

I. Gemeinsame Bestimmungen zur Unfall- und Haftpflichtversicherung

1 Gegenstand der Versicherung

Versicherungsschutz besteht für einen Sportunfall der versicherten Person, der sich beim privaten Gebrauch eines Fahrrades ereignet.

Der Versicherungsschutz über diese Unfallversicherung besteht dann, wenn über den Sportversicherungsvertrag des Landessportbundes Thüringen e.V. kein Versicherungsschutz besteht.

2 Versicherte Personen

Versichert sind Vereinsmitglieder der im Fachverband angeschlossenen Vereine, soweit sie von ihrem Verein zu dieser Zusatzversicherung angemeldet und hierüber ein wirksamer Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

Versichert werden können alle Mitglieder des Vereines oder die gesamte Radsportabteilung des Vereines. Einzelne Vereinsmitglieder können nicht zur Versicherung angemeldet werden.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Eingang der Anmeldung des Vereines bzw. der Radsportabteilung.

3 Risikobegrenzungen

Kein Versicherungsschutz besteht,

a) bei dem Gebrauch eines Fahrrades zur Ausübung eines Berufes.

b) Nicht versichert sind Profi- und Berufssportler sowie hauptamtliche Radsportlehrer.

c) Nicht versichert ist die private Teilnahme an Radrennveranstaltungen

d) wenn die versicherte Person im Rahmen ihrer vereinssportlichen Tätigkeit trainiert oder wenn es sich um ein, vom Vereinsvorstand oder dem Trainer offiziell angeordnetes Mannschafts- oder Einzeltraining handelt. Versicherungsschutz besteht dann über den Sportversicherungsvertrag

4 Der Beitrag zur Unfall- und Haftpflichtversicherung beträgt je versicherte Person 4,00 € einschließlich 19 % Versicherungssteuer.

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

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

Der Versicherungsnehmer gibt dem Versicherer jeweils am Anfang eines Versicherungsjahres die Zahl der zu diesem Zeitpunkt versicherten Personen (ggf. je Gruppe) an. Diese Angabe der versicherten Personen am ersten Tage des neuen Versicherungsjahres ist Grundlage für die Beitragsberechnung des Versicherungsjahres. Eine rückwirkende Regulierung des Beitrags findet nicht statt.

Aufgrund der gemachten Angaben errechnet der Versicherer den zu zahlenden Beitrag. Der Versicherungsnehmer erhält hierüber eine Beitragsabrechnung.

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

Auf eine mögliche Beitragsangleichung nach § 8 III. AHB wird verzichtet.

5 Vertragsdauer

Der Vertrag beginnt am 31.05.2018 und gilt zunächst für ein Jahr. Ablaufdatum ist der 01.01.2020.

Der Vertrag verlängert sich danach stillschweigend von Jahr zu Jahr, sollte er nicht spätestens drei Monate vor dem Vertragsablauf in Textform gekündigt werden. Der Vertrag endet zudem, wenn der bestehende Sportversicherungsvertrag mit dem Landessportbund Thüringen beendet wird.

II. UNFALLVERSICHERUNG

1. Gegenstand der Versicherung

Die AachenMünchener Versicherung gewährt im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen AM-AUB 96, den gesetzlichen Bestimmungen sowie den nachfolgenden Vereinbarungen Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen körperlicher Sportunfälle.

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

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. Umfang des Versicherungsschutzes

Die Versicherung umfasst Unfälle, die eine versicherte Person beim Gebrauch des Fahrrades erleidet. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

3. Versicherungsleistungen

Versicherungsschutz besteht für folgende Leistungen:

A Invaliditätsleistung

1. Die Invaliditätsleistung wird erbracht, wenn die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität) ist. Die Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
2. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie - abweichend von § 7 I. 1. AUB - spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren sechs Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht worden sein.
3. Bei einer Teilinvalidität wird eine Entschädigung nur dann erbracht, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad 15 % oder mehr beträgt.

