

Luftfahrt Unfallversicherungs-Bedingungen (AVB 200/2008)

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 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 Die Leistungsarten, die im Einzelnen versichert werden können, ergeben sich aus Ziffer 6. Aus dem Versicherungsschein, seinen Nachträgen oder dem Antrag ist ersichtlich, welche Risiken und Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- 1.4 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- 1.5 Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

2 Ausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht

- 2.1 für Unfälle
- 2.1.1 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 entsprochen hat und/oder behördliche Genehmigungen, soweit erforderlich, nicht erteilt waren.
- 2.1.2 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.
- 2.1.3 die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
- 2.1.4 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.
- 2.1.5 die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 2.2 für Gesundheitsstörungen durch Strahlen.

- 2.3 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.
- 2.4 für Infektionen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind.
Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung.
Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt Ziffer 2.3, Satz 2 entsprechend.
- 2.5 für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- 2.6 für Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- 2.7 für Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von Ziffer 1.4 die überwiegende Ursache ist.
- 2.8 für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

3 Nicht versicherbare Personen

- 3.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke.
- 3.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 3.1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.
- 3.3 Der für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsfähigkeit entrichtete Beitrag wird zurückgezahlt.

4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- 4.1 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 5.1 Abs. 2 zahlt.
- 4.2 Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.
- 4.3 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 zugegangen ist.
- 4.4 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 4.5 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.

5 Beitragszahlung, Fälligkeit, Verzug

- 5.1 Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

- 5.2 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.
- 5.3 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.
- 5.4 Die Folgebeiträge werden zu dem vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 5.5 Wird der 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.
- 5.6 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 des Beitrages, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziffern 5.7 und 5.8 mit dem Fristablauf verbunden sind.
- 5.7 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 Ziffer 5.6 darauf hingewiesen wurde.
- 5.8 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5.6 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 Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
- 5.9 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 Beitragszahlungen verlangen.
- 5.10 Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, muss der Versicherungsnehmer dafür sorgen, dass der Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann.
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.
- 5.11 Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrages erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.
- 5.12 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.
- 6.1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 6.1.2 Art und Höhe der Leistung:
- 6.1.2.1 Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.
- 6.1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 6.1.2.3 Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
- | | |
|---|------|
| Arm im Schultergelenk | 70 % |
| Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenkes | 65 % |
| Arm unterhalb des Ellenbogengelenkes | 60 % |
| Hand im Handgelenk | 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 im Fußgelenk | 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.
- 6.1.2.4 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.
- 6.1.2.5 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 6.1.2.3 und 6.1.2.4 zu bemessen.
- 6.1.2.6 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.
- 6.1.2.7 Führt ein Unfall nach diesen Bestimmungen und der Anwendung von Ziffer 7 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.
- 6.1.2.8 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.

6 Leistungsarten und -umfang

- 6.1 Invaliditätsleistung
- 6.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:
- 6.1.1.1 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.
- 6.2 Übergangsleistung
- 6.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:
- 6.2.1.1 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.

6.2.1.2 Diese Beeinträchtigungen haben innerhalb der angegebenen Zeiträume ununterbrochen bestanden.

6.2.1.3 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.

6.2.2 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.

6.3 Tagegeld

6.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und in ärztlicher Behandlung.

6.3.2 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.

6.4 Krankenhaustagegeld

6.4.1 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.

6.4.2 Höhe und Dauer der Leistung:

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

6.5 Todesfalleistung

6.5.1 Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 9.5 wird hingewiesen.

6.5.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

6.6 Werden in der Sitzplatzunfallversicherung die zu einer bestimmten Gruppe gehörenden Plätze eines Luftfahrzeugs pauschal versichert, ist jede unter die Versicherung fallende Person, die sich bei Eintritt des Unfalls 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.

7 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.

8 Fälligkeit der Leistungen

8.1 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:

- 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 Tagesatz.

8.2 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.

8.3 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.

8.4 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.

9 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls

9.1 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.

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

9.3 Die versicherte Person hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles trägt der Versicherer.

9.4 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.

9.5 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.

10 Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

10.1 Kündigungsrecht des Versicherers

Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Vertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Obliegenheitsverletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht.

