

IV. VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ZUR SPORTUNFÄHIGKEITSABSICHERUNG FÜR BERUFSSPORTLER SUB 2024

§ 1 Versicherungsumfang – Was ist versichert?

- 1.1. Versichbar sind Berufssportler. Berufssportler ist, wer mehr als 50% seines Einkommens durch die Ausübung seines Sports erzielt. Es spielt keine Rolle, wie hoch dieses Einkommen ist und welche Sportart ausgeübt wird.
- 1.2. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfall (Ziffern 1.5) oder Krankheit (Ziffer 1.6), die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus § 2; aus dem Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- 1.3. Ein **Schadenfall** ist gegeben, wenn die versicherte Person durch Unfall oder Krankheit nicht mehr in der Lage ist, ihre normalen beruflichen Pflichten auszuüben.
- 1.4. Der Versicherungsschutz besteht rund um die Uhr und weltweit bei Ausübung aller Tätigkeiten mit Ausnahme derer, die gemäß § 3 explizit ausgeschlossen sind.
- 1.5. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) eine körperliche Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch eine einzelne, erhöhte Kraftanstrengung, durch welche die versicherte Person eine körperliche Gesundheitsschädigung erleidet, insbesondere auch:
- Verrenkungen, Verstauchungen, Prellungen, Schambeinentzündungen, Verbrennungen, Verbrühungen, Verätzungen (Lauge, Säure), Erfrierungen, Hitzschläge, Sonnenstiche und Körperschädigungen, welche auf Ultraviolettstrahlungen zurückzuführen sind mit Ausnahme von Sonnenbränden.
 - Ertrinken.
 - Vergiftungen, Vergiftungen oder Verbrennungen durch Gase oder Dämpfe, durch giftige oder ätzende Substanzen oder durch verdorbene Nahrungsmittel, welche irrtümlicherweise oder durch Einwirkung von Drittpersonen eingenommen wurden.
 - Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen und Bändern, Menisken, Gefäßen, Nerven, Weichteilen (Haut + Anhangsgebilde), Bandläsionen, Leistenbrüche, Folgen einer weichen Leiste (s. g. Sportlerleiste).
 - Knorpelverletzungen, Knochenbrüche, Verletzungen des Zentralen Nervensystems (SHT, Rückenmark).
 - Verletzungen der inneren Organe, der Sinnesorgane (Augen, Ohr, Nase), Trommelfellverletzungen, Verletzungen der Zähne sowie der Geschlechtsorgane (z. B. Hoden).
- 1.6. Als Krankheit gilt ein anormaler körperlicher Zustand, der mit einer Störung einer körperlichen Funktion einhergeht (körperliche Gesundheitsschädigung) und nicht auf einen Unfall oder auf eine Reihe von Unfällen zurückzuführen ist. Als Krankheit gelten ebenfalls:
- Myokardinfarkte.
 - Hirnblutungen und Aneurysmen.
 - Dermatosen und Krampfadern.
 - Synkopen und epileptische Anfälle.
 - Lumbalgien, akute oder chronische Beeinträchtigungen der Rücken-Lumbalregion, Ischiasreizungen, Kreuzverrenkungen und Hexenschüsse oder andere typische Rückenleiden eines Profisportlers.
 - Folgen der Luftverschmutzung.
- 1.7. Vollumfänglicher Versicherungsschutz besteht auch, wenn bei der Entstehung des Unfalls (Ziffer 1.5) oder der Krankheit (Ziffer 1.6) oder deren Folgen im Versicherungsantrag angezeigte und vor Wirksamkeit des Vertrages bestehende Gesundheitsschäden mitgewirkt haben und hierfür im Versicherungsschein keine individuellen Risikoausschlüsse (Ziffer 1.8) vereinbart sind. Auf die vorvertraglichen Anzeigepflichten (§ 11) wird verwiesen.
- 1.8. Auf die Ausschlüsse (§ 3) und die im Versicherungsschein aufgeführten individuellen Risikoausschlüsse (Ziffer 1.9) wird verwiesen.
- 1.9. Im Rahmen der Risikoprüfung behält sich der Versicherer vor, die Antragsannahme abzulehnen oder von individuellen Risikoausschlüssen abhängig zu machen. Die individuellen Risikoausschlüsse für die versicherten Personen sind im Versicherungsschein genau bezeichnet und gelten zusätzlich zu den Ausschlüssen gemäß § 3.
- 1.10. **Cyber-Risiken**
Leistungen für Personenschäden, die durch eine Cyberhandlung oder einen Cybervorfall verursacht werden oder daraus resultieren, sind vorbehaltlich der Bestimmungen, Bedingungen, Einschränkungen und Ausschlüsse dieser Versicherung zahlbar.
Cyberhandlung bedeutet eine unbefugte, böswillige oder kriminelle Handlung oder eine Reihe von zusammenhängenden unbefugten, böswilligen oder kriminellen Handlungen, unabhängig von Zeit und Ort, oder die Androhung oder der Scherz einer solchen Handlung, die den Zugriff auf ein Computersystem, dessen Verarbeitung, Nutzung oder Betrieb beinhaltet.
Cyber-Vorfall bedeutet:
- 1.1 jeden Fehler oder jede Unterlassung oder eine Reihe von zusammenhängenden Fehlern oder Unterlassungen, die den Zugriff auf ein Computersystem, dessen Verarbeitung, Nutzung oder Betrieb betreffen; oder
 - 1.2 eine teilweise oder vollständige Nichtverfügbarkeit oder ein Ausfall oder eine Reihe damit zusammenhängender teilweiser oder vollständiger Nichtverfügbarkeit oder Ausfälle, die den Zugriff auf ein Computersystem, die Verarbeitung, die Nutzung oder den Betrieb eines Computersystems betreffen.
- Computersystem bezeichnet jeden Computer, jede Hardware, Software, jedes Kommunikationssystem, jedes elektronische Gerät (einschließlich, aber nicht beschränkt auf Smartphones, Laptops, Tablets, tragbare Geräte), jeden Server, jede Cloud oder jeden Mikrocontroller, einschließlich jedes ähnlichen Systems oder jeder Konfiguration der vorgenannten und einschließlich aller zugehörigen Eingabe-, Ausgabe-, Datenspeichergeräte, Netzwerkausrüstungen oder Back-up-Einrichtungen, die dem Versicherungsnehmer oder einer anderen Partei gehören oder von ihr betrieben werden.

