

A Allgemeiner Teil der Bedingungen zur Luftfahrt-Versicherung



Stand 01/2015

Bei den nachfolgenden allgemeinen Bestimmungen handelt es sich um generelle Bestimmungen zum Versicherungsverhältnis.

1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich im Sinne von Teil A Ziffer 2 zahlt.

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

2 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

2.1 Der erste oder einmalige Beitrag wird – wenn nichts anderes vereinbart ist – unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder 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.

2.3 Rücktritt

Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen 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.

3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

3.1 Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig.

Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

3.2 Verzug

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

3.3 Zahlungsaufforderung

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Teil A Ziffern 4 und 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

3.4 Kein Versicherungsschutz

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Teil A Ziffer 3.3 darauf hingewiesen wurde.

3.5 Kündigung

Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Teil A Ziffer 3.3 darauf hingewiesen hat.

Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

4 Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen 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 das SEPA-Lastschriftmandat 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.

5 Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist.

Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

6 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit durch Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

7 Dauer und Ende des Vertrages

7.1 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

7.2 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des

jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung in Textform (z. B. schriftlich, Fax, E-Mail) zugegangen ist.

7.3 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

8 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

8.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung dem Versicherer alle ihm bekannten 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. Der Versicherungsnehmer ist auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als nach seiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme der Versicherer Fragen im Sinne des Satzes 1 stellt. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person 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.

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

8.2 Rücktritt

8.2.1 Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.

8.2.2 Ausschluss Rücktrittsrecht

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.

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.

8.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

8.3 Kündigungsrecht

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 einem Monat kündigen.

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.

8.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

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.

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

8.5 Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer muss die ihm nach den Teil A Ziffern 8.2 bis 8.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich 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.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Teil A Ziffern 8.2 bis 8.4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in den Teil A Ziffern 8.2 bis 8.4 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

8.6 Anfechtung

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

9 Zuständiges Gericht

9.1. 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. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

9.2 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 Aufenthalts 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 Partnerschaftsgesellschaft ist.

9.3 Sind der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort 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.

10 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

11 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderungen

11.1 Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder

an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

11.2 Hat der Versicherungsnehmer eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte dem Versicherer bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Namensänderung des Versicherungsnehmers.

11.3 Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Teil A Ziffer 11.2 entsprechende Anwendung.

12 Eingeschränkter geographischer Geltungsbereich

12.1 Nicht versichert unter dieser Police sind Verluste, Schäden oder Aufwendungen, die in folgenden Ländern und Gegenden eintreten:

- a) Algeria, Burundi, Cabinda, Central African Republic, Congo, Democratic Republic of Congo, Eritrea, Ethiopia, Ivory Coast, Liberia, Mauritania, Nigeria, Somalia, The Republic of Sudan, South Sudan.
- b) Colombia, Ecuador, Peru.
- c) Afghanistan, Jammu & Kashmir, Myanmar, North Korea, Pakistan.
- d) Georgia, Nagorno-Karabakh, North Caucasian Federal District.
- e) Iran, Iraq, Libya, Syria, Yemen.
- f) Zusätzlich zu den oben aufgeführten Ländern ist der Versicherungsschutz für jegliche Flüge ausgeschlossen, die in ein etwaiges Land führen, wo der Betrieb von Flugzeugen eine Verletzung von UNO-Sanktionen darstellt.

12.2 Versicherungsschutz wird jedoch gewährt

- a) für Überflüge über die jeweiligen ausgeschlossenen Länder, wenn der Flug innerhalb eines international anerkannten Luftkorridors stattfindet und in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der I.C.A.O. (Internationale Zivilluftfahrt-Organisation) durchgeführt wird; oder
- b) wenn ein versichertes Luftfahrzeug in einem der oben aufgeführten Länder ausschließlich als direkte Folge und aufgrund höherer Gewalt landen musste, vorbehaltlich der Meldung an die Versicherer innerhalb von 72 Stunden.

12.3 Für die jeweils ausgeschlossenen Länder können die Versicherer eine Versicherungsdeckung zu Bedingungen vereinbaren, die vom führenden Versicherer direkt vor dem Flug genehmigt werden müssen.

[LSW 617G / 03/08/11]

Stand 01/2015

1 Gegenstand der Versicherung

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

1.2 Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt,

1.2.1 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 Luftfahrzeugs,

1.2.2 – sofern im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen vereinbart – bei der Benutzung von Luftsportgeräten einschließlich der Landung,

1.2.3 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 Fahrzeugs zu Zwecken benutzt wird, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Ersatzbeförderung stehen.