4. Invaliditätsleistung

Grundsumme	30.000 €
- Leistung bei einer Invalidität ab 75 % unter Anwendung der Progression	112.500 €
- Zusatzleistung bei einer Invalidität ab 75 %	25.000 €
- weitere Mehrleistung bei Vollinvalidität	12.500 €

5. Leistungsbeschreibung zu § 7 Ziff. I. AUB

- a) In Abweichung von § 11 Ziff. IV. AUB wird bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres die Frist von drei Jahren auf fünf Jahre verlängert, jedoch nicht über die Vollendung des 18. Lebensjahres hinaus.

- b) Die Höhe der Entschädigung richtet sich nach dem Grad der Invalidität. Als feste Invaliditätsgrade gelten - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität - bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %

des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %
Zeugungsunfähigkeit bei Männer*	30 %
Empfängnis- oder Gebärfähigkeit bei Frauen bis zum 40. Lebensjahr*	30 %

*Eine Entschädigung kann nur dann geleistet werden, wenn eine Beeinträchtigung zu 100 % gegeben ist. Für eine Teilbeeinträchtigung kann keine Entschädigung geleistet werden. Der Geschädigte muss im Schadenfall den Nachweis erbringen, dass die Zeugungs-, Empfängnis- oder Gebärfähigkeit auf einen Unfall im Sinne der Bedingungen zurückzuführen ist. Wenn grundsätzlich die Zeugungs-, Empfängnis- oder Gebärfähigkeit gegeben ist, wird keine Entschädigung fällig.

- c) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach b) angenommen.
- d) Ist ein Invaliditätsschaden eingetreten, der in der Gliedertaxe nicht genannt ist, so wird der Grad des Invaliditätsschadens danach bemessen, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte insgesamt beeinträchtigt ist.
- e) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade zusammengerechnet, höchstens jedoch bis 100 %.
- f) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach b) zu bemessen. Siehe jedoch Ziffer 3 C 3. b).
- g) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
- h) Stirbt der Versicherte 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 nach Ziffer 1. entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- i) Invaliditätsleistung mit Progression:
Für die versicherten Personen werden bei einem nach § 7 Ziff. I. AUB festgestellten Invaliditätsgrad der Berechnung der Entschädigung folgende Versicherungssummen zu Grunde gelegt:
 - ia) ab 15 %, nicht aber den 25 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die festgelegte Invaliditätssumme,
 - ib) für den 25 %, nicht aber 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
 - ic) für den 50 %, nicht aber 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die sechsfache Invaliditätssumme,
 - id) für den 75 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die achtfache Invaliditätssumme,
 - ie) bei einem Invaliditätsgrad von 75% und mehr wird zu der Invaliditätsleistung von 112.500 € eine Zusatzleistung von 25.000 € erbracht,
 - if) bei einer Vollinvalidität von 100 % wird eine weitere Mehrleistung von 12.500 € erbracht. Die maximale Entschädigungsleistung beträgt bei einer Vollinvalidität 150.000 €.

Die Entschädigungsleistung beträgt:

Invaliditätsgrad:	Progression auf:	Leistung in €
1 bis 14 %	-	-
15 %	15 %	4.500
16 %	16 %	4.800
17 %	17 %	5.100
18%	18 %	5.400
19 %	19 %-	5.700
20 %	20 %	6.000
25 %	25 %	7.500
30 %	40 %	12.000
35 %	55 %	16.500
40 %	70 %	21.000

45 %	85 %	25.500
50 %	100 %	30.000
55 %	130 %	39.000
60 %	160 %	48.000
65 %	190 %	57.000
70 %	220 %	66.000
ab 75 %	450 %	112.500
	inkl. Zusatzleistung von 25.000 €	137.500
bei 100 %	inkl. Mehrleistung von 12.500 €	150.000

B Todesfall

- Die Todesfall-Leistung wird erbracht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres stirbt.
- Die Versicherungssumme beträgt für
 - Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr 6.000 €
 - Erwachsene vom vollendeten 18. Lebensjahr an 10.000 €
 - Versicherte mit unterhaltsberechtigten Kindern zusätzlich je unterhaltsberechtigtem Kind maximal jedoch bis zu 9.000 € 3.000 €
 - den optischen Todesfall 3.000 €