§ 2 Leistungsarten – Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

- 2.1 Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssumme) ergeben sich aus dem Versicherungsschein. Für die Entstehung des Anspruchs gelten die nachfolgenden Bestimmungen:
- 2.2 Leistung bei dauernder Sportunfähigkeit:

Dauernde Sportunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen Unfall (Ziffer 1.5) oder eine Krankheit (Ziffer 1.6) auf Dauer vollständig außerstande ist, die im Versicherungsschein genannte sportliche Tätigkeit aktiv auszuüben. Dies muss durch einen niedergelassenen Arzt bestätigt werden.

Wenn die versicherte Person binnen 18 Monaten nach einem Unfall oder einer diagnostizierten Krankheit stirbt, wird keine Leistung aus der dauernden Sportunfähigkeit fällig.

Die dauernde Sportunfähigkeit muss spätestens innerhalb von 24 Monaten vom Unfalltag an gerechnet oder innerhalb von 24 Monaten vom erstmaligen Auftreten der Krankheit (Krankheitsbeginn) eingetreten und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren sechs Monaten von einem Arzt nach Wahl des Versicherungsnehmers schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person bei dem Versicherer textlich geltend gemacht sein.

Wird von ärztlicher Seite innerhalb der zum Eintritt der dauernden Sportunfähigkeit oben genannten Fristen eine zunächst noch andauernde (= derzeitige) Sportunfähigkeit festgestellt und steht nicht eindeutig fest, ob keine Aussicht auf Wiederaufnahme der Tätigkeit als Berufssportler besteht, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer einer Verlängerung der oben genannten Fristen um jeweils einen Monat, bis zu längstens drei Monaten zustimmt. Der Versicherungsnehmer muss die Fristverlängerung vor Ablauf der oben genannten Fristen bzw. vor Ablauf der jeweils verlängerten Frist textlich beim Versicherer beantragen. Nimmt die versicherte Person vor Ablauf der Frist die Tätigkeit als Berufssportler wieder auf, endet die Frist zu diesem Zeitpunkt. Jede Fristverlängerung bedarf des textlichen Einverständnisses des Versicherers.

Höhe der Leistung: Die Versicherungsleistung bei dauernder Sportunfähigkeit wird in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 Leistung bei vorübergehender Sportunfähigkeit (Tagegeld):

Vorübergehende Sportunfähigkeit liegt vor, wenn ein niedergelassener Arzt die versicherte Person infolge eines Unfalls (Ziffern 1.5) oder einer Krankheit (Ziffer 1.6) vorübergehend für sportunfähig erklärt. Die versicherte Person kann ihre normalen berufssportlichen Aktivitäten nicht ausüben.

Der Versicherer zahlt für jeden Tag der vorübergehenden Sportunfähigkeit den im Versicherungsschein genannten Betrag aus. Die Entschädigung ist für die im Versicherungsschein festgelegte maximale Anzahl von Tagen geschuldet. Die Zahlungen setzen mit dem ersten Tag nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Wartefrist ein und enden mit der auch teilweisen Aufnahme des Trainings, spätestens jedoch mit Ende der Arbeitsunfähigkeit. Die Zahlung erfolgt, wenn das Ende der Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen ist. Auf Wunsch kann auch ein 4-wöchiger Zahlungsrhythmus vereinbart werden.

Alle Unterbrechungen der sportlichen Tätigkeit, die auf den gleichen Ursprung zurückzuführen sind und die in einem Abstand von weniger als 180 Tagen eintreten, werden als ein einziger **Schadenfall** berücksichtigt. Jegliche andere Unterbrechung der Tätigkeit wird als neuer **Schadenfall** berücksichtigt, der zu einer neuen Entschädigungsperiode und zu einer neuen Wartefrist führt.

