

Gruppenversicherung HdI-Gruppe / Gerling Originaltext aus den Verträgen

Der Gast ist über die zwischen dem Deutschen Bühnenverein und dem Gerling-Konzern Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft abgeschlossene Gruppen-Unfallversicherung gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen versichert. Versichert sind Tod, Invalidität, Bergungskosten und kosmetische Operationen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle, die den versicherten Personen im Veranstaltungs- bzw. Probengebäude und/oder Veranstaltungs- bzw. Probengelände zustoßen. Der direkte Hin- und Rückweg ist mitversichert. Hat die Bühne den Arbeitsunfall zu vertreten, sind etwaige Ansprüche des Gastes gegen die Bühne auf die Leistungen der Gruppen-Unfallversicherung begrenzt. Erleidet der Gast einen Schaden, der durch die Leistungen der Gruppen-Unfallversicherung nicht gedeckt ist, steht ihm gegen die Bühne ein Anspruch in Höhe des die Leistungen der Gruppen-Unfallversicherung übersteigenden Betrages nur zu, soweit die Bühne den Unfall vorsätzlich oder grob fahrlässig verschuldet hat. Aufwendungen für eine stationäre bzw. ambulante Krankenhausbehandlung sind nicht versichert. Der Gast erklärt, dass er eine Krankenversicherung abgeschlossen hat.

ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN MIT KOMMENTAR

Diese Versicherung soll uns als nicht angestellte, künstlerisch Beschäftigte gegen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen schützen (Unfälle die sich schuldfrei ereignen). Der Versicherungsvertrag zwischen dem Deutschen Bühnenverein/Theater (Versicherungsnehmer) und der HDI-Gruppe (Versicherer) zu unseren Gunsten (den Versicherten) ist ein 12 Seiten langes Schriftstück mit vielen Sonder- Ausschluss- und Zusatzbestimmungen. Um den oben zitierten Passus in unseren Verträgen inhaltlich zu erläutern haben wir die wichtigsten Eckdaten in Kurzfassung zusammen getragen. Für Diejenigen, die mehr wissen wollen, die wesentlichen Paragraphen aus dem Originaltext in ganzer Länge hinten angestellt.

GUT IST, DASS ES ÜBERHAUPT EINE VERSICHERUNG GIBT. Fest steht aber auch ES WERDEN AUF KEINEN FALL DIE TATSÄCHLICHEN WIRTSCHAFTLICHEN SCHÄDEN EINES UNFALLS UND SEINER FOLGEN AUFGEFANGEN. DAZU MÜSSTE MAN SICH ZUSÄTZLICH PRIVAT VERSICHERN.

Sondern nur einmalige Kapitalleistungen nach festgelegten Kriterien und Zahlungen zur Behandlung geleistet. (Z.B. bei 100%iger Invalidität werden 300% der versicherten Summe gezahlt.) Die Bestimmungen und Leistungen entsprechen nicht denen der festangestellten Mitarbeiter. Bis zur Anerkennung einer Leistungspflicht sind erst einmal alle Kosten über die Krankenversicherung zu tragen. **WICHTIG WÄRE ES ALSO, AUCH BEI SCHEINBAR KLEINEN UNFÄLLEN IMMER EINEN ARZT HINZU ZU ZIEHEN UND DIE THEATERLEITUNG ZU INFORMIEREN.**

WER

Versicherte Person -der Gast- wichtig: „künstlerisch beschäftigt, nicht angestellt“
 Siehe auch **Besondere Bedingungen** 3. Versicherte Personen

WANN**§ 1 Der Versicherungsfall**

I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt

III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Bewusstseinsstörungen

In teilweiser Abänderung von § 2 1.(1) AUB sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen, mitversichert. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Unfälle beim Führen von Fahrzeugen, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherte infolge Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage war, das Fahrzeug sicher zu führen. Der Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Blutalkoholgehalt des Versicherten zum Zeitpunkt des Unfalles nicht über der durch höchstrichterliche Rechtsprechung für die Fahrunfähigkeit festgelegten Grenze lag.

WO

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle, die den versicherten Personen im Veranstaltungs- bzw. Probengebäude und/oder Veranstaltungs- bzw. Probengelände zustoßen. Der direkte Hin- und Rückweg ist mitversichert.

