

(AUB-Lu 2008)

Allgemeine Bedingungen	2
§ 1 Gegenstand der Versicherung	2
§ 2 Örtlicher Geltungsbereich	2
§ 3 Ausschlüsse	2
§ 4 Nicht versicherbare Personen	3
§ 5 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	3
§ 6 Prämienzahlung, Fälligkeit, Verzug	3
§ 7 Leistungsarten und -umfang	4
§ 8 Leistungsbeschränkung bei Krankheiten oder Gebrechen	5
§ 9 Fälligkeit der Leistungen	6
§ 10 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls	6
§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	6
§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen	6
§ 13 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers	6
§ 14 Verjährung	7
§ 15 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers	7
§ 16 anzuwendendes Recht	8
§ 17 Gerichtsstand	8
§ 18 Meinungsverschiedenheiten	8
§ 19 Anzeigen und Willenserklärungen	8
Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung	9
Besondere Bedingungen für die Bodunfallversicherung	9

Allgemeine Bedingungen

§ 1 Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

2. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle

a) vom Besteigen bis zum Verlassen eines Luftfahrzeugs unter Einschluss von Unfällen während des Ein-/Aussteigens. Versichert sind auch Unfälle bei Zwischenlandungen während des Aufenthaltes auf Flughäfen oder Landeplätzen, ferner bei Notlandungen im unmittelbaren Bereich des Luftfahrzeuges,

b) bei der Benutzung von Luftsportgeräten einschließlich der Landung,

c) auch während einer erforderlichen Ersatzbeförderung für Fluggäste von Luftfahrtunternehmen. Der Versicherungsschutz wird durch ein vorübergehendes Verlassen des Ersatzfahrzeuges nicht unterbrochen, besteht jedoch nicht für Unfälle, wenn der Aufenthalt außerhalb des Fahrzeuges zu Zwecken benutzt wird, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Ersatzbeförderung stehen.

d) Bei Luftfahrzeugführern und sonstigen Besatzungsmitgliedern auch Unfälle, die die versicherte Person erleidet in ursächlichem Zusammenhang mit dem Betrieb eines Luftfahrzeugs.

3. Die Leistungsarten, die im Einzelnen versichert werden können, ergeben sich aus § 7. Aus dem Versicherungsschein, seinen Nachträgen oder dem Antrag ist ersichtlich, welche Risiken und Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.

4. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Unfreiwilligkeit wird bis zum Beweis des Gegenteils vermutet.

5. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

a) ein Gelenk verrenkt wird oder

b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden;

c) wenn die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben oder Sachen Gesundheitsschäden erleidet;

d) wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen erleidet; vom Versicherungsschutz sind dabei jedoch ausgeschlossen Gesundheitsschäden, die als Berufs- und Gewerbekrankheiten gelten.

§ 2 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt für Versicherungsfälle auf der ganzen Welt.

§ 3 Ausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht

1. für Unfälle

a) der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs, wenn sie bei Eintritt des Unfalls nicht die vorgeschriebenen Erlaubnisse, erforderlichen Berechtigungen oder Befähigungsnachweise hat bzw. sich das Luftfahrzeug nicht in einem Zustand befunden hat, der den gesetzlichen Bestimmungen und behördlichen Auflagen über das Halten und den Betrieb von Luftfahrzeugen entspricht und/oder behördliche Genehmigungen, soweit erforderlich, nicht erteilt waren.

b) durch Geistes- oder Bewusstseinstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

c) die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

d) die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

e) die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

2. für Gesundheitsstörungen durch Strahlen.

3. für Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

4. für Infektionen.

a) Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten, insbesondere übertragene Infektionskrankheiten (z. B. Malaria und die Folgen von Zeckenbissen).

b) Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf

- Insektenstiche oder -bisse, soweit es sich nicht um übertragene Infektionskrankheiten handelt, sowie für

- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4 a) ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

c) für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Ziffer 3. Satz 2 entsprechend.

5. für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

6. für Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

7. für Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von § 1 Ziffer 4 die überwiegende Ursache ist.

8. für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 4 Nicht versicherbare Personen

1. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke.

2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.