Erhöht sich das Jahreseinkommen, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Einkommens eine Erhöhung der Tagegeldleistung gegen Mehrbeitrag ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen. Der Versicherungsschutz erhöht sich mit Wirkung der Gehaltserhöhung. Dies gilt nicht für eine Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person, die bereits bestanden hat, bevor die Erhöhung beantragt wurde. Für diese wird die versicherte Krankentagegeldleistung in unveränderter Höhe im vertraglichen Umfang geleistet.

2.3.1 Zusatzbaustein „Neuer Arbeitgeber in Deutschland“

Wird die versicherte Person infolge eines Unfalls oder akut und erstmals auftretender Krankheit innerhalb der ersten vier Wochen eines ununterbrochenen Arbeitsverhältnisses arbeitsunfähig und entfällt nachweislich der Anspruch auf Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber gemäß EntgFG § 3, so wird das vereinbarte Krankentagegeld rückwirkend ab dem 5. Tag der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Der Anspruch entsteht bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit von mehr als 28 Tagen.

2.3.2 Anwartschaftsversicherung für Leistung bei vorübergehender Sportunfähigkeit (Tagegeld):

Im Rahmen der Leistungsart „Leistung bei vorübergehender Sportunfähigkeit“ (§2.3) hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Versicherung in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln. Voraussetzung für die Anwartschaft ist eine durch einen neuen Arbeitsvertrag gegebene Lohnfortzahlungsdauer, die der Versicherer nicht anbieten kann.

Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist in Textform zu stellen und kann bis zu zwei Monate rückwirkend gestellt werden. Im Falle eines Schadenfalls und einer damit verbundenen Leistungsentschädigung ist die Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung nicht möglich bzw. im Falle einer Leistungspflicht des Versicherers endet diese mit dem Beginn der Anwartschaftsversicherung für die versicherte Leistungsart gemäß § 2.3.

Während der Anwartschaftsversicherung besteht auch für schwebende Versicherungsfälle kein Versicherungsschutz. Für die Dauer der Anwartschaft gelten die Obliegenheiten gemäß § 5 fort, insbesondere wenn eine andere Leistungsart während der Anwartschaft weiterhin aktiv besteht.

Der Beitrag für die Anwartschaftsversicherung wird anhand der aktuellen Prämie je nach Altersstufe ermittelt und beträgt 20% des ermittelten Betrags.

Für die Beendigung der Anwartschaftsversicherung bzw. Wiederherstellung des vereinbarten Versicherungsumfangs bedarf es der textlichen Mitteilung des Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem die Voraussetzungen (Arbeitsvertrag mit einem neuen Arbeitgeber mit einer Lohnfortzahlung innerhalb der üblichen Karenzzeiten) für die Fortführung des Vertrages erfüllt sind und die Versicherungsfähigkeit weiterhin besteht. Bei erst späterer Anzeige beginnt der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Mitteilung. Der Versicherungsschutz lebt jedoch frühestens mit dem Tag, an dem die volle Folgeprämie fristgerecht gezahlt ist, wieder auf.

Für während der Anwartschaft eingetretene und weiterhin bestehende Schadenfälle wird ab der Wiedereinkraftsetzung unter Berücksichtigung der ursprünglich vereinbarten Karenzzeit Leistung erbracht. Die Arbeitsunfähigkeitstage während der Anwartschaft werden von der vereinbarten Leistungsdauer in Abzug gebracht.

2.4 Todesfalleistung:

Die versicherte Person ist innerhalb von 18 Monaten infolge eines Unfalls (Ziffer 1.5) verstorben. Eine Todesfalleistung erfolgt auch dann, wenn die versicherte Person infolge Herzversagens oder Schlaganfall während einer aktiven berufssportlichen Betätigung verstirbt und ein Unfallereignis vermutet wird.

Die Todesfalleistung wird in Höhe der im Versicherungsschein vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.5 Mehrfachentschädigung

Die Leistung von vorübergehender Sportunfähigkeit (Tagegeld) ist nicht mit der Leistung bei vollständiger Sportunfähigkeit kumulierbar. Das bedeutet: Wurde sowohl eine Tagegeld- als auch eine Sportunfähigkeitsversicherung abgeschlossen, wird ab dem Tag (0 Uhr) der Leistung bei vollständiger Sportunfähigkeit kein Tagegeld mehr geschuldet.