UNKLAR HIER : was als direkter Weg gilt? Schon die Anreise aus einer anderen Stadt (auch wenn sie nicht vom Wohnort erfolgt) oder erst der Weg vor Ort ins Theater?

Wie werden Fahrten zu Besprechungen/Regieteam-Treffen in einer anderen Stadt bewertet?

Siehe auch **Besondere Bedingungen** 4. Umfang des Versicherungsschutzes

WAS

Versichert gegen die Wirtschaftlichen Folgen von Unfällen

(Definition Unfall siehe Versicherungsfall)

Es werden einmalige Entschädigungssummen gezahlt deren Höhe sich auf die Schwere des Unfalls, den dafür festgelegten Invaliditätsgrad in % und die vom DBV dafür versicherten Summen ergeben.

Höhe der versicherten Summen :

- Bergungskosten 6000,- €
- Kosmetische Operationen 6000,- €
- Teilinvalidität 76.694,- €
- Vollinvalidität 230.000,- €
- Tod 50.000,- €

ES WERDEN AUF KEINEN FALL DIE TATSÄCHLICHEN WIRTSCHAFTLICHEN SCHÄDEN EINES UNFALLS UND SEINER FOLGEN AUFGEFANGEN SONDERN NUR GEMINDERT.

LEISTUNGSARTEN

I. Invaliditätsleistung

Es entsteht Anspruch auf Kapitalleistung EINMALIG aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe (76.694,- € oder 230.000,- €). bei Eintritt des Unfalles nach Vollendung des 65. Lebensjahr, wird die Leistung als Rente erbracht.

II. Übergangsleistung

Wenn nach Ablauf von 6 Monaten seit Eintritt des Unfalles noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50 % besteht und hat sie ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht.

III. Tagegeld

Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft und längstens für ein Jahr, vom Unfalltage an gerechnet gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

Wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltage an gerechnet.

V. Genesungsgeld

Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 100 Tage in Höhe des Krankenhaustagegeldes.

VI. Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. (50.000,- €)
Zur Geltendmachung wird auf § 9 II. (7) verwiesen.

VII. Bergungskosten

Hat der Versicherte einen Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des im Versicherungsschein/Nachtrag festgelegten Betrages (6000,- €) die entstandenen notwendigen Kosten für:

- Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik
- Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz
- Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall

VIII. Kosmetische Operationskosten

Ist durch einen Unfall das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person dauernd beeinträchtigt und entschließt sich der Versicherte, sich einer kosmetischen Operation zur Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandzeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme (6000,- €).

§ 8 EINSCHRÄNKUNG DER LEISTUNGEN

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch den Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

§ 9 ANZEIGE DES VERSICHERUNGSFALLES

I. Der Versicherungsnehmer (Theater) hat dem Versicherer den Eintritt eines Versicherungsfalles unverzüglich anzuzeigen und die weiteren, in II. genannten Obliegenheiten zu beachten. Verletzt der Versicherungsnehmer schuldhaft eine dieser Obliegenheiten, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 10 von der Entschädigungspflicht frei.

Das heißt auch bei kleinen Unfällen immer einen Arzt hinzuziehen und die Theaterleitung informieren.

§15 KLAGEFRIST / VERJÄHRUNG

I. Verjährung : innerhalb von sechs Monaten durch Theater nach Ablehnung der Versicherungsleistung/schriftlich unter Angabe der mit dem Fristablauf verbundenen Rechtsfolge

II. Verjährung : Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Versicherungsleistung fällig wird.

UNGEKÜRZTE AUSZÜGE DER WICHTIGSTEN BESTIMMUNGEN AUS DEN VERSICHERUNGSBEDINGUGEN :

§ 1 Der Versicherungsfall

I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

II. Der Versicherungsschutz umfaßt Unfälle in der ganzen Welt

III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

U 9179:01 - Besondere Bedingungen für den Einschluß von Bewußtseinsstörungen

In teilweiser Abänderung von § 2 1.(1) AUB sind Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen, mitversichert. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Unfälle beim Führen von Fahrzeugen, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherte infolge Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage war, das Fahrzeug sicher zu führen. Der Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Blutalkoholgehalt des Versicherten zum Zeitpunkt des Unfalles nicht über der durch höchstrichterliche Rechtsprechung für die Fahrunfähigkeit festgelegten Grenze lag.