1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

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

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 4) wird hingewiesen. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2 Leistungsarten

Die Leistungsarten, die vereinbart werden können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1 Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und beim Versicherer geltend gemacht worden.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.

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

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis 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 teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

2.1.2.2.2 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.

2.1.2.2.3 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 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

2.1.2.2.4 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.

2.1.2.2.5 Führt ein Unfall nach diesen Bestimmungen und der Anwendung von Teil F Ziffer 3 zu einer Invalidität der versicherten Person von mindestens

70 % vor Vollendung des 25. Lebensjahres,

80 % vor Vollendung des 50. Lebensjahres,

90 % 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 200.000,- EUR 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.

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

– aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

– gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leistet der Versicherer nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2 Übergangsleistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

– nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um 100 % beeinträchtigt (erste Stufe), oder

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

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der angegebenen Zeiträume ununterbrochen bestanden.

Sie ist in der ersten Stufe spätestens vier Monate und in der zweiten Stufe spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Versicherer geltend gemacht worden.

2.2.2 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.

2.3 Tagegeld

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

– Die versicherte Person ist unfallbedingt

– in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und

– in ärztlicher Behandlung.

2.3.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme 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.

2.4 Krankenhaus-Tagegeld

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

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

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

2.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

Das Krankenhaus-Tagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.5 Todesfallleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 5.5 wird hingewiesen.

2.5.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.6 Sitzplatzunfall-Versicherung

2.6.1 Werden in der Sitzplatzunfall-Versicherung die zu einer bestimmten Gruppe gehörenden Plätze eines Luftfahrzeugs 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.

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

3 Leistungseinschränkungen bei Krankheiten oder Gebrechen

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

– im Falle 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.

4 Ausschlüsse

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs, wenn sie bei Eintritt des Unfalles 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 entsprochen hat und/oder behördliche Genehmigungen, soweit erforderlich, nicht erteilt waren.

4.1.2 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, 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.

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

4.1.4 Unfälle, 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/Vereinigtes Königreich, Japan, Russland oder USA.

4.1.5 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

4.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

4.2.3 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

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

4.2.4 Infektionen.

4.2.4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

4.2.4.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- - Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

4.2.4.3 Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 4.2.3 Satz 2 entsprechend.

4.2.5 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

4.2.7 Bauch- oder Unterleibsbrüche.

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

5 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls

5.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und den Versicherer unterrichten.

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

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

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

5.5 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist dies dem Versicherer innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn ihm der Unfall schon angezeigt war.

Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

6 Rechtsfolgen der Verletzung von Obliegenheiten

Wird eine Obliegenheit nach Teil B Ziffer 5 vorsätzlich verletzt, ist der Versicherer von der Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform vom Versicherer auf diese Rechtsfolgen hingewiesen wurde.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass er die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt hat, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob dem Versicherer ein ihm zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausübt.

7 Fälligkeit der Leistungen

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

- 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‰ der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu 1 Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu 1 Krankenhaustagegeldsatz.

Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

7.2 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.

7.3 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.

7.4 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 7.1,
- vom Versicherungsnehmer vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

8 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes/ Ruhens des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

8.1 Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag kann jede der Vertragsparteien durch Kündigung beenden, wenn der Versicherer eine Leistung erbracht oder der Versicherungsnehmer gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben hat.

Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird. Die Kündigung kann in Textform (z. B. schriftlich, Fax, E-Mail) erfolgen

Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

8.2 Ruhens des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien/Vereinigtes Königreich, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer eine Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

9 Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen

9.1 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.

Bei gesetzlich vorgeschriebenen Fluggastversicherungen können die Versicherten den Anspruch auf die Versicherungsleistung selbstständig gegen den Versicherer geltend machen.

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

9.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

10 Verjährung

10.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

10.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Versicherungsnehmer in Textform zugeht.

C Besondere Versicherungsbedingungen und Klauseln für die Luftfahrt-Unfallversicherung (BVB LUB 2015)



Stand 01/2015

1 Progressionsstaffeln

Falls dies im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen festgelegt ist, wird die Berechnung der Invaliditätsleistung in Erweiterung zu Teil B Ziffer 2.1 wie folgt erweitert:

1.1 Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 %

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Teil B Ziffer 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffer Teil B 2.1.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 %, erbringen wir die doppelte Invaliditätsleistung.