§ 3 Ausschlüsse – In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die folgenden Tatsachen und Ereignisse:

- Selbstmord oder Selbstmordversuch, vorsätzliche Selbstverstümmelung.
- Krieg, unabhängig ob dieser erklärt wurde oder nicht, Kampfhandlungen oder jeder Bürgerkrieg- oder Kriegsakt.
- Fahren oder fliegen jedes Fahrzeuges (auch Luftfahrzeug) ohne den entsprechenden Fähigkeitsausweis, Führerschein oder das entsprechende Zeugnis.
- Alkoholismus, offensichtliche Trunkenheit oder ein Blutalkoholspiegel, der zur Zeit des Unfalls über 1,1‰ lag.
- Drogenabhängigkeit, übermäßige Einnahme von nicht verschriebenen Medikamenten oder Nichteinhalten ärztlicher Verschreibung.
- Kernspaltung oder radioaktive Strahlung, es sei denn, sie sind medizinisch verordnet.
- Terroristische Handlung durch nukleare, biologische und chemische Waffen.
- Psychiatrische Krankheiten wie Psychosen, Psychoneurosen, psychogene Reaktion oder funktionelle Störung psychischen Ursprungs entsprechend der Klassifikation der Krankheiten nach ICD, es sei denn diese wurden durch einen unter diesem Versicherungsvertrag versicherten Unfall oder eine versicherte Krankheit verursacht.
- Ästhetische Behandlungen, Abmagerungskuren, Verjüngungs-Behandlungen, Rehabilitation ohne Funktions- oder Bewegungstherapie.
- Die Teilnahme als Lenker oder Beifahrer an einem Rennen oder einer Trainingsfahrt, als Amateur oder im Rahmen einer Berufstätigkeit. Es sei denn, dies wird über die berufssportliche Tätigkeit im Versicherungsschein mitversichert.

§ 4 Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Krankheiten oder Unfälle, die der versicherten Person durch Kriegereignisse zustoßen, ohne dass sie zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (Passives Kriegsrisiko). Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer kriegsführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefert, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

Vom Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:

- Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen).
- Unfälle oder Krankheiten, die durch einen Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland, USA) verursacht werden.
- Unfälle oder Krankheiten im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegsführende Parteibeteiligt ist oder wenn die Kriegereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

§ 5 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls bzw. einer Krankheit

5.1 Nach einem Unfall (Ziffer 1.5) oder einer Krankheit (Ziffer 1.6) der versicherten Person, der/die voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführen kann, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen bzw. Krankheitsfolgen möglichst zu mindern.

5.2 Im Falle eines Unfalls (Ziffer 1.5) oder einer Krankheit (Ziffer 1.6) der versicherten Person, bei denen die Arbeitsunfähigkeit mehr als 30 zusammenhängende Tage beträgt, ist der Versicherer innerhalb von 90 Tagen durch die versicherte Person oder den Versicherungsnehmer zu benachrichtigen. Im Todesfall obliegt diese Meldepflicht der begünstigten Person.

Die Benachrichtigung muss spätestens mit der übersandten Jahresinformation vor der jeweiligen Fälligkeit erbracht werden, andernfalls erlischt der Leistungsanspruch.

Beachten Sie die unterschiedlichen Meldefristen für Unfalltod (5.7.) und vorübergehende Sportunfähigkeit (5.10.).

5.3 Die Schadenmeldung hat textlich zu erfolgen, muss an den Versicherer oder dessen Vertreter adressiert sein und folgende Auskünfte enthalten:

- Vor- und Nachname, Alter und Wohnsitz der kranken, verunfallten oder verstorbenen Person sowie bei einer Krankenhauseinweisung auch den Namen und die Adresse der Krankenhauseinrichtung.
- bei einer Krankheit: deren Art sowie den Namen und die Adresse des behandelnden Arztes.
- bei einem Unfall: Datum, Ort, Umstände; gegebenenfalls Namen und Adresse der für den Unfall haftenden Person und wenn möglich der Zeugen; Namen und Adresse des erstbehandelnden Arztes.
- im Todesfall: Sterbebescheinigung und diejenigen Urkunden, welche die begünstigte Person als solche ausweisen.

5.4 Stellt der Versicherer alternativ ein Schadenmeldeformular zur Verfügung, so ist dieses übersandte Meldeformular wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

5.5 Darüber hinaus muss der Versicherte oder nötigenfalls der Versicherungsnehmer:

- unaufgefordert sobald wie möglich ein auf seine Kosten erstelltes ausführliches Arztzeugnis einreichen, welches genaue Angaben über die Art der Erkrankung oder der Verletzungen sowie über deren vermutliche Folgen enthält.
- alle geforderten ergänzenden Auskünfte zur behandelten Krankheit oder zum Unfall erteilen.

5.6 Der Versicherer kann personenbezogene Gesundheitsdaten bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erheben, soweit dies zur Beurteilung seiner Leistungspflicht erforderlich ist und die versicherte Person hierzu ihre Einwilligung erteilt hat. Der Versicherer wird der versicherten Person eine beabsichtigte Datenerhebung mitteilen und sie zugleich auf ihr Widerspruchsrecht hinweisen. Ferner kann die versicherte Person verlangen, dass eine Datenerhebung nur erfolgt, wenn jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt wurde.