§ 7 Die Leistungsarten

Die jeweils vereinbarten Leistungsarten und deren Höhe (Versicherungssummen) ergeben sich aus dem Vertrag. Für die Entstehung des Anspruchs und die Bemessung der Leistungen gelten die nachfolgenden Bestimmungen.

I. Invaliditätsleistung

(1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe.

Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 14 erbracht.

U 9153:01 - Besondere Bedingungen für die progressive Invaliditätsstaffel (BB Progression 96 - 300 %)

In Abänderung von § 7 I und § 8 der Allgemeinen Unfallversicherungs- Bedingungen (AUB) gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

Darüber hinaus gilt folgendes:

a) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 2 % aus der Versicherungssumme.

b) Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 % übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1 % aus der Versicherungssumme.

Bei Vollinvalidität (100 %) beträgt demzufolge die Entschädigungsleistung 300 % der vereinbarten Versicherungssumme.

§ 7 I. (2) a) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) wird durch folgenden Text ersetzt:

Als feste Invaliditätsgrade gelten - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität

- bei Verlust

85 % eines Armes im Schultergelenk

80 % eines Armes oberhalb des Ellenbogengelenks

75 % eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks

70 % einer Hand im Handgelenk

30 % eines Daumens

20 % eines Zeigefingers

15 % eines anderen Fingers

85 % eines Beines über Mitte des Oberschenkels

80 % eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels

75 % eines Beines unterhalb des Knies

70 % eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels

65 % eines *Fusses* im Fussgelenk

15 % einer grossen Zehe

8 % einer anderen Zehe

60 % eines Auges

50 % der Sprechfähigkeit

bei Funktionsunfähigkeit

70 % eines Armes

- 60 % einer Hand
- 25 % eines Daumens
- 15 % eines Zeigefingers
- 10 % eines anderen Fingers
- 70 % eines Beines
- 50 % eines Fusses
- 10 % einer grossen Zehe
- 5 % einer anderen Zehe
- 50 % eines Auges
- 35 % des Gehörs auf einem Ohr
- 1 5% des Geruchs
- 10% des Geschmacks

Die Invalidität muß innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

II. Übergangsleistung

(1) Besteht nach Ablauf von 6 Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50 % und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht.

(2) Besteht nach Ablauf von 3 Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von 100 % und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die Hälfte der versicherten Übergangsleistung gezahlt. Dieser Betrag wird auf einen Anspruch nach § 7 II. (1) angerechnet.

(3) Zur Geltendmachung wird auf § 9 II. (6) verwiesen.

III. Tagegeld

(1) Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.

(2) Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

(1) Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

(2) Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld

(1) Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 100 Tage in Höhe des Krankenhaustagegeldes.

(2) Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.

(3) Der Anspruch auf Genesungsgeld entsteht mit der Entlassung aus dem Krankenhaus.

VI. Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 9 II. (7) verwiesen.

VII. Bergungskosten

(1) Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des im Versicherungsschein/Nachtrag festgelegten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:

- a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
- b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
- c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
- d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

(2) Hat der Versicherte für Kosten nach 1. a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

(3) 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.

(4) Bestehen für den Versicherten bei der Gerling-Konzern Allgemeine Versicherungs-AG mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

(5) Der im Versicherungsschein/Nachtrag festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Prämie) nicht teil.

VIII. Kosmetische Operationskosten

(1) Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, daß nach Abschluß der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandzeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

(2) Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. 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.

(3) Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genußmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

§ 8 Einschränkung der Leistungen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

§ 9 Anzeige des Versicherungsfalles / Obliegenheiten nach Eintritt des Unfalles

I. Der Versicherungsnehmer (Theater) hat dem Versicherer den Eintritt eines Versicherungsfalles unverzüglich anzuzeigen und die weiteren, in II. genannten Obliegenheiten zu beachten. Verletzt der Versicherungsnehmer schuldhaft eine dieser Obliegenheiten, ist der Versicherer nach Maßgabe des § 10 von der Entschädigungspflicht frei.

II. (1) Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

(2) Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen,

(3) Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, daß die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.

(4) Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufhalles trägt der Versicherer.

(5) 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.