C Krankenhaustagegeld

- Das Krankenhaustagegeld wird innerhalb der ersten fünf Jahre nach dem Unfall für jeden Tag gezahlt, an dem sich der Versicherte zur Behebung der Folgen eines Unfalles im Sinne des Vertrages in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet. Ein Aufenthalt zur Rehabilitation ist nicht vom Versicherungsschutz umfasst.
- Der Tagegeldsatz beträgt je versicherten Kalendertag der vollstationären Behandlung 10 €

D Zusatzheilkosten

Die Zusatzheilkostenversicherung bezieht sich ausschließlich auf Versicherte, die einer gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung angehören oder aufgrund beamtenrechtlicher Vorschriften beihilfeberechtigt sind. Die gesetzlichen oder privaten Versicherungen gehen vor. Die Mitglieder sind verpflichtet, deren Leistungen in Anspruch zu nehmen.

- Zahnschäden
 - Die Ersatzleistung beträgt je zu ersetzendem Zahn oder festsitzender Spange auf Basis der Eigenanteilsrechnung bis zu 250 €
bei mehreren ersetzten Zähnen maximal bis zu 1.000 €
 - Versichert sind die Kosten für die durch einen Unfall zu behandelnden bzw. zu ersetzenden natürlichen und künstlichen Zähne (auch Zahnbrücken und Stifzähne) einschließlich fest angebrachter Zahnspangen innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet. Bei Kindern und Jugendlichen wird die Frist bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres verlängert.
 - Bei Zahnersatz und Zahnspangenschäden werden Kosten nur soweit vergütet, als sie nicht von einem Träger der Sozialversicherung bzw. einer privaten Kranken- oder Unfallversicherung übernommen, oder von Beihilfeeinrichtungen abgedeckt werden.
 - Zuzahlungen wegen nicht medizinisch notwendiger Zahnbehandlungen sind vom Versicherungsschutz nicht umfasst (Medizinisch nicht notwendig sind die Anfertigung, sowie das Einsetzen von Inlays etc.). Diese Mehrkosten muss der Versicherte selbst tragen.
- Brillenschäden
 - Die Ersatzleistung beträgt je Einzelfall bis zu 100 €
 - Der Höchstbetrag je Mitglied und Kalenderjahr beträgt bis zu 200 €

- c) Für die bei der aktiven Sportausübung beschädigten Brillen (optische Sehhilfen zur Korrektur von Augenfehlern) werden die Reparatur- oder Wiederbeschaffungskosten bis zum genannten Höchstbetrag je Einzelfall ersetzt. Kontaktlinsen und Haftschalen sind Brillen gleichgesetzt.
- d) Die Kosten werden nur ersetzt, soweit sie nicht von einem Träger der Sozialversicherung bzw. einer privaten Kranken- oder Unfallversicherung zu tragen sind, oder von der Beihilfe abgedeckt werden.
3. Schäden an Hörgeräten
- a) Die Ersatzleistung beträgt je Einzelfall bis zu 200 €
- b) Der Höchstbetrag je Mitglied und Kalenderjahr beträgt bis zu 400 €
- c) Für bei der aktiven Sportausübung beschädigte Hörgeräte werden die Reparatur – oder Wiederbeschaffungskosten bis zum genannten Höchstbetrag je Einzelfall ersetzt.
- d) Die Kosten werden nur ersetzt, soweit sie nicht von einem Träger der Sozialversicherung bzw. einer privaten Kranken- oder Unfallversicherung zu tragen sind, oder von der Beihilfe abgedeckt werden.

4. Sonstige Heilkosten

Heilkostenersatz wird nur insoweit gewährt, als andere Kostenträger (z. B. Krankenversicherer, private Unfallversicherer im Rahmen der Unfall-Heilkostenversicherung, Beihilfe- und Versorgungseinrichtungen) ihre Leistungen voll erfüllt und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben.

