Verbesserung unfallbedingter Gesundheitsschäden, so kommt eine Leistungskürzung nicht in Frage.
4. Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung, wenn der Versicherte erst dann den Arzt hinzuzieht und K&M unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
5. Die Unfall-Schadenanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und unverzüglich an K&M zu senden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind ebenfalls unverzüglich zu erteilen.
6. Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, dass die von K&M angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstellt werden.
7. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles trägt der Versicherer. Wird bei Selbstständigen der Lohnausfall nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 1,5 ‰ der versicherten Invaliditätssumme, höchstens jedoch 200 EUR beträgt.
8. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
9. Auf die unter § 19 VII Ziffern 3 und 4 genannten Obliegenheiten im Falle des Todes einer versicherten Person wird hingewiesen.

§ 8 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit vorsätzlich verletzt, besteht kein Versicherungsschutz.
2. Bei grobfahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.
3. Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wurde.
4. Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob

C. Allgemeine Bestimmungen

der Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

5. Unterbleibt versehentlich eine Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, wenn der Versicherte nachweist, dass es sich hierbei nur um ein Versehen gehandelt hat, und er nach Erkennen des Versehens seinen vertraglichen Pflichten unverzüglich nachgekommen ist.

§ 9 Fälligkeit der Leistungen

1. Sobald K&M die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – bei einem Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, werden nach Abstimmung mit K&M ersetzt.
2. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich die versicherte Person und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt K&M – auf Verlangen des Versicherungsnehmers – einen angemessenen Vorschuss.
3. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein Vorschuss auf die zu erwartende Invaliditätsleistung, höchstens jedoch 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal 15.000 EUR verlangt werden, sofern keine akute Lebensgefahr mehr besteht. Eine Todesfallsumme muss nicht versichert sein. Sofern eine Todesfallsumme vereinbart ist, kann für diese Fälle ein Vorschuss maximal bis zur Höhe der vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

§ 10 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 § 9 Ziffer 1 und von Seiten des Versicherungsnehmers vor Ablauf der Frist ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist dieser Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

2. Bei Kindern wird bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist nach Ziffer 1 von drei Jahren auf fünf Jahre verlängert.

§ 11 Verjährung, Gerichtsstand und geltendes Recht

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

§ 12 Empfangsvollmacht

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

§ 13 Versichererwechsel

K&M ist berechtigt, das auf der Grundlage dieses Vertrages versicherte Risiko jederzeit im Namen des Versicherungsnehmers bei einem anderen Versicherer als Risikoträger in Deckung zu nehmen und/oder weitere Versicherer zu beteiligen. Macht K&M von diesem Recht Gebrauch, so wird der Versicherungsnehmer unverzüglich darüber informiert, bei wem er von nun an seine vertraglichen Rechte geltend machen kann. Der Wechsel des Versicherers löst kein Sonderkündigungsrecht aus.

§ 14 Gesetzliche Vorschriften, Prämien- und Bedingungsveränderungen

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

§ 15 Was ist versichert?

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
2. Der Versicherungsschutz gilt weltweit.
3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteiles vermutet.
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 § 16 Ziffer 9 ausgeschlossen, sofern nicht ein Unfallereignis die überwiegende Ursache darstellt.
5. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine Eigenbewegung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird,
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden,
 - Menisken oder sonstige Knorpel geschädigt werden,
 - Knochenbrüche entstehenAusgeschlossen bleiben Bandscheibenschäden sowie Bauch- und Unterleibsbrüche.
6. Der unfallbedingte Herzinfarkt oder Schlaganfall sowie Unfälle infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles sind versichert. Ausgeschlossen bleiben jedoch Gesundheitsschäden, die durch den Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst verursacht wurden.
7. Als Unfall gilt auch, wenn der Versicherte bei der rechtmäßigen Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen eine Gesundheitsschädigung erleidet.
8. 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.
9. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen, sofern sie nicht Folge eines regelmäßigen Umganges mit strahlenerzeugenden Geräten sind; unberührt hiervon bleibt § 16.
10. Als Unfall gelten auch Nahrungsmittelvergiftungen. Die Aufnahme sonstiger Stoffe durch den Schlund ist nur bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres versichert.
11. Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in

Auge, Mund oder Nase (auch durch Anhalten oder Anniesen) in den Körper gelangt ist.

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

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

§ 16 Was ist nicht versichert?