3. Die für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie wird zurückgezahlt.

§ 5 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald die erste Prämie gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird die erste Prämie erst danach angefordert, dann aber innerhalb

einer Zahlungsfrist von 14 Tagen gezahlt, beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

2. Der Vertrag endet durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner

a) zum Ablauf der vereinbarten Dauer von einem Jahr. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;

b) wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 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 Rechtsstreites - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Kündigt der Versicherer, wird die Kündigung einen Monat nach Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird die Kündigung sofort nach Zugang beim Versicherer wirksam. Er kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

3. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt.

4. Ist nichts anderes bestimmt, endet der Vertrag zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, soweit es sich nicht um Sitzplatz-Unfallversicherungen von Fluggästen handelt.

§ 6 Prämienzahlung, Fälligkeit, Verzug

1. Der Versicherungsnehmer hat, wenn nichts anderes bestimmt ist, die erste oder einmalige Prämie einschließlich der Versicherungssteuer unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Folgeprämien werden zu Beginn des jeweiligen Prämienzeitraumes fällig.

2. Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. In diesem Fall kann der Versicherer eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

3. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer in Textform auf dessen Kosten eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung der Prämie, der angegebenen Zinsen oder der angegebenen Kosten in Verzug, gilt folgendes:

a) Für Schäden, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer mit der Fristbestimmung auf diese Rechtsfolge hingewiesen wurde.

b) Der Versicherer kann den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung kann bereits zusammen mit der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn in dem Kündigungsschreiben hierauf hingewiesen wurde.

Die Kündigung wird unwirksam, wenn die Zahlung innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Bestimmung der Zahlungsfrist verbunden war, innerhalb eines Monats nach Ablauf der Zahlungsfrist nachgeholt wird. Jedoch besteht für einen zwischenzeitlich eingetretenen Schaden kein Versicherungsschutz.

c) Bei Teilzahlung der Jahresprämie werden die noch ausstehenden Raten der Jahresprämie sofort fällig. Der Versicherer kann für die Zukunft jährliche Prämienzahlung verlangen.

4. Ist vereinbart, dass der Versicherer die jeweils fälligen Prämien von einem Konto einziehen darf und kann eine Prämie aus Gründen, die der Versicherungsnehmer zu vertreten hat, nicht fristgerecht eingezogen werden oder widerspricht der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung von seinem Konto, gerät er in Verzug und der Versicherer kann dem Versicherungsnehmer auch die daraus entstehenden Kosten in Rechnung stellen. Der Versicherer ist zu weiteren Abbuchungsversuchen berechtigt, aber nicht verpflichtet.

Ist der Einzug aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, nicht möglich, kommt er erst in Verzug, wenn er nach schriftlicher Aufforderung in Textform nicht fristgerecht zahlt.

Kann aufgrund eines Widerspruchs oder aus anderen Gründen eine Prämie nicht eingezogen werden, kann der Versicherer von weiteren Einziehungsversuchen absehen und den Versicherungsnehmer in Textform zur Zahlung durch Überweisung auffordern.

5. Bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsschutzes steht dem Versicherer – soweit das Gesetz nicht anderes bestimmt – nur der Teil der Prämie zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

§ 7 Leistungsarten und –umfang

Werden in der Sitzplatzunfallversicherung die zu einer bestimmten Gruppe gehörenden Plätze eines Luftfahrzeuges pauschal versichert, ist jede unter die Versicherung fallende Person, die sich bei Eintritt des Unfalles im Luftfahrzeug befunden hat, mit dem sich aus der Anzahl der Personen ergebenden Teilbetrag der versicherten Pauschalsumme gedeckt.

Sind bei einem Unfall in einem Luftfahrzeug weniger Plätze versichert als Personen an Bord waren, werden die versicherten Leistungen anteilig auf die Personen verteilt.

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in besonderen Bedingungen beschrieben.

I. Invaliditätsleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung:

a) Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität). Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und

- innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und beim Versicherer geltend gemacht worden.

b) Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2. Art und Höhe der Leistung:

a) Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.

b) Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

c) Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Die folgenden Invaliditätsgrade der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich

bei Verlust:

Arm	85 %
Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	80 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	30 %
Zeigefinger	20 %
Andere Finger	15 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	85 %

Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	80 %
Bein unterhalb des Knies	75 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
Fuß	65 %
Große Zehe	15 %
Andere Zehe	8 %
Auge	60 %
Stimme	100 %

bei völliger Funktionsunfähigkeit:

Arm	70 %
Arm oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
Andere Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
Große Zehe	5 %
Andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

d) Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

e) Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2 c) und 2 d) zu bemessen.

f) Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

g) Führt ein Unfall nach diesen Bestimmungen und der Anwendung von § 8 zu einer Invalidität der versicherten Person von mindestens

70 Prozent vor Vollendung des 25. Lebensjahres,
80 Prozent vor Vollendung des 50. Lebensjahres,
90 Prozent vor Vollendung des 65. Lebensjahres,

wird die doppelte Invaliditätsleistung erbracht. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person bei Eintritt des Unfalls.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens EUR 200.000 beschränkt.

Bestehen für die versicherte Person bei demselben oder anderen Versicherern weitere Luftfahrt-Unfallversicherungen, die die gleichlautende Begrenzung der Versicherungssumme enthalten, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

h) 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 nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsleistung

Voraussetzungen für die Leistung:

a) Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um 100% (Erste Stufe) oder

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 50% (Zweite Stufe) beeinträchtigt.

b) Diese Beeinträchtigungen haben innerhalb der angegebenen Zeiträume ununterbrochen bestanden.

c) Die Übergangsleistung ist in der ersten Stufe spätestens vier Monate und in der zweiten Stufe spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Versicherer geltend zu machen.

Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung der ersten Stufe wird in Höhe der Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme, die der zweiten Stufe in Höhe der vollen vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Eine Leistung für die erste Stufe wird angerechnet.

III. Tagegeld

Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und

- in ärztlicher Behandlung.

Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach dem vereinbarten Satz berechnet. Es wird nach

dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

IV. Krankenhaustagegeld

Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe des vereinbarten Satzes für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

V. Todesfalleistung

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach § 10 Ziffer 5 wird hingewiesen.

2. Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

§ 8 Leistungseinschränkung bei Krankheiten oder Gebrechen

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,

- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, unterbleibt jedoch die Minderung.

§ 9 Fälligkeit der Leistungen

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen in Textform:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer

- bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe,

- bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,

- bei Tagegeld und Krankenhaustagegeld bis zu je einem Tagessatz.

2. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen.

3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer - auf Wunsch - angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

4. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

Dieses Recht muss vom Versicherer zusammen mit seiner Erklärung über die Leistungspflicht nach Ziffer 1, vom Versicherungsnehmer spätestens 3 Monate vor Ablauf der Frist, ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 10 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

2. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und unverzüglich an den Versicherer zurücksenden. Von dem Versicherer darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

3. Werden Ärzte von dem Versicherer beauftragt, muss sich die versicherte Person von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten, einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles, trägt der Versicherer.

4. Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind ermächtigt, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies innerhalb von 48 Stunden anzuzeigen, auch wenn der Unfall schon gemeldet ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine Obliegenheit verletzt, die nach § 8 dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die Verletzung auf Vorsatz beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen, die Beweislast für das Nichtvorliegen grober Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer. Der Versicherer bleibt zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung des Versicherers ursächlich ist.

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

1. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf seinen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

Der Versicherer kann vor Zahlung der Versicherungsleistung an den Versicherungsnehmer den Nachweis verlangen, dass der Versicherte seine Zustimmung dazu erteilt hat.

2. Über die Versicherungsansprüche kann vor ihrer endgültigen Feststellung ohne Zustimmung des Versicherers nicht verfügt werden.

3. Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechtes sind gegenüber dem Versicherer nur und erst dann wirksam, wenn sie dem Versicherer vom Versicherungsnehmer zu seinen Lebzeiten schriftlich angezeigt worden sind.

§ 13 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

1. Anzeigepflichten

a) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer in Textform vollständig und wahrheitsgemäß anzuzeigen. Diese Verpflichtung gilt auch für Fragen, die der Versicherer nach der Vertragserklärung durch den Versicherungsnehmer, jedoch vor der Vertragsannahme, stellt.