Für den Fall, das notwendige Heilbehandlungskosten versichert sind, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf folgende Leistungen:

Versichert sind die notwendigen Heilbehandlungskosten, soweit sie innerhalb der ersten zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen und nicht von einem Träger der Sozialversicherung bzw. einer privaten Kranken- oder Unfallversicherung zu übernehmen sind oder von Beihilfeeinrichtungen abgedeckt werden. Sie dürfen den 3,5-fachen Gebührensatz nach der GOÄ nicht übersteigen.

Grundsätzlich ist bei stationärer Behandlung vom Basispflegesatz einschließlich des Stationspflegesatzes ohne Zuschläge auszugehen. Nimmt ein Mitglied einer gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Ersatzkasse eine privatärztliche Behandlung in Anspruch, werden weder bei stationärer noch bei ambulanter Behandlung die Mehrkosten erstattet, welche aus der privatärztlichen Abrechnung im Vergleich zu den Kassensätzen resultieren. Die Selbstbeteiligung beträgt generell 25 %.

Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer ärztlichen Gebührenordnung begründet sind, Kosten für Arzneien, Verbandsmaterial, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genußmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Hinzuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet ist.

5. Zuzahlung/Selbstbeteiligung

Bei vertraglich vereinbarter, nach dem Beihilfegesetz festgelegter oder frei gewählter Selbstbeteiligung sowie für gesetzlich festgeschriebene Zuzahlungen, Verlust und Abhandenkommen von Prothesen und Hilfsmitteln aller Art kann ein Leistungsanspruch nicht geltend gemacht werden. Ausgeschlossen vom Heilkostenersatz sind Beitragsrückvergütungen bei Krankenversicherungen sowie Praxis- und Rezeptgebühren.

6. Versicherungssumme

Die Versicherungssumme beträgt für jeden Versicherten im Jahr bis zu 1.600 €

E Verletztenhilfe

1. Die Verletztenhilfe wird gezahlt, wenn die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person durch den Unfall länger als 180 Tage ununterbrochen beeinträchtigt ist.
2. Die Versicherungssumme beträgt je Schadenfall 1.000 €

F Nachhilfeunterricht

Die Ersatzleistung beträgt je Tag 50 €

Der Höchstbetrag für die Nachhilfe beträgt je Versicherungsfall bis zu 1.000 €

Kann der Schüler einer allgemein bildenden Schule (oder einer gleichgestellten staatlich anerkannten Einrichtung) durch einen versicherten Unfall länger als vier Wochen nicht am regulären Schulunterricht teilnehmen, werden die nachgewiesenen Kosten für einen Nachhilfeunterricht ersetzt.

G Koma Geld

1. Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma (auch künstliches Koma), so wird für die Zeit dieses Zustandes ein Koma Geld geleistet.
2. Das Koma Geld wird maximal für 365 Tage geleistet und beträgt je Tag 25 €

H Schmerzensgeld bei Diagnosestellung

1. Ergänzend zu den AUB leistet der Versicherer ein einmaliges Schmerzensgeld bereits nach der Stellung der ärztlichen Diagnose in folgenden Fällen:
 - Komplette Kreuzbandruptur
 - Fersenbeinfraktur
 - Sprunggelenksfraktur
 - Komplette Schienbeinfraktur
 - Kniescheibenfraktur
 - Oberschenkelhalsfraktur
 - Verschobene Radiusfraktur oder Radiusköpfchenfraktur
 - Oberarmkopffraktur
 - Kompressionsfraktur eines Wirbelkörpers
2. Die Leistung erfolgt in Höhe von 300 €
Treten mehrere der genannten Unfallverletzungen bei einem Unfallereignis auf, so wird die Leistung nur einmal erbracht.