- 5.7 Hat der Unfall (Ziffern 1.4) oder die Krankheit (Ziffer 1.6) den Tod zur Folge, so ist dieser innerhalb von 7 Tagen zu melden, auch wenn der vorhergehende Unfall oder die vorhergehende Krankheit schon angezeigt waren. Der Versicherer hat das Recht, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.
- 5.8 Die versicherte Person muss sich Untersuchungen zur Feststellung des Leistungsfalls und späteren Kontrolluntersuchungen durch Ärzte seiner Wahl oder bei Unstimmigkeiten der Diagnose nach Wahl des Versicherers unterziehen; im Falle einer ungerechtfertigten Verweigerung kann der Versicherungsnehmer jeden Anspruch auf Versicherungsleistungen verlieren. Beauftragt der Versicherer eine ärztliche Untersuchung, so trägt er deren Kosten.
- 5.9 Sollte die versicherte Person infolge eines Unfalls (Ziffer 1.5) oder einer Krankheit (Ziffer 1.6) sportunfähig geworden sein und dieses dem Versicherer gemeldet haben, wobei es nicht darauf ankommt, ob es sich zu diesem Zeitpunkt um eine vorübergehende oder dauernde Sportunfähigkeit handelt, so hat der Versicherer das Recht, die Wiederaufnahme der beruflichen sportlichen Tätigkeit an die Zustimmung eines von ihm beauftragten Arztes zu knüpfen. Im Fall einer Uneinigkeit zwischen dem vom Versicherer beauftragten Arzt und dem betreuenden Arzt der versicherten Person gelten die Ziffern 7.3 und 7.4 entsprechend.
- 5.10 Für den Fall der Versicherungsleistung bei vorübergehender Sportunfähigkeit gelten zusätzlich folgende spezielle Regelungen:
- Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer das Arztzeugnis (die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung) innerhalb der dem Vertrag zugrundeliegenden Karenzfrist vorlegen. Aus diesem muss klar hervorgehen: Beginn und Ende der Arbeitsunfähigkeit mit ICD-Code, %-Grad der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit und Ausstellungsdatum. Wenn er dies später macht, wird das Tagegeld erst ab Eingang des Arztzeugnisses beim Versicherer oder bei seinem Vertreter ausgezahlt. Zurückliegende Tage werden dabei nicht mehr berücksichtigt.
 - Wenn nicht anders vereinbart, muss das Arztzeugnis immer nach 15 Tagen erneuert werden. Die Kosten für diese Zeugnisse gehen zu Lasten der versicherten Person.

§ 6 Folgen von Obliegenheitsverletzungen – Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

- 6.1 Bei schuldhafter Nichtbeachtung dieser Pflichten ist der Versicherer berechtigt, den Schadenfall abzulehnen oder eine entsprechende Kürzung seiner Leistungen vorzunehmen, es sei denn, der Versicherungsnehmer oder der Versicherte kann den Beweis erbringen, dass die Nichtbeachtung der vertraglichen Verpflichtungen keinen Einfluss auf die Folgen und die Beurteilung des **Schadenfalles** hatten.
- 6.2 Die obenerwähnte Ablehnung oder Kürzung wird jedoch nur vorgenommen, wenn sich aus den Umständen ergibt, dass der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Anspruchsberechtigte der Nichtbeachtung schuldig ist.
- 6.3 Falls die versicherte Person Ziffer 5.2. nicht erfüllt, hat der Versicherer das Recht, den Versicherungsschutz zu begrenzen.

§ 7 Leistungsbeantragung und medizinische Überprüfung

- 7.1 Für den Fall einer Leistung bei vorübergehender Sportunfähigkeit (Ziffer 2.3) und einer Todesfallleistung (Ziffer 2.4) wird mit der Schadenmeldung automatisch die Leistung beantragt.
- 7.2 Für den Fall einer Leistung bei dauernder Sportunfähigkeit (Ziffer 2.2) muss die Leistung vom Versicherungsnehmer innerhalb der Frist beantragt werden. Dieses geschieht durch ein Gutachten eines Arztes nach Wahl des Versicherungsnehmers. Der Versicherer hat das Recht, das Ergebnis dieses Gutachtens durch einen Arzt seiner Wahl auf seine Kosten überprüfen zu lassen.
- 7.3 Besteht zwischen dem Versicherungsnehmer einerseits und dem Versicherer andererseits über die Ursachen und Folgen eines Schadens keine Einigkeit, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Landesärztekammer am letzten deutschen Wohnort der versicherten Person um die Benennung eines fachkundigen Schiedsrichters (Facharzt) zu bitten, welcher entscheiden wird. Sofern kein deutscher Wohnsitz vorhanden ist oder war, ist die Landesärztekammer Stuttgart anzurufen.
- 7.4 Jede Partei bezahlt die Honorarkosten für ihren Experten und gegebenenfalls die Hälfte des Honorars für den Schiedsrichter. Das Urteil des Schiedsrichters ist für beide Seiten bindend.

§ 8 Fälligkeit der Leistungen

- 8.1 Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs bzw. Krankheitsbeginns und der Folgen beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet innerhalb von drei Monaten zu erklären, ob er einen Anspruch anerkennt. Bei der Beantragung einer Versicherungsleistung bei vorübergehender Sportunfähigkeit (Ziffer 2.3) verkürzt sich diese Frist auf 14 Tage.
- 8.2 Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich der Versicherer und der Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von 14 Tagen.
- 8.3 Der Versicherer hat im Leistungsfall Anspruch auf den vollen Jahresbeitrag. Sollten offene Inkassoforderungen bestehen, werden diese mit evtl. Schadenzahlungen verrechnet.