1. Unfälle der versicherten Person durch Geistesstörungen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle mit Ausnahme eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, sofern diese nicht durch einen Unfall im Sinne dieser Bedingungen ausgelöst wurden.
2. Das Lenken von Kraftfahrzeugen mit einem Blutalkoholgehalt von mehr als 1,5 ‰.
3. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Abweichend hiervon ist das Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein versichert, sofern der Versicherte das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder entmündigt ist.
4. Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kriegereignisse verursacht sind. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn des Krieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.
Der Zeitraum verlängert sich auf insgesamt einen Monat, wenn es für die versicherte Person trotz aller Bemühungen und aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht möglich ist, das Gebiet des Staates zu verlassen.
5. Bei inneren Unruhen oder sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen besteht nur Versicherungsschutz, sofern die versicherte Person nicht aktiv daran teilgenommen hat oder zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf Seiten der Unruhestifter.
6. Unfälle als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit nach deutschem Recht hierfür eine Er-

laubnis benötigt wird, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges oder einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit sowie bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

7. Unfälle als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges bei Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
8. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
9. Bandscheibenschäden sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, sofern nicht ein Unfallereignis nach § 15 Ziffer 3 die überwiegende Ursache ist.
10. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch ein unter diese Bedingungen fallendes Unfallereignis nach § 15 veranlasst waren. Maniküre und Pediküre sowie das Entfernen von Hühneraugen oder Hornhaut gelten nicht als Eingriff oder Heilmaßnahme.
11. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
Eine Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) infolge einer psychischen Reaktion auf ein Unfallereignis gilt im Rahmen des Vertrages mitversichert, wenn und soweit die Reaktion im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis und am Unfallort erfolgt. Ergänzend gilt vereinbart, dass für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, dann Versicherungsschutz besteht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

§ 17 Einschränkung der Leistung

1. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens nur dann, wenn der Mitwirkungsanteil mehr als 55 % beträgt. Die Beweislast für die Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen liegt beim Versicherer.
2. Sofern mehrere Unfallversicherungsverträge für die versicherte Person bestehen, kann der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person – was den Bereich der Positionen Kostenerstattung (§ 19 VIII + IX, § 20 I, II, VI - XII) angeht – nicht mehr als den tatsächlichen Schaden (Kostenaufwand) beanspruchen (Bereicherungsverbot).

§ 18 Nicht versicherbare Personen

1. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung. Die versicherte Person ist schwerpflegebedürftig, sobald sie in der Pflegestufe II der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird; sie ist schwerstpflegebedürftig, sobald sie in die Pflegestufe III der sozialen Pflegeversicherung eingestuft wird.
2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte nach Ziffer 1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet der Versicherungsvertrag; überzahlte Beiträge werden erstattet.
3. Tritt die dauernde Pflegebedürftigkeit während der Vertragslaufzeit ein, endet der Versicherungsschutz mit Eintritt der dauernden Pflegebedürftigkeit. Der Versicherungsschutz kann jedoch auf Antrag des Versicherungsnehmers bestehen bleiben. K&M führt dazu eine gesonderte Gesundheitsprüfung durch. Der Versicherungsschutz über den Zeitpunkt des Eintrittes 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.

§ 19 Leistungsarten

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

I. Invaliditätsleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung sind:
 - a) die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
 - b) Die Invalidität muss innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall eingetreten sein und innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer bei K&M geltend gemacht werden.
2. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
3. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall, und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leistet der Versicherer gemäß dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

D. Unfallversicherungsbedingungen

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:

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 Ziffer 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 Unfalles bereits nachweislich vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 80 %.
 - c) Als "vollständig verloren" gilt, wenn die Vorschä-

digung des Auges bzw. des Gehörs auf einem Ohr mindestens 60 % 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 § 19 I Ziffer 6 zu den dann gültigen Prämiensätzen, sofern die versicherte Person nicht eine berufliche Tätigkeit ausübt, die nach § 5 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 § 5 unverzüglich anzuzeigen. Alle anderen Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen bleiben unverändert bestehen.

a) Heilberufe:

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

b) Gliedertaxe für Heilberufe:

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

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

III. Progressive Invaliditätsstaffeln

1. Führt ein Unfall nach den Regelungen des § 19 zu einem Invaliditätsanspruch, wird, sofern im Versicherungsschein dokumentiert, der insgesamt erreichte Invaliditätsgrad progressiv nach den Punkten 2 bis 4 gesteigert.
2. Invaliditätsstaffel 225 %
Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:
 - a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
 - b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,
 - c) für den 50 % 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 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Verlauf der Progressionsstaffel

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

4. Invaliditätsstaffel 500 %

Der Berechnung der Invaliditätsleistung werden folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 % 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 Unfalles noch zu 100 % oder
 - b) nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles noch zu mindestens 50 %.
2. Im Falle nach Ziffer 1 a) werden zunächst 25 % der versicherten Übergangsleistung gezahlt, die mit einer später eventuell erfolgenden Leistung nach Ziffer 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 Notfallereinweisung handelt, oder die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Unfall- oder Wohnortes des Versicherten ist.
7. Ereignet sich der Unfall im Ausland, verdoppelt sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens jedoch für drei Wochen. Ausland ist jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem der Versicherte keinen Wohnsitz hat.