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000,- EUR beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, so gilt dieser Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.
(U 157)

1.2 Progressive Invaliditätsstaffel (300 %)

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Teil B Ziffer 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Teil B Ziffer 2.1.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt

1.2.1 für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,

1.2.2 für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsfallsumme,

1.2.3 für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätsfallsumme.
(U 166)

1.3 Progressive Invaliditätsstaffel (350 %)

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Teil B Ziffer 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Teil B Ziffer 2.1.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1.3.1 für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,

1.3.2 für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätsfallsumme,

1.3.3 für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsfallsumme.
(U 193)

1.4 Progressive Invaliditätsstaffel (500 %)

Führt ein Unfall ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Teil B Ziffer 3) nach den Bemessungsgrundsätzen der Teil B Ziffer 2.1.2 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

1.4.1 für den 25 % nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätsfallsumme,

1.4.2 für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätsfallsumme,

1.4.3 für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätsfallsumme.
(U 194)

2 Unfall-Rente

– soweit im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen ausdrücklich mitversichert –

Teil B Ziffer 2 wird wie folgt erweitert:

2.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft zu mindestens 50 % beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist innerhalb von achtzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

2.2 Art und Höhe der Leistung

2.2.1 Zahlungsart und Leistungsdauer

Die Unfall-Rente wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, geleistet. Sie wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt oder wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Teil C Ziff. 2.2.2 vorgenommene erneute ärztliche Bemessung ergeben hat, dass der Grad der Invalidität unter 50 % gesunken ist.

Wir sind berechtigt, zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Bezug der Unfall-Rente, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit bis zum Erhalt der Lebensbescheinigung.

2.2.2 Berechnungsgrundlagen und Neubemessung des Invaliditätsgrades

Der nach Teil C Ziff. 2.2 maßgebliche Invaliditätsgrad bemisst sich nach Teil B Ziff. 2.1.2.2.1 bis Teil B 2.1.2.2.4, er kann gemäß Teil B Ziff. 7.4 auf Ihren oder unseren Wunsch jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen werden.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres gilt für diese Neubemessung eine Frist von längstens fünf Jahren, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

Bei der Bemessung des für die Unfall-Rente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades wird der Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen, die bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt haben, abgezogen.

Soweit zur Bemessung des Invaliditätsgrades nach Teil B Ziff. 2.1.2.2.1 LUB 2015 bis Teil B Ziff. 2.1.2.2.4 LUB 2015 besondere Gliedertaxen vereinbart sind, bleiben diese für die Unfall-Rente unberücksichtigt.

3 Doppeltes Krankenhaustagegeld im Ausland

– soweit Teil B Ziffer 2.4 (Krankenhaustagegeld) im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen ausdrücklich mitversichert –

Teil B Ziffer 2.4 wird wie folgt erweitert:

Eignet sich der Unfall im Ausland, zahlen wir für die Dauer des Krankenhausaufenthaltes in dem betreffenden Land, höchstens

für vier Wochen, den doppelten Betrag des versicherten Krankenhaustagegeldes. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Deutschlands, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Bestehen für die versicherte Person weitere Unfallversicherungen bei uns, können Sie diese Leistung nur aus einem der Verträge verlangen.
(AU010)

4 Mitwirkungsanteil von Krankheiten und Gebrechen

In Abweichung von Teil B Ziff. 3 unterbleibt die Minderung bei einem Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen von bis zu 50 %.
(AU029)

5 Bergungskosten

– soweit im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen ausdrücklich mitversichert –

Teil B Ziffer 2 wird wie folgt erweitert:

5.1 Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzen wir bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:

5.1.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,

5.1.2 Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,

5.1.3 Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,

5.1.4 Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.

5.2 Hat die versicherte Person für Kosten nach Teil C Ziffer 5.1 einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, sind wir ebenfalls ersatzpflichtig.

5.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen uns nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, können Sie sich unmittelbar an uns halten.

5.4 Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.
(U 170)

6 Kosten für kosmetische Operationen

– soweit im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen ausdrücklich mitversichert –

Teil B Ziffer 2 wird wie folgt erweitert:

6.1. 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 zu einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels, übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrags, soweit hierfür nicht ein anderer Versicherungsträger eine Leistung erbringt.

6.2 Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres

nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ersetzen wir die 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.

6.3 Ausgeschlossen vom Ersatz sind Kosten für Zahn- und Kieferbehandlungen, Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege. Kosten für Krankenpflege werden nur erstattet, wenn die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

6.4 Bestehen für die versicherte Person bei uns weitere Unfallversicherungen, können Sie diese Leistung nur aus einem dieser Verträge verlangen.
(U197)

7 Boden Unfallversicherung

– soweit im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen ausdrücklich mitversichert –

7.1 Mitglieder von Luftsportvereinen

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

7.1.2 Der Versicherungsschutz gilt auch während der Fahrten mit Bodenverkehrsmitteln, die im Rahmen des Vereins unternommen werden. Nicht versichert 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.