§ 9 Beginn, Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

- 9.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, jedoch nicht vor der schriftlichen Annahme des vom Versicherungsnehmer unterzeichneten Antrags durch den Versicherer und nicht vor Zahlung des Einlösebeitrages.

Der Vertrag wird für die Dauer eines Jahres geschlossen, sofern im Versicherungsschein nichts anderes bestimmt ist. Er verlängert sich automatisch ohne erneute Gesundheitsprüfung um ein weiteres Jahr, wenn er nicht unter Einhaltung einer Frist von 60 Tagen durch den Versicherer oder den Versicherungsnehmer gekündigt wurde.

Der Vertrag endet automatisch je nach Leistungsart bei Eintritt in den Ruhestand, dem Eintritt der dauernden Berufsunfähigkeit oder mit dem Tod der versicherten Person.

- 9.2 Darüber hinaus ist eine Vertragsauflösung unter den nachfolgend aufgeführten Umständen möglich:

A. Durch den Versicherungsnehmer und/oder die versicherte Person, wobei die versicherte Person – sofern Beitragszahler – selbst berechtigt ist, im Zusammenhang mit seiner Versicherungsdeckung zu kündigen:

- mit einer Frist von 30 Tagen nach jedem **Schadenfall**, für welchen eine Entschädigung geschuldet ist, spätestens aber 14 Tage nach Kenntnisnahme der vom Versicherer erbrachten Leistung. Im Falle eines leistungspflichtigen Schadens im laufenden Versicherungsjahr steht dem Versicherer die volle Jahresprämie zu.
- bei einem Wechsel des Berufes für den kein Alternativtarif vorhanden ist, innerhalb von 3 Monaten ab Eintritt des Ereignisses. Die Kündigung tritt mit Eingang der Meldung in Kraft. Nach Ablauf der 3 Monate gilt die reguläre Kündigungsfrist.
- Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person kann bestimmen, dass die Kündigung nicht mit einer Frist von 30 Tagen Gültigkeit entfaltet, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam sein soll.

B. Durch den Versicherer

- mit einer Frist von 60 Tagen nach der Entschädigungsleistung im **Schadenfall** (nicht jedoch vor der ersten Hauptfälligkeit). Der Vertrag kann geändert (z.B. Leistungsausschluss, Risikozuschlag) oder gekündigt werden.
- mit einer Frist von 60 Tagen zu jeder Hauptfälligkeit.
- nach einem **Schadenfall**, der 30 aufeinanderfolgende Tage oder mehr andauert, zum Ablauf oder zu jeder Hauptfälligkeit unter Berücksichtigung einer mindestens 60-tägigen Kündigungsfrist. Der Vertrag kann geändert oder gekündigt werden. Die Verpflichtung zur Leistung bleibt davon unberührt.

Wenn die versicherte Person es unterlässt, den Versicherer über einen **Schadenfall**, der mehr als 60 Tage vor Hauptfälligkeit eingetreten ist, zu unterrichten, kann der Vertrag zur nächsten Hauptfälligkeit mit einer Frist von 60 Tagen geändert oder gekündigt werden.

C. Von Rechts wegen, wenn dem Versicherer die Bewilligung entzogen wird.

- 9.3. Bei der Absicherung von vorübergehender Sportunfähigkeit (Ziffer 2.2.), ist eine Teilvertragsänderung innerhalb von 2 Monaten – rückwirkend zum Eintritt der Änderung – möglich, sofern sich durch einen Vereinswechsel die Lohnfortzahlungsdauer ändert. Diese ist Nachzuweisen.

Bei späterem Eingang besteht das Umstellungsrecht erst ab Eingang der Mitteilung beim Vertragsbetreuer.

Sollte die zu ändernde Karenzfrist 365 Tage sein, ist die Leistungsdauer auf maximal 365 Tage begrenzt. Eine reguläre Kündigung ist zur jeweiligen Hauptfälligkeit unter Einhaltung der Fristen in 9.2. möglich.

- 9.4. Die Partei, die den Vertrag kündigt, muss der Gegenpartei textlich davon Kenntnis geben. Die Kündigungsanzeige hat die Aufhebung des Versicherungsschutzes ab der Wirksamkeit des Kündigungsdatums zur Folge. Bei einer Kündigung kann dies auch textlich per Telefax oder E-Mail erfolgen, jedoch immer mit einer Unterschrift des Versicherungsnehmers. Bei Unstimmigkeiten muss der Zugang bei der anderen Partei allerdings bewiesen werden.

§ 10 Beitrag und Beitragszahlung – Versicherungssteuer – Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung

- 10.1. Der Beitrag wird auf Grund der bei Vertragsabschluss gemachten Angaben, des abgeschlossenen Versicherungsschutzes sowie bei gewissen Deckungen nach dem Alter der versicherten Person berechnet.