(6) Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung nach

a) § 7 II (1) spätestens sieben Monaten

b) § 7 II (2) spätestens vier Monaten

nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen,

(7) Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Die Meldung soll telegrafisch oder per Telefax erfolgen. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Verletzt der Versicherungsnehmer (Theater) eine nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllende Obliegenheit, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger

Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Obliegenheitsverletzung weder Einfluß auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit der Leistung

I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluß des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer

verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.

§ 14 Rentenzahlung bei Invalidität

I. Soweit bei Invalidität Rentenzahlung vorgesehen ist (§ 7 I. (1)), ergeben sich für eine Kapitalleistung von Euro 1.000,- die folgenden Jahresrentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltag vollen- Versicherungsschein-Nr. Ausstellungstag

K X G 2 2 - 0 0 5 7 7 5 2 1 7 - 5 17.05.2011

<u>Alter Betrag der Jahresrente für</u>	<u>Männer Euro</u>	<u>Frauen Euro</u>
65	106,22	87,89
66	110,52	91,34
67	115,08	95,08
68	119,90	99,13
69	125,01	103,52
70	130,41	108,29
71	136,12	113,46
72	142,16	119,08
73	148,57	125,16
74	155,38	131,75
75 und darüber	162,65	138,89

II. Die Rente wird vom Abschluß der ärztlichen Behandlung, spätestens vom Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres an, bis zum Ende des Vierteljahres entrichtet, in dem der Versicherte stirbt. Sie wird jeweils am Ersten eines Vierteljahres im voraus gezahlt. Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

III. Versicherungsnehmer und Versicherer können innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Bemessung der Rente jährlich eine Neubemessung - unter Verwendung der am Unfalltag gültigen Renten-Sterbetafeln - verlangen.

§15 Klagefrist / Verjährung

I. Klagefrist

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Anspruch auf die Versicherungsleistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend macht, nachdem der Versicherer die begehrte Versicherungsleistung abgelehnt hat. Die Frist beginnt, nachdem die Ablehnung des Versicherers dem Versicherungsnehmer schriftlich unter Angabe der mit dem Fristablauf verbundenen Rechtsfolge mitgeteilt wurde.

II Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluß des Jahres, in welchem die Versicherungsleistung fällig wird. Ist der Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, bleibt der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers bei der Fristberechnung unberücksichtigt.

§16 Anwendbares Recht / Gerichtsstand

I. Anwendbares Recht

Auf den Versicherungsvertrag findet deutsches Recht, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz ergänzend zu den vertraglichen Vereinbarungen Anwendung, sofern nichts anderes schriftlich vereinbart ist.

II. Gerichtsstand

Der Versicherungsnehmer kann Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bei dem zuständigen Gericht am Sitz des Versicherers geltend machen. Hat ein Versicherungsagent den Vertrag vermittelt oder abgeschlossen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung oder Schließung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer gewerblichen Niederlassung seinen Wohnsitz hatte. Der Versicherer kann Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag an dem für den Wohnsitz, den Sitz oder die Niederlassung des Versicherungsnehmers örtlich zuständigen Gericht geltend machen.

Anlage zum Versicherungsschein Nr. KxG22-005775217-5

Besondere Bedingungen

3. Versicherte Personen

Unter diesen Versicherungsvertrag fallen alle bei den Mitgliedsbühnen und Mitgliedsorchestern des Deutschen Bühnenvereins künstlerisch Beschäftigten, mit denen ein freier Dienstvertrag oder ein Werkvertrag abgeschlossen worden ist. Nicht darunter fallen die künstlerischen Mitarbeiter, mit denen ein Arbeitsvertrag abgeschlossen wurde, auf den einer der vom Deutschen Bühnenverein abgeschlossenen Tarifverträge Anwendung findet.

4. Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nur auf Unfälle, die den versicherten Personen im Veranstaltungs- bzw. Probengebäude und / oder auf einem Veranstaltungs- bzw. Probengelände zustoßen. Der direkte Hin- und Rückweg ist mitversichert. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B, durch Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird.

5. Ausübung der Rechte / Bezugsberechtigung

Die Versicherung ist zugunsten der versicherten Person abgeschlossen. Im Schadenfall steht die Ausübung der Rechte dem Versicherten, beim Tode seinen Erben zu.