7.2 Zuschauer bei Luftfahrtveranstaltungen

7.2.1 Der Versicherungsschutz umfasst Bodenunfälle, 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.

7.2.2 Mitversichert sind auch alle Personen, die im Auftrag des Versicherungsnehmers Tätigkeiten während der Veranstaltung ausüben.

7.2.3 Nicht versichert sind Unfälle von Personen, die an Luftfahrten teilnehmen.

8 Gruppen Unfallversicherung

– soweit im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen ausdrücklich mitversichert –

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

8.1 Versicherungen ohne Namensangabe

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

8.1.2 Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen und zu erfassen, dass Zweifel über die Zugehörigkeit des Verletzten zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen können.

8.1.3 Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer regelmäßig auf, innerhalb eines Monats die Anzahl der im zurückliegenden Zeitabschnitt versicherten Personen anzugeben. Diese Angabe muss nach Monaten und nach dem höchsten Stand jeden Monats erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.

Sind mehrere Personengruppen versichert, werden diese Angaben für jede Gruppe getrennt benötigt.

8.1.4 Aufgrund der Angaben des Versicherungsnehmers wird der zu zahlende Beitrag für den zurückliegenden Zeitabschnitt (alternativ: für das laufende Versicherungsjahr) errechnet, und der Versicherungsnehmer erhält eine Abrechnung.

8.1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus dem mit dem Versicherungsnehmer bestehenden Dienstverhältnis oder aus der Vereinigung ausscheidet.

8.2 Versicherungen mit Namensangabe

8.2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.

8.2.2 Nicht versicherte Personen können jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn die Risikomerkmale und die Versicherungssummen die gleichen sind wie die der bereits versicherten. Für die hinzukommenden Personen besteht Versicherungsschutz im vereinbarten Umfang ab Eingang der Anmeldung beim Versicherer.

8.2.3 Personen mit anderen Risikomerkmale oder mit höheren Versicherungssummen sind erst nach Vereinbarung der Versicherungssumme und des Beitrages versichert.

8.2.4 Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen nach Risikoprüfung abzulehnen. Im Fall der Ablehnung erlischt der Versicherungsschutz einen Monat nach Abgabe der Erklärung des Versicherers.

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

8.3 Vertragsdauer

8.3.1 Die Vertragspartner können den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung beenden, wenn der Versicherer nach einem Unfall eine Leistung an den Versicherungsnehmer erbracht hat oder gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

8.3.2 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb eingestellt oder die Vereinigung aufgelöst wird. Ein Betriebsübergang ist keine Einstellung des Betriebs.

9 Kumulrisiko

9.1 Einzelkumulrisiko

Bestehen für eine versicherte Person bei der Zurich Insurance plc Niederlassung für Deutschland weitere Unfallversicherungen, so gilt für diese Person eine Höchstenschädigung von 1.000.000,- EUR für alle Versicherungen zusammen.

9.2 Gruppenkumulrisiko

Werden mehrere versicherte Personen von dem gleichen Schadenereignis betroffen und überschreitet die Versicherungsleistung aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt 10.000.000,- EUR, so gilt dieser Betrag als gemeinsame Höchstversicherungssumme für alle Versicherten, die von dem gleichen Schadenereignis betroffen wurden. Die für die Einzelperson vereinbarten Versicherungssummen ermäßigen sich im entsprechenden Verhältnis. [KL6426]

10 Nur eingeschränkt oder nicht versicherbare Personen

Aufgrund von datenschutzrechtlichen Bestimmungen wird auf die Frage nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person verzichtet. Der Versicherungsschutz gilt deshalb nicht oder nur eingeschränkt für die der versicherten Person bekannten, nachfolgend aufgeführten Erkrankungen oder Gebrechen, wegen derer die versicherte Person in den letzten zwölf Monaten vor dem Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich behandelt wurde.