VI. Genesungsgeld, Eigenbehaltkosten

1. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person aus der vollstationären Behandlung entlassen wurde und Anspruch auf Krankenhaustagegeld nach § 19 V hatte.
2. Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wurde, längstens jedoch für 100 Tage.
3. Mehrere Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
4. Der Anspruch auf Genesungsgeld bleibt auch bestehen, wenn der Versicherte im Krankenhaus verstirbt.
5. Ist Krankenhaustagegeld in einer Höhe von mindestens 30 EUR pro Tag versichert, werden zusätzlich die Eigenbehaltkosten für maximal 14 Tage und bis zur Höhe von 10 EUR pro Tag gezahlt. Die Kostenübernahme erfolgt, sofern nicht ein anderer Leistungsträger eintritt. Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden die restlichen Kosten gezahlt. Wird die Leistung bestritten, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

VII. Todesfalleistung

1. Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht ein Anspruch auf die versicherte Todesfalleistung.

- 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 § 19 eingetreten war und ohne dass eine Mitwirkung von Infektionen gemäß § 15 Ziffer 11 vorgelegen hat.
- Der Todesfall muss K&M innerhalb von 48 Stunden, gerechnet ab Kenntnisnahme durch den Versicherungsnehmer, dessen Erben oder die bezugsberechtigten Personen, schriftlich gemeldet werden. Auf die Folgen von Obliegenheitsverletzungen wird hingewiesen (siehe § 8).
- Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen. Auf die Folgen von Obliegenheitsverletzungen wird hingewiesen (siehe § 8).
- 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

- Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten für
 - Arzthonorare,
 - Kosten der kosmetischen Operation,
 - Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik, deren Höhe insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt ist.
- 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.
- Die Operation und die klinische bzw. zahnärztliche 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.
- 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

- 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.
- Der Versicherer leistet für:
 - Arzt-, Zahnarzt- und Heilpraktikerkosten (maximal bis 3,5-facher Satz nach GOÄ, GOZ bzw. GEBÜH),
 - Heil- und Hilfsmittel,
 - Kranken- und Notfalltransporte,
 - Stationäre Behandlung inkl. Verpflegung.
- 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.

§ 20 Beitragsfreie Leistungen

- 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.
- 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

- 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.
 - 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.
 - Ersatz der Kosten für den Transport der verletzten Person zum nächsten Krankenhaus oder zur Spezialklinik, soweit ärztlich angeordnet und medizinisch notwendig.
 - 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.
 - Ersatz der zusätzlichen Heimfahrt- oder Unter-

D. Unfallversicherungsbedingungen

bringungskosten 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 § 19 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 § 15 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 Übergangsleistung ist beitragsfrei eine Sofortleistung bei Schwerverletzungen, sofern die Leistungsvoraussetzungen nach § 19 IV Ziffer 4 erfüllt sind, von 10 % der versicherten Invaliditäts-

grundsumme, maximal jedoch 10.000 EUR versichert.

2. Ist eine Übergangsleistung nach § 19 IV versichert, wird die beitragsfreie Leistung nach Ziffer 1 nicht angerechnet.

VI. Kurkostenbeihilfe

1. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne von § 15 eine Beihilfe bis zu dem unter Ziffer 4 genannten Betrag, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Unfalltag an, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat (Schadenversicherung).
2. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt auch § 17.
3. Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
4. Die beitragsfreie Versicherungssumme beträgt 10.000 EUR.

VII. Rehabilitationskostenbeihilfe

1. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne von § 15 eine Beihilfe bis zu dem unter Ziffer 4 genannten Betrag, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, gerechnet vom Unfalltag an, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine vollstationäre Reha-Maßnahme von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat (Schadenversicherung).
2. Bei der Bemessung der Beihilfe gilt auch § 17.
3. Die medizinische Notwendigkeit dieser Reha-Maßnahme und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
4. Die beitragsfreie Versicherungssumme beträgt 10.000 EUR.