I Bergungskosten

1. Bergungskosten werden nur insoweit gewährt, als andere Kostenträger (z. B. Krankenversicherer, private Unfallversicherer, Haftpflichtversicherung eines anderen Unfallbeteiligten, Beihilfe- und Versorgungseinrichtungen) ihre Leistungen voll erfüllt und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Der Versicherte ist verpflichtet, die Leistung vorrangig in Anspruch zu nehmen.
2. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer wenden. Die Selbstbeteiligung für einen Verletztentransport ist nicht Gegenstand der Versicherung.
3. Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer die entstandenen notwendigen Kosten. Die Versicherungsleistung beträgt je Versicherten bis zu 5.000 €
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;
 - b) den Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik - soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet;
 - c) den Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren;
 - d) die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfall.

Hat der Versicherte für Kosten nach Ziffer 3. a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.

Bestehen für den Versicherten bei der Versicherungsgesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

J Kosten für kosmetische Operationen nach einem Unfall

1. Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist, und entschließt sich die versicherte Person, sich einer

kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer

- a) die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie
- b) die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des fünften Jahres nach dem Unfall erfolgt sein.

Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 25. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.

3. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.
4. Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer die Kosten. Die Versicherungsleistung beträgt je Versicherten bis zu 5.000 €
5. Bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Kosten für kosmetische Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

K Besondere Bedingungen für die Versicherung einer Reha Beihilfe in der Unfallversicherung

Ergänzend zu den AUB zahlt der Versicherer eine Reha-Beihilfe nach folgenden Bedingungen:

1. Die versicherte Person hat durch die unfallbedingt hervorgerufene Gesundheitsschädigung oder deren Folgen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige stationäre Reha-Maßnahme durchgeführt. Diese Voraussetzungen werden durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.
2. Als Reha-Maßnahme gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.
3. Höhe der Leistung:
Die Reha-Beihilfe wird einmal je Unfall gezahlt. Die Leistung beträgt einmalig 500 €

L Direktanspruch des Mitgliedsvereines

Der Versicherungsnehmer hat diese Unfallversicherung für die versicherten Personen (Fremdversicherung zugunsten Dritter) vereinbart. Abweichend von den AUB gilt folgendes:

Der Verein kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Zustimmung der Versicherungsnehmerin unmittelbar bei dem Versicherer geltend machen. Der Versicherer leistet direkt an die versicherte Person.

M Zusatz-Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung ohne Namensangabe

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

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

Der Versicherungsnehmer gibt dem Versicherer jeweils am Anfang eines Versicherungsjahres die Zahl der zu diesem Zeitpunkt versicherten Personen (ggf. je Gruppe) an. Diese Angabe der versicherten Personen am ersten Tage des neuen Versicherungsjahres ist Grundlage für die Beitragsberechnung des Versicherungsjahres. Eine rückwirkende Regulierung des Beitrags findet nicht statt.

Aufgrund der gemachten Angaben errechnet der Versicherer den zu zahlenden Beitrag. Der Versicherungsnehmer erhält hierüber eine Beitragsabrechnung.

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

III. HAFTPFLICHTVERSICHERUNG

1. Gegenstand der Versicherung

Die AachenMünchener Versicherung gewährt den versicherten Personen gemäß Ziffer I. 2 Versicherungsschutz im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB), den Vereinbarungen zum Sportversicherungsvertrag (Teil II Haftpflichtversicherung) mit dem Landessportbund Thüringen e.V., der gesetzlichen Bestimmungen und der folgenden Vereinbarungen.

2. Umfang des Versicherungsschutzes

- a) Versichert ist die gesetzliche Haftpflicht privatrechtlichen Inhaltes der versicherten Person aus der Eigenschaft als Radfahrer während des privat durchgeführten Trainings.
- b) Der gebotene Versicherungsschutz gilt subsidiär zu einer, für die versicherte Person bestehenden Privat- oder sonstigen Haftpflichtversicherung.

3. Versicherungssumme

Die Versicherungssumme beträgt je Versicherungsfall 3.000.000,- € pauschal für Personen- und Sachschäden. Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Zweifache dieser Versicherungssummen.