- 10.2. Den Beitrag zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halb- oder jährlich zahlen. Eine pro rata Zahlung bei Einmalbeitrags-Verträgen ist nicht möglich. Bitte beachten Sie, dass die Beiträge risikogerecht kalkuliert werden. Das bedeutet, dass die Beiträge mit steigendem Alter ebenfalls steigen, weil sich mit steigendem Alter die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Versicherungsfalles im Sinne dieser Bedingungen erhöht. Einzelheiten entnehmen Sie den allgemeinen Informationen zu Ihrem Vertrag mit der dazugehörigen Beitragsübersicht. Diese Erhöhung löst kein Sonderkündigungsrecht aus.

- 10.3. Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält anfallende Gebühren und die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

- 10.4. Der Beitrag einschließlich etwaiger Zuschläge, Gebühren und Versicherungssteuer ist bei der Direktion und dem Sitz des Versicherers oder dessen Vertreters unverzüglich fällig und zahlbar. Die Fälligkeiten sind im Versicherungsschein festgelegt.

- 10.5. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Zahlung auf Rechnung:

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

Zahlt der Versicherungsnehmer den Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

- 10.6. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung:

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der

Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.

10.7 Teilzahlung und Folgen des Zahlungsverzugs

Ist die Zahlung des Jahresbeitrages in Raten vereinbart, werden die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Wir können auch in Zukunft Jahresbeiträge verlangen.

§ 11 Vorvertragliche Anzeigepflicht – Rücktrittsrechte

- 11.1 Der Versicherungsnehmer hat bis zur Annahme des Vertrages durch den Versicherer alle ihm bekannten erheblichen Gefahrumstände in Textform 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.
- 11.2 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.
- 11.3 Soll eine andere Person als der Versicherungsnehmer versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an diese Person gestellten Fragen verantwortlich.
- 11.4 Unvollständige oder unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.
- 11.5 Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.
- 11.6 Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen kündigen.
- 11.7 Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- 11.8 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.
- 11.9 Tritt der Versicherer nach Eintritt eines 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. Es besteht auch in diesem Fall kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt hat.
- 11.10 Dem Versicherer steht der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- 11.11 Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
- 11.12 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 Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- 11.13 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 von 30 Tagen nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.
- 11.14 Der Versicherer muss die ihm nach § 11 zustehenden Rechte innerhalb von 30 Tagen textlich geltend machen. Dabei hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt.
- 11.15 Dem Versicherer stehen die Rechte nach § 11 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.
- 11.16 Der Versicherer kann sich auf die in § 11 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- 11.17 Das Recht des Versicherers, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 12 Anzeigepflichten während der Vertragslaufzeit

- 12.1 Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss den Versicherer textlich per Telefax oder per E-Mail über berufliche oder sportliche Risikoänderungen innerhalb von 14 Tagen nach deren Kenntnisnahme informieren, wenn diese Änderungen eine Situation schaffen, auf welche die bei Vertragsabschluss gemachten Angaben nicht mehr zutreffen.
- 12.2 Stellen diese Änderungen ein neues und/oder größeres Risiko dar, welches der Versicherer im Zeitpunkt der Vertragsunterzeichnung abgelehnt oder nur mittels Beitragserhöhung oder Deckungsminderung versichert hätte, so zieht die Nichtangabe der Risiken die vorgesehenen Sanktionen nach Ziffer 11.4 nach sich.

Der Versicherer hat das Recht, den Vertrag innerhalb von 10 Tagen zu kündigen oder eine Beitragserhöhung vorzuschlagen:

- Entschieden sich der Versicherer für eine Kündigung, so tritt diese 30 Tage nach deren Anzeige in Kraft, wobei der nicht verbrauchte Anteil des bereits bezahlten Beitrags zeitanteilig zurückerstattet wird.
- Schlägt der Versicherer eine Beitragserhöhung vor, so kann der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte diese innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Zusendung der Mitteilung des Versicherers ablehnen; andernfalls gilt die Beitragsanpassung als angenommen. Widerspricht der Versicherungsnehmer der Beitragserhöhung, so hat der Versicherer das Recht, den Vertrag mit einer Frist von 30 Tagen zu kündigen.

12.3. Stellen diese Veränderungen eine Verminderung eines erschwerten Risikos dar, welches zu einer Beitragserhöhung Anlass gab, hat der Versicherungsnehmer Anspruch auf eine Reduktion des Beitrags. Gewährt der Versicherer diese Reduktion nicht, kann der Versicherungsnehmer die Kündigung des Vertrags fordern. Diese Kündigung entfaltet ihre Wirkung nach 30 Tagen; der Versicherer wird dann den nicht verbrauchten Anteil des bereits bezahlten Beitrags zeitanteilig zurückerstatten.

12.4. Ziffer 11.4 gilt auch während der Vertragslaufzeit. Bei der Mitteilung sind die Fristen gemäß Ziffer 12.1 zu beachten.

§ 13 Mehrfache Versicherungen

Sind oder werden die durch den vorliegenden Vertrag gedeckten Risiken durch eine andere Versicherung gedeckt, so muss dies der Versicherungsnehmer und/oder der Versicherte dem Versicherer oder seinem Vertreter mitteilen.