VIII. Rückholkosten

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

IX. Behinderungsbedingte Kosten

1. Führt der Invaliditätsgrad zu Behinderungen im täglichen Leben, die bestimmte Investitionen erfordern, so übernimmt der Versicherer folgende Kosten:
 - a) Behindertengerechter Umbau des selbstbewohnten Hauses oder der selbstbewohnten Wohnung,

- b) Umzug in behindertengerechte(s) Wohnung oder Haus,
 - c) Umrüstung des selbst genutzten PKW,
 - d) Prothesen und Hilfsmittel.
2. Der Versicherer leistet, längstens für fünf Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses, für alle nachgewiesenen Kosten zu a) bis c) bis zur Höhe von 10.000 EUR und zu d) bis zur Höhe von 3.000 EUR.

X. Umschulungsmaßnahmen

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

XI. Kindermädchen, Haushaltshilfe

1. Ist der beaufsichtigende Elternteil aufgrund von Unfallverletzungen durch eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung nicht in der Lage, für die erforderliche Versorgung und Beaufsichtigung des Kindes zu sorgen, werden die Kosten für eine Haushaltshilfe, ein Kindermädchen oder eine Tagesmutter übernommen.
2. Voraussetzung ist, dass sowohl der beaufsichtigende Elternteil als auch das Kind im Rahmen dieses Vertrages versichert sind. Die Leistung ist auf 50 EUR je Tag bei vollstationären Aufenthaltes und insgesamt auf 100 Tage begrenzt.

XII. Nachhilfeunterricht

1. Kann das versicherte Kind, welches aufgrund eines Unfalles gemäß § 15 in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung ist, nicht am Schulunterricht teilnehmen, werden die nachgewiesenen Kosten für Nachhilfeunterricht je ausgefallenen Schultag erstattet.
2. Die Leistung gilt ab dem 7. Werktag seit Unfälleintritt und ist auf 30 EUR pro Tag und insgesamt auf das 100fache des Tagessatzes begrenzt.

XIII. 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 zehn Sitzungen nach dem Überfall bzw. der Geiselnahme.

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

II. Arbeitslosigkeit

1. Bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers wird der Beitrag auf Antrag für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit, maximal für 12 Monate, erstattet. Die Erstattung erfolgt nach Ende der Arbeitslosigkeit. Ausgenommen sind:
 - a) Saisonarbeiten,
 - b) befristete Arbeitsverhältnisse,
 - c) projektgebundene Arbeiten, für die der Versicherungsnehmer speziell angestellt wurde,
 - d) Arbeitsverträge während der Probezeit,
 - e) Ausbildungszeiten.
2. Der beitragsfreie Zeitabschnitt endet mit dem Tag der Aufnahme eines neuen Arbeitsverhältnisses oder einer selbstständigen 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.

D. Unfallversicherungsbedingungen

§ 22 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.

§ 23 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 zwölf 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.

§ 24 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 Ziffer 1 nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres ausgeübt, setzt sich der Vertrag nach Ziffer 1 a) fort.

§ 25 Seniorentarif (Tarif S)

1. Die Versicherung wird zum vereinbarten Beitrag bis zum Ende des Versicherungsjahres fortgeführt, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet. Ab dem dann folgenden Versicherungsjahr ist der Beitrag zu entrichten, der sich aus dem zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarif der K&M für Senioren ergibt. Der Versicherungsnehmer wird spätestens einen Monat vor dem Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, über den veränderten Beitrag unterrichtet. Über die Vertragsänderung erhält der Versicherungsnehmer einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
2. Im Fall der Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer den Vertrag kündigen. Die Kündigung muss K&M spätestens einen Monat nach Erhalt des Nachtrages zugehen. Die Kündigung muss in Textform erfolgen. Sie wird zu dem Zeitpunkt wirksam, an dem die Beitragserhöhung in Kraft treten würde. Auf das Kündigungsrecht wird der Versicherungsnehmer in dem Nachtrag noch einmal hingewiesen.

§ 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.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Konzept & Marketing GmbH („K&M“) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.



1. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Konzept & Marketing GmbH,
vertreten durch ihre Geschäftsführer Herrn Mario Brehme und Herrn Thomas Rader

Podbielskistr. 333
30659 Hannover
Telefon: +49 (0)511 – 640 54 0
E-Mail-Adresse: info@k-m.info

Unsere Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter den vorgenannten Kontaktdaten oder unter datenschutz@k-m.info



2. Vorbemerkung

Die an uns gestellten Anforderungen und Aufgaben zur korrekten, schnellen und wirtschaftlichen Administration und Verwaltung von Vertragsverhältnissen können wir in der heutigen Zeit nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Die EDV bietet einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und das Bundesdatenschutzgesetz (neu) – BDSG geregelt.