4. Deckungserweiterungen:

A Auslandsschäden

1. Mitversichert ist – abweichend von Ziffer 7.9 AHB – die gesetzliche Haftpflicht aus im europäischen Ausland vorkommenden Versicherungsfällen.
2. Ausgeschlossen sind Ansprüche aus Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten von Personen, die vom Versicherungsnehmer im Ausland eingestellt oder dort mit der Durchführung von Arbeiten betraut worden sind.

Eingeschlossen bleiben jedoch Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer aus Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten, die den Bestimmungen des Sozialgesetzbuches (SGB VII) unterliegen (siehe Ziffer 7.9 AHB).

Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden – abweichend von Ziffer 6.5 AHB – als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet.

Kosten sind:

Anwalts-, Sachverständigen-, Zeugen- und Gerichtskosten; Aufwendungen zur Abwendung oder Minderung des Schadens bei oder nach Eintritt des Versicherungsfalls sowie Schadenermittlungskosten, auch Reisekosten, die dem Versicherer nicht selbst entstehen. Das gilt auch dann, wenn die Kosten auf Weisung des Versicherers entstanden sind.

Kosten gelten als Schadensersatzleistungen.

Die Leistungen des Versicherers erfolgen in Euro. Soweit der Zahlungsort außerhalb der Staaten, die der Europäischen Währungsunion angehören, liegt, gelten die Verpflichtungen des Versicherers mit dem Zeitpunkt erfüllt, in dem der EURO-Betrag bei einem in der Europäischen Währungsunion gelegenen Geldinstitut angewiesen ist.

B Ansprüche mitversicherter Personen untereinander

In teilweiser Abänderung der Ziffer 7.4.1 und 7.5.1 AHB erstreckt sich der Versicherungsschutz im Rahmen des Vertrages auch auf gesetzliche Haftpflichtansprüche

1. eines Vereinsmitgliedes gegen ein Vereinsmitglied oder ein Mitglied eines anderen Vereins aus Sachschäden.
2. eines Einzelmitgliedes gegen ein anderes Einzel- oder Vereinsmitglieds im Sportbund aus Sachschäden.
3. Ausgeschlossen bleiben Schäden an Fahrrädern (auch e-Bike, Pedelec) und Zubehör.

5. Ausschlüsse

Nicht versichert ist die Haftpflicht

- a) aus Schäden durch außergewöhnliche Risiken, die nicht dem im Versicherungsschein beschriebenen Vertragsgegenstand entsprechen.

- b) die der Versicherungsnehmer, ein Mitversicherter oder eine von ihnen bestellte oder beauftragte Person durch den Gebrauch eines Kraftfahrzeuges oder eines Kraftfahrzeuganhängers verursachen.
- c) die der Versicherungsnehmer, ein Mitversicherter oder eine von ihnen bestellte oder beauftragte Person durch den Gebrauch eines Wasserfahrzeuges verursachen oder für die sie als Halter oder Besitzer eines Wasserfahrzeuges in Anspruch genommen werden.
- d) Besteht nach diesen Bestimmungen für einen Versicherten (Versicherungsnehmer oder Mitversicherter) kein Versicherungsschutz, so gilt das auch für alle anderen Versicherten.
- e) Eine Tätigkeit der in Ziffer b) und c) genannten Personen an einem Kraftfahrzeug, Kraftfahrzeuganhänger und Wasserfahrzeug ist kein Gebrauch im Sinne dieser Bestimmungen, wenn keine dieser Personen Halter oder Besitzer des Fahrzeugs ist und wenn das Fahrzeug hierbei nicht in Betrieb gesetzt wird.
- f) wegen Schäden, die der Versicherungsnehmer, ein Mitversicherter oder eine von ihnen bestellte oder beauftragte Person durch den Gebrauch eines Luft- oder Raumfahrzeuges verursachen oder für die sie als Halter oder Besitzer eines Luft- oder Raumfahrzeuges in Anspruch genommen werden.
- g) Besteht nach diesen Bestimmungen für einen Versicherten (Versicherungsnehmer oder Mitversicherter) kein Versicherungsschutz, so gilt das auch für alle anderen Versicherten.
- h) aus
 - der Planung oder Konstruktion, Herstellung oder Lieferung von Luft- und Raumfahrzeugen oder Teilen für Luft- und Raumfahrzeuge, soweit die Teile ersichtlich für den Bau von Luft- und Raumfahrzeugen oder den Einbau in Luft- und Raumfahrzeuge bestimmt waren,
 - Tätigkeiten (z. B. Montage, Wartung, Inspektion, Überholung, Reparatur, Beförderung) an Luft- und Raumfahrzeugen oder deren Teilen,und zwar wegen Schäden an Luft- und Raumfahrzeugen, den mit diesen beförderten Sachen, der Insassen sowie wegen sonstiger Schäden durch Luft- und Raumfahrzeuge.
- i) aus der Haltung oder Hütung von Tieren.
- j) aus Betrieben aller Art
- k) aus der Ausübung des Berufs von Vereinsmitgliedern, auch wenn diese im Auftrag oder Interesse des Vereins erfolgte.