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

2. Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung

a) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Ziffer 1., so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

b) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

c) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grober Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände – wenn auch zu anderen Bedingungen – geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

d) Dem Versicherer stehen die Rechte nach Ziffer 2. a) bis c) nur zu, wenn er

den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

e) Erhöht sich in Folge einer Vertragsänderung nach Ziffer 2. c) die Prämie um mehr als 10 Prozent 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 ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Die Kündigung muss dem Versicherer in Schriftform zugehen.

3. Ausübung der Rechts des Versicherers

Im Fall eines Rücktrittes nach Ziffer 2. nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

4. Anfechtung

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

Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

§ 14 Verjährung

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchsberechtigte von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kennt-

nis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen musste.

Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers in Textform gehemmt.

§ 15 Widerrufsrecht des Versicherungsnehmers

1. Die Vertragserklärung kann innerhalb von zwei Wochen widerrufen werden. Der Widerruf ist in Textform gegenüber dem Versicherer

HDI Global SE
HDI-Platz 1
30659 Hannover
E-Mail-Adresse: info@hdi.global
Fax-Nr.: 0049-221-144 2493

zu erklären und muss keine Begründung enthalten; zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Zusendung.

2. Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem folgende Unterlagen dem Versicherungsnehmer in Textform zugegangen sind:

a) Der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und

b) eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs, die dem Versicherungsnehmer seine Rechte entsprechend den Erfordernissen des eingesetzten Kommunikationsmittels deutlich macht und die den Namen und die Anschrift desjenigen, gegenüber dem der Widerruf zu erklären ist, sowie einen Hinweis auf den Fristbeginn und auf die Regelungen des § 7 Abs. 1 Satz 2 VVG enthält. Die Belehrung genügt den Anforderungen, wenn das vom Bundesministerium der Justiz auf Grund einer Rechtsverordnung veröffentlichte Muster verwendet wird. Der Nachweis über den Zugang der Unterlagen obliegt dem Versicherer.

3. Das Widerrufsrecht besteht nicht:

a) Bei Versicherungsverträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat,

b) Bei Versicherungsverträgen über vorläufige Deckung, es sei denn, es handelt sich um einen Fernabsatzvertrag im Sinne des § 312 Abs. 1 und 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

c) Bei Versicherungsverträgen über ein Großrisiko im Sinne des Artikels 10 Abs. 1 Satz 2 des Einführungsgesetzes zum Versicherungsvertragsgesetz.

4. Das Widerrufsrecht ist ausgeschlossen bei Versicherungsverträgen, die von beiden Vertragsparteien auf ausdrücklichen Wunsch des Versicherungsnehmers vollständig erfüllt sind, bevor der Versicherungsnehmer ein Widerrufsrecht ausgeübt hat.

5. Im elektronischen Geschäftsverkehr beginnt die Widerrufsfrist abweichend von Ziffer 2. Nicht vor Erfüllung auch der in § 312e Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) geregelten Pflichten.

6. Übt der Versicherungsnehmer das Widerrufsrecht aus, hat der Versicherer nur den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn der Versicherungsnehmer in der Belehrung nach § 8 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 VVG auf sein Widerrufsrecht, die Rechtsfolgen des Widerrufs und den zu zahlenden Betrag hingewiesen worden ist und zugestimmt hat, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt; die Erstattungspflicht ist unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs zu erfüllen. Ist der in Satz 1 genannte Hinweis unterblieben, hat der Versicherer zusätzlich die für das erste Jahr des Versicherungsschutzes gezahlten Prämien zu erstatten; dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen hat.

§ 16 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 17 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Daneben ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung

seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen ihn bei dem Gericht erhoben werden, das für seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, den Ort seines gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist. Ist der Versicherungsnehmer eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht auch nach dem Sitz oder der Niederlassung des Versicherungsnehmers. Das gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaft ist.

Sind der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalte 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.