Eingeschränkt versicherungsfähig i. S. dieser Klausel sind Personen mit folgenden Erkrankungen/Gebrechen:

– Arterielle Verschlusskrankheiten, Arteriosklerose, Stadium I oder

- Bandscheibenvorfall, -prolaps, Lumbago, Lendenwirbelsäulensyndrom
- Diabetes mellitus – Zuckerkrankheit
- Downsyndrom/Trisomie 21 – ohne Herzfehler
- Herzerkrankung: koronare Herzerkrankung
- Herzleiden, -erkrankungen
- Kinderlähmung, Poliomyelitis spinale, ohne epileptische Anfälle
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle – Hüftgelenk
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle – Kniegelenk (Patella)
- Luxationen, Verrenkungen, habituelle – Schultergelenk
- Organtransplantationen
- Osteoporose
- Scheuermann-Krankheit, Wirbelsäulenerkrankung
- Spastik, ohne epileptische Anfälle

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Bedingungen, Klauseln und Vereinbarungen gilt Folgendes vereinbart:

Haben die genannten Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades und in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheiten oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch eine Minderung.

Nicht versicherungsfähig i. S. dieser Klausel sind Personen mit folgenden Erkrankungen:

- AIDS - sowohl „HIV-positiv“ als auch „an AIDS erkrankt“
- Alkoholismus
- Arterielle Verschlusskrankheiten, Arteriosklerose, Stadium III und IV
- Arthritis, wenn rheumatisch oder primär chronische Polyarthritis
- Arthrose, wenn mehrere große Gelenke betroffen
- Autismus
- Bechterew'sche Krankheit, Bechterew'sche-Strümpel-Marie
- Bluter, Gerinnungsfaktor bis einschl. 5 %; Hämophilie Typ A oder B
- Blutkrebs, siehe Leukämie
- Downsyndrom/Trisomie 21 – mit Herzfehler
- Drogen-/Rauschgiftsucht
- Epilepsie, Fallsucht, Gehirnfunktionsstörung
- Gangrän – hochgradige Durchblutungsstörung (z. B. der Beine)
- Gehirnschlag
- Geistige Behinderung – GdB 50 % und mehr und/oder eine Pflegestufe
- Geisteskrankheit
- Glasknochen, Osteogenesis imperfecta
- Hepatitis C
- Hirntumor
- Hodgkin-Erkrankung
- Immunschwäche, Immundefektsyndrom
- Karzinom/Krebs
- Leberkrebs, Lebermetastasen, Leberzirrhose
- Leukämie, siehe Blutkrebs

- Little-Krankheit, spinale, ohne epileptische Anfälle
- Lymphogranulomatose
- Morbus Bechterew
- Morbus Chron/Colitis ulcerosa
- Multiple Sklerose
- Muskelatrophie, -dystrophie
- Oligophrenie (Schwachsinn)
- Osteoporose mit Auftreten von Spontanbrüchen
- Parkinson-Syndrom, -Krankheit
- Pflegebedürftigkeit (Stufe 1 bis 3)
- Psychose
- Schizophrenie
- Schlaganfall
- Schwere spastische Lähmung
- Spina bifida, Spaltbildung der Wirbelsäule – GdB 50 % und mehr und/oder eine Pflegestufe
- Spondylitis ankylosans
- Tumor (bösartig)

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Besonderen Bedingungen, Klauseln und Vereinbarungen gilt Folgendes vereinbart:

Haben die genannten Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
[KL6800]

11 Risikogruppen

11.1 Änderung der Risikogruppe

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Risikogruppe der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das Risikogruppenverzeichnis.

11.2 Risikogruppenverzeichnis

Risikogruppe A – Führer(in) von:

- Motorflugzeugen
- Motorseglern
- Segelflugzeugen
- aerodynamisch gesteuerte Ultraleichtflugzeuge
- Luftschiffen

Risikogruppe B – Führer(in) von:

- Wasserflugzeugen
- Drehflüglern (Helikopter)
- Tragschrauber (Gyrocopter)
- Leichte Luftsportgeräte bis 120 kg MTOW
- Trikes mit drei Rädern und einem beweglichen „Drachen“-Flügel
- Paragleitern
- Hängegleitern
- Fallschirmen
- frei- und Fesselballonen (Gasballone/Heißluftballone)

11.3 Mitteilung der Risikogruppenänderung

Eine Änderung der Risikogruppe der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

11.4 Auswirkungen der Risikogruppenänderung

Errechnen sich für die neue Risikogruppen bei gleich bleibendem Beitrag nach dem vereinbarten Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Mitteilung zugeht.

12 Weitere Ausschlüsse

Teil B Ziffer 4 wird wie folgt erweitert:

12.1 Es besteht kein Versicherungsschutz für:

- Piloten und Besatzungsmitglieder von Fluggesellschaften, Luftrettungen, Polizeiflugdiensten oder Luftstreitkräften während der Ausübung ihres Berufes
- Testpilot(in)
- Führer(innen) von Luftfahrzeugen während der Durchführung von Kunstflug
- Basejumper(innen)