RAD PLUS – UNFALL UND HAFTPFLICHTVERSICHERUNG FÜR VEREINSMITGLIEDER IM THÜRINGER RADSPORTVERBAND E.V.

ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE HAFTPFLICHTVERSICHERUNG (AHB)

Umfang des Versicherungsschutzes	Dauer und Ende des Versicherungsvertrages / Kündigung
1. Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall	16. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages
2. Vermögensschäden, Abhandenkommen von Sachen	17. Wegfall des versicherten Risikos
3. Versichertes Risiko	18. Kündigung nach Beitragsangleichung
4. Vorsorgeversicherung	19. Kündigung nach Versicherungsfall
5. Leistungen der Versicherung	20. Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen
6. Begrenzung der Leistungen	21. Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften
7. Ausschlüsse	22. Mehrfachversicherung
Beginn des Versicherungsschutzes/Beitragszahlung	Obliegenheiten des Versicherungsnehmers
8. Beginn des Versicherungsschutzes	23. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
9. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/erster oder einmaliger Beitrag	24. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
10. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung Folgebeitrag	25. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
11. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung	26. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten
12. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung	Weitere Bestimmungen
13. Beitragsregulierung	27. Mitversicherte Personen
14. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	28. Abtretungsverbot
15. Beitragsangleichung	29. Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung
	30. Verjährung
	31. Zuständiges Gericht
	32. Anzuwendendes Recht

Umfang des Versicherungsschutzes

1. Gegenstand der Versicherung, Versicherungsfall
 - 1.1 Versicherungsschutz besteht im Rahmen des versicherten Risikos für den Fall, dass der Versicherungsnehmer wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses (Versicherungsfall), das einen Personen-, Sach- oder sich daraus ergebenden Vermögensschaden zur Folge hatte, aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadensersatz in Anspruch genommen wird.
Schadenereignis ist das Ereignis, als dessen Folge die Schädigung des Dritten unmittelbar entstanden ist. Auf den Zeitpunkt der Schadenverursachung, die zum Schadenereignis geführt hat, kommt es nicht an.
 - 1.2 Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche, auch wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt,
 - 1.2.1 auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadensersatz statt der Leistung;
 - 1.2.2 wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nacherfüllung durchführen zu können;
 - 1.2.3 wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;
 - 1.2.4 auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung;
 - 1.2.5 auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;
 - 1.2.6 wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.
 2. Vermögensschaden, Abhandenkommen von Sachen
Dieser Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung erweitert werden auf die gesetzliche Haftpflicht privatrechtlichen Inhalts des Versicherungsnehmers wegen
 - 2.1 Vermögensschäden, die weder durch Personen- noch durch Sachschäden entstanden sind;
 - 2.2 Schäden durch Abhandenkommen von Sachen; hierauf finden dann die Bestimmungen über Sachschäden Anwendung.
 3. Versichertes Risiko
 - 3.1 Der Versicherungsschutz umfasst die gesetzliche Haftpflicht
 - 3.1.1 aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken des Versicherungsnehmers,
 - 3.1.2 aus Erhöhungen oder Erweiterungen der im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Risiken. Dies gilt nicht für Risiken aus dem Halten oder Gebrauch von versicherungspflichtigen Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugen sowie für sonstige Risiken, die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen,
 - 3.1.3 aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluss der Versicherung neu entstehen (Vorsorgeversicherung) und die in Ziffer 4 näher geregelt sind.
 - 3.2 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Erhöhungen des versicherten Risikos durch Änderung bestehender oder Erlass neuer Rechtsvorschriften. Der Versicherer kann den Vertrag jedoch unter den Voraussetzungen