§ 18 Meinungsverschiedenheiten

1. Wenn der Versicherungsnehmer als Verbraucher mit einer Entscheidung des Versicherers nicht zufrieden ist oder eine Verhandlung mit dem Versicherer einmal nicht zu dem von dem Versicherungsnehmer gewünschten Ergebnis geführt hat, kann sich dieser an den Ombudsmann für Versicherungen wenden:

Ombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail:
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Voraussetzung für das Schlichtungsverfahren vor dem Ombudsmann ist aber, dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer zunächst die Möglichkeit gegeben hat, seine Entscheidung zu überprüfen.

2. Ist der Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, kann sich der Versicherungsnehmer auch an die für den Versicherer zuständige Aufsicht der

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graueindorfer Str. 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

wenden.

Die BaFin ist keine Schiedsstelle. Einzelne Streitfälle können deshalb nicht verbindlich entschieden werden.

§ 19 Anzeigen und Willenserklärungen

1. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben und an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle zu richten.

2. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer gekannten Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach Absendung des Briefes als zugegangen.

3. Bei Namensänderungen gilt die Ziffer 2. entsprechend.

Besondere Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung

Die Gruppen-Unfallversicherung kann mit oder ohne Angabe der Namen der versicherten Personen abgeschlossen werden. Die vereinbarte Form ergibt sich aus dem Vertrag.

1. Versicherungen ohne Namensangabe

a) Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.

b) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.

c) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss eines Zeitabschnitts auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Aufgrund der festgestellten Zahl der versicherten Personen erfolgt die Berechnung der jeweiligen Prämie.

d) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, ist der Versicherer berechtigt, die Prämie unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnittes die richtige Personenzahl nachzuweisen. Die Prämienberechnung ist dadurch gegebenenfalls anzupassen.

e) Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus der Gruppe ausscheidet.

2. Versicherungen mit Namensangabe

a) Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen. Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn die gleichen Risikomerkmale wie die der bereits versicherten Personen vorliegen. Sie sind von der Absendung der Anmeldung an im gleichen Umfang versichert.

b) Personen mit anderen Risikomerkmale gelten erst nach Vereinba-

rung der Versicherungssummen und der Prämie als versichert.

c) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung der einzelnen Personen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Im Fall der Ablehnung scheidet die betreffende Person einen Monat nach dem Tag der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Prämie ist für sie nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.

d) Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem die Anzeige dem Versicherer zugeht.

3. Vertragsdauer (Zusatz zu § 5 der Allgemeinen Bedingungen)

a) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder Verein etc. aufgelöst ist.

b) Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt ferner:

- wenn sie aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus dem Verein etc. ausscheidet,

- wenn die versicherte Person eine neue Tätigkeit aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,

- wenn der Versicherer nach einem Unfall eine Leistung für den Versicherungsnehmer erbracht hat oder gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Leistung oder - im Fall eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

c) Der Versicherer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, wenn über das Vermögen des Versicherungsnehmers das Insolvenzverfahren eröffnet oder die Eröffnung eines solchen Verfahrens mangels Masse abgewiesen wird.

Besondere Bedingungen für die Bodunfallversicherung

1. Mitglieder von Luftsportvereinen

Der Versicherungsschutz umfasst Bodunfälle innerhalb Europas, die dem versicherten Vereinsmitglied während der Teilnahme an satzungsgemäßen Vereinsveranstaltungen einschließlich der Teilnahme an öffentlichen Luftfahrtveranstaltungen zustoßen.

Der Versicherungsschutz gilt auch während der Fahrten mit Bodenverkehrsmitteln, die im Rahmen des Vereins unternommen werden. Ausgeschlossen sind Unfälle, die bei Verlängerung des Weges oder bei Unterbrechungen, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der im Rahmen des Vereins durchgeführten Reise stehen, eintreten.

2. Zuschauer bei Luftfahrtveranstaltungen

Der Versicherungsschutz umfasst Bodunfälle, die Zuschauern während der Dauer einer Luftfahrtveranstaltung in Europa innerhalb der Grenzen des Veranstaltungsgeländes zustoßen. Als Zuschauer gelten alle Personen, die eine gültige Eintrittskarte besitzen.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch alle Personen, die im Auftrag des Versicherungsnehmers Tätigkeiten während der Veranstaltung ausüben.

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle von Personen, die an Luftfahrten teilnehmen.