10.2 Umfang des Versicherungsschutzes bei Obliegenheitsverletzung

Wird eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Der vollständige oder teilweise Wegfall des Versicherungsschutzes hat bei der Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungspflicht zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung durch den Versicherer ursächlich war. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm nach Ziffer 10.1 zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

11 Kündigung nach Versicherungsfall

- 11.1 Nach Eintritt eines Versicherungsfalles können beide Parteien den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung 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.
- Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- 11.2 Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit durch das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- 12.1 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 selbständig gegen den Versicherer geltend machen.
- Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf seinen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- 12.2 Über die Versicherungsansprüche kann vor ihrer endgültigen Feststellung ohne Zustimmung des Versicherers nicht verfügt werden.
- 12.3 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

- 13.1 Vollständigkeit und Richtigkeit der 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 in Textform 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.
- 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.
- 13.2 Rücktritt
- 13.2.1 Voraussetzungen des Rücktritts
- Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.
- 13.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

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.

13.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

13.3 Kündigung

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 in Schriftform 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.

13.4 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 Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos in Schriftform kündigen.

13.5 Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer muss die ihm nach den Ziffern 13.2 bis 13.4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Er hat die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung abgeben, wenn für diese die Monatsfrist nicht verstrichen ist.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern 13.2 bis 13.4 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 Ziffern 13.2 bis 13.4 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

13.6 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.

14 Fristen

- 14.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung erlangt werden kann.
- 14.2 Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.

- 14.3 Hat der Versicherer den Versicherungsschutz abgelehnt, ist der bestrittene Versicherungsanspruch binnen einer Frist von sechs Monaten gerichtlich geltend zu machen. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Anspruchsberechtigte unter Hinweis auf die Rechtsfolgen der Fristversäumung vom Versicherer davon in Kenntnis gesetzt worden ist.

15 Anzuwendendes Recht, zuständiges Gericht

- 15.1 Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.
- 15.2 Klagen gegen den Versicherer
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. Ist der Versicherungsnehmer eine natürliche Person, 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.
- 15.3 Klagen gegen den Versicherungsnehmer
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.
- 15.4 Unbekannter Wohnsitz des Versicherungsnehmers
Sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer oder den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

16 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung

- 16.1 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.
- 16.2 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.
- 16.3 Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 16.2 entsprechende Anwendung.

Zusatzbedingungen 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

- 1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
- 1.2 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.
- 1.3 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 des jeweiligen Beitrages.
- 1.4 Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnittes die richtige Personenzahl nachzuweisen. Die Beitragsberechnung ist dadurch gegebenenfalls anzupassen.
- 1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus der Gruppe ausscheidet.

2 Versicherungen mit Namensangabe

- 2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
- 2.2 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.
- 2.3 Personen mit anderen Risikomerkmale gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.
- 2.4 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 Beitrag ist für sie nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.
- 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.

3 Vertragsdauer (Zusatz zu Ziffer 4 AVB 200/2008)

- 3.1 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder Verein etc. aufgelöst ist.
- 3.2 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.
- 3.3 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 Zusatzleistungen

Ergänzend zu Ziffer 6 AVB 200/2008 erbringt der Versicherer ohne zusätzlichen Beitrag die nachfolgend beschriebenen Zusatzleistungen.

Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer weitere Luftfahrt-Unfallversicherungen, können die Zusatzleistungen jeweils nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

1 Mitversicherung von Bergungskosten

- 1.1 Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des dafür vereinbarten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - 1.1.1 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.
 - 1.1.2 Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
 - 1.1.3 Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
 - 1.1.4 Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.
- 1.2 Hat die versicherte Person für Kosten nach Ziffer 1.1.1 einzustehen, obwohl sie keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
- 1.3 Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden.

2 Kosmetische Operationen

- 2.1 Voraussetzungen für die Leistungen:
 - 2.1.1 Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.
 - 2.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
 - 2.1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2.2 Art und Höhe der Leistungen
 - 2.2.1 Der Versicherer leistet insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene
 - Arzthonorare und sonstige Operationskosten
 - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
 - 2.2.2 Der Versicherer leistet nicht Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

Zusatzbedingungen für die Bodenufallversicherung

1 Mitglieder von Luftsportvereinen

- 1.1 Der Versicherungsschutz umfasst Bodenufälle innerhalb Europas, die dem versicherten Vereinsmitglied während der Teilnahme an satzungsgemäßen Vereinsveranstaltungen einschließlich der Teilnahme an öffentlichen Luftfahrtveranstaltungen zustoßen.
- 1.2 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

- 2.1 Der Versicherungsschutz umfasst Bodenufälle, 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.
- 2.2 In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch alle Personen, die im Auftrag des Versicherungsnehmers Tätigkeiten während der Veranstaltung ausüben.
- 2.3 Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle von Personen, die an Luftfahrten teilnehmen.