3. Rechtsgrundlagen und Zwecke

Die Datenverarbeitung und Datennutzung personenbezogener Daten ist zulässig, wenn die EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) und BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift wie z.B. die datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sie erlaubt oder wenn der Betroffene in diese eingewilligt hat (Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO). Die DSGVO und das BDSG erlauben die Datenverarbeitung und Datennutzung, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt. (Art. 6 Abs. 1 DSGVO).

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policing oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig

sind. Dies sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden versicherungstechnische Daten zum Vertrag wie Vertragsnummer, Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung, sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten zum Versicherungsfall (Vertragsdaten).

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO.

Die genannten Zwecke und Rechtsgrundlagen erstrecken sich auch auf Testverfahren zur Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der hierzu eingesetzten automatisierten Datenverarbeitungsverfahren. Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es (nach Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO erforderlich ist, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren.

Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Konzept & Marketing Unternehmensgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere von Datenanalysen zur Erkennung von Unstimmigkeiten, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für andere, oben nicht genannte Zwecke verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren.



4. Nutzung Ihrer E-Mail-Adresse

Wenn Sie uns im Rahmen der Bearbeitung eines Vorgangs Ihre E-Mail-Adresse zur Kenntnis bringen, speichern wir diese und nutzen sie ggf. für die weitere Kommunikation zu dem betreffenden Vertrag (z.B. im Schadenfall), sofern Sie dieser Nutzung nicht widersprechen.



5. Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach der DSGVO und BDSG zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu den vorstehend beschriebenen Zwecken aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des An-

E. Merkblatt zur Datenverarbeitung

trages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise verweigert oder widerrufen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise verweigerter Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in Ziff. 3 beschrieben, erfolgen. Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die, wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung ist daher im Antrag auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

6. Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

a. Datenübermittlung an den Risikoträger (Versicherer):

K&M arbeitet zur Deckung der Risiken mit unterschiedlichen Risikoträgern (Versicherern) zusammen. Diese Versicherer benötigen entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags, sowie auch Ihre Personalien. Soweit durch eine bestimmte Schadenhöhe eine Vorlagepflicht beim Versicherer besteht, werden zur Risiko- und Schadenbeurteilung auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt.

In einigen Fällen bedienen sich die Versicherer zum Zwecke der Risiko- und Schadenbeurteilung weiterer Dienstleister, denen sie gegebenenfalls entsprechende Daten übergeben können.

b. Datenübermittlung an andere Versicherer:

Im Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Versicherungsfälle, Versicherungen oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer zu befragen und entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen.

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

c. Betreuung durch Vertriebspartner:

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unseres Kooperationspartners werden Sie durch Ihren Vertriebspartner betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vertriebspartner in diesem Sinn sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im

Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute und Kapitalanlagegesellschaften u.a.

Um seine Aufgaben ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vertriebspartner zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z. B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen, sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über finanzielle Dienstleistungen. Ausschließlich zum Zwecke von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vertriebspartner auch Gesundheitsdaten übermittelt werden. Unsere Vertriebspartner verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch Sie werden von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vertriebspartner ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen DSGVO und dem BDSG und seine Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

d. Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen und die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie unserer Internetseite unter www.k-m.info unter der Rubrik Datenschutz entnehmen.



7. Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, solange wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Dies ergibt sich regelmäßig durch rechtliche Nachweis- und Aufbewahrungspflichten, die unter anderem im Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz geregelt sind. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.



8. Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrechte

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen. Dieses Recht können Sie unter service@k-m.info geltend machen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz in Niedersachsen, Prinzenstr. 5, 30159 Hannover.



9. Zentrale Hinweissysteme

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH, Krenzberger Ring 68, 65205 Wiesbaden zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich. Der Betrieb des HIS beruht auf den berechtigten Interessen der Versicherungswirtschaft gem. Art. 6 Abs.1 lit. f) DSGVO, die wir gerne erläutern:

Anfragen

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung

des Sachverhaltes und zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende, Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.



10. Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Antragsbearbeitung und bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.



11. Bonitätsauskünfte

Soweit es zum Vertragsschluss oder zur Vertragsdurchführung auf Grund unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihrer Zahlungsfähigkeit oder Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Die von uns angefragten Auskunfteien entnehmen Sie bitte unserer Dienstleisterliste.



Podbielskistraße 333
30659 Hannover

Telefon: 05 11 - 640 54 0
Telefax: 05 11 - 640 54 444
E-Mail: info@k-m.info
Internet: www.k-m.info