Während des laufenden Vertrages muss diese Mitteilung gemäß Bestimmungen und Fristen des § 12 erfolgen.

§ 14 Anzeigen, Erklärungen und Zahlungen (Assekuradeur)

14.1 Der im Versicherungsschein genannte Assekuradeur / Vertragsbetreuer wickelt den Geschäftsverkehr zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer ab und ist daher von dem Versicherer bevollmächtigt, Anzeigen, Deklarationen und Willenserklärungen entgegenzunehmen und verpflichtet sich, diese unverzüglich an den Versicherer weiterzuleiten.

14.2 Eine Änderung des Namens oder der Postanschrift des Versicherungsnehmers ist unverzüglich mitzuteilen. Anderenfalls gilt die zuletzt bekannte Anschrift als Zustelladresse; die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen.

§ 15 Führungsklausel bei Verträgen mit mehreren beteiligten Versicherern

15.1 Der führende Versicherer ist bevollmächtigt, Anzeigen und Willenserklärungen des Versicherungsnehmers für alle beteiligten Versicherer in Empfang zu nehmen.

15.2 Die beteiligten Versicherer erkennen alle durch den führenden Versicherer getroffenen Entscheidungen als für sich verbindlich an.

15.3 Erklärungen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person gelten den beteiligten Versicherern gegenüber als erfüllt, wenn sie dem führenden Versicherer zugegangen sind.

15.4 Der Versicherungsnehmer wird bei Streitfällen aus diesem Vertrag seine Ansprüche nur gegen den führenden Versicherer geltend machen.

15.5 Die beteiligten Versicherer erkennen die gegen den führenden Versicherer rechtskräftig gewordene Entscheidung und die von diesem mit dem Versicherungsnehmer nach Rechtshängigkeit geschlossenen Vergleich als auch für sich verbindlich an.

§ 16 Anwendbares Recht / Gerichtsstand

16.1 Der Vertrag unterliegt in allen seinen Teilen, auch hinsichtlich aller Fragen, die das Zustandekommen, seine Wirksamkeit oder Auslegung betreffen, ausschließlich deutschem Recht. Dies gilt auch für Risiken außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

16.2 Gerichtsstand ist der Sitz des Versicherungsnehmers, soweit sich dieser innerhalb der EU befindet. Befindet sich der Wohnsitz außerhalb der EU, ist das Amtsgericht in Reutlingen beziehungsweise – falls der Streitwert 10.000 Euro übersteigt – das Landgericht in Stuttgart zuständig.

§ 17 Rückkaufswert

Die Versicherung hat keinen Rückkaufswert.

§ 18 Überschussbeteiligung

Die Versicherung ist nicht am Überschuss des Versicherers beteiligt.

§ 19 Salvatorische Klausel

Ist eine der Regelungen dieses Vertrages unwirksam, soll sie durch eine Regelung ersetzt werden, die dem wirtschaftlichen Erfolg der unwirksamen Bestimmung soweit als möglich entspricht. Die Wirksamkeit des Vertrages bleibt im Übrigen davon unberührt.

§ 20 Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschaft-, Handel- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union der oder Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 21 Terrorklausel (sofern beantragt)

Durch die Zahlung des zusätzlichen Beitrages von 10% auf den Grundbeitrag werden die folgenden Ausschlüsse in den Versicherungsbedingungen (§ 3 und 4) gestrichen:

- Kernspaltung oder radioaktive Strahlung, es sei denn, sie sind medizinisch verordnet
- Terroristische Handlung durch nukleare, biologische und chemische Waffen

- Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen)

§ 22 Sonstiges

- 22.1. Der Versicherungsnehmer muss dem Versicherer mittels der Jahresinformation das Bruttoeinkommen der versicherten Person mitteilen.
- 22.2. Bei Arbeitslosigkeit (Aufhebung oder Ruhen) oder dem Bezug von Kurzarbeitergeld (nur Ruhen möglich) der versicherten Person kann der Vertrag für maximal 12 Monate ruhend gestellt werden.
Die Aufhebung des Vertrages kann mittels Arbeitslosenbescheid innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt erfolgen; bei späterem Eingang erst ab diesem Datum. Sollte der Vertrag monatlich gezahlt werden, erfolgt die Aufhebung ab der nächsten Zahlfälligkeit nach Eingang des Bescheides.

Bei Ruhen des Vertrages besteht in dieser Zeit kein Beitrags- und Leistungsanspruch.
- 22.3. Schadenfreiheitsrabatt
Der Tarif „SFR“ beinhaltet einen Schadenfreiheitsrabatt von 20% auf den Beitrag ab der nächsten Hauptfälligkeit, sofern in der aktuellen Versicherungsperiode kein Schaden gemeldet bzw. eine Leistung geltend gemacht wurde.
Sollte eine Nachmeldung eines Schadens, Anspruchs oder Leistung erfolgen, entfällt der Schadenfreiheitsrabatt auch rückwirkend. Diese Erhöhung löst kein Sonderkündigungsrecht aus.
Ausgenommen von dieser Regelung sind Tarife, die bereits rabattiert sind.