gen von Ziffer 21 kündigen.

4. Vorsorgeversicherung
- 4.1 Risiken, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages neu entstehen, sind im Rahmen des bestehenden Vertrages sofort versichert.
 - 4.1.1 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Aufforderung des Versicherers jedes neue Risiko innerhalb eines Monats anzuzeigen. Die Aufforderung kann auch mit der Beitragsrechnung erfolgen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.

Tritt der Versicherungsfall ein, bevor das neue Risiko angezeigt wurde, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und zu einem Zeitpunkt hinzugekommen ist, zu dem die Anzeigefrist noch nicht verstrichen war.
 - 4.1.2 Der Versicherer ist berechtigt, für das neue Risiko einen angemessenen Beitrag zu verlangen. Kommt eine Einigung über die Höhe dieses Beitrages innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige nicht zustande, entfällt der Versicherungsschutz für das neue Risiko rückwirkend ab dessen Entstehung.
- 4.2 Der Versicherungsschutz für neue Risiken ist von ihrer Entstehung bis zur Einigung im Sinne von Ziffer 4.1.2 auf den Betrag von 500.000 EUR für Personenschäden und 150.000 EUR für Sachschäden, und soweit vereinbart für Vermögensschäden, begrenzt.
- 4.3 Die Regelung der Vorsorgeversicherung gilt nicht für Risiken
 - 4.3.1 aus dem Eigentum, Besitz, Halten oder Führen eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs, soweit diese Fahrzeuge der Zulassungs-, Führerschein- oder Versicherungspflicht unterliegen;
 - 4.3.2 aus dem Eigentum, Besitz, Betrieb oder Führen von Bahnen;
 - 4.3.3 die der Versicherungs- oder Deckungsvorsorgepflicht unterliegen;
 - 4.3.4 die kürzer als ein Jahr bestehen werden und deshalb im Rahmen von kurzfristigen Versicherungsverträgen zu versichern sind.
5. Leistungen der Versicherung
 - 5.1 Der Versicherungsschutz umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Schadensersatzansprüche und die Freistellung des Versicherungsnehmers von berechtigten Schadensersatzverpflichtungen.

Berechtigt sind Schadensersatzverpflichtungen dann, wenn der Versicherungsnehmer aufgrund Gesetzes, rechtskräftigen Urteils, Anerkenntnisses oder Vergleiches zur Entschädigung verpflichtet ist und der Versicherer hierdurch gebunden ist. Anerkenntnisse und Vergleiche, die vom Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherers abgegeben oder geschlossen worden sind, binden den Versicherer nur, soweit der Anspruch auch ohne Anerkenntnis oder Vergleich bestanden hätte.

Ist die Schadensersatzverpflichtung des Versicherungsnehmers mit bindender Wirkung für den Versicherer festgestellt, hat der Versicherer den Versicherungsnehmer binnen zwei Wochen vom Anspruch des Dritten freizustellen.
 - 5.2 Der Versicherer ist bevollmächtigt, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben.

Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über Schadensersatzansprüche gegen den Versicherungsnehmer, ist der Versicherer zur Prozessführung bevollmächtigt. Er führt den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.
 - 5.3 Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadensereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen oder die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers.
 - 5.4 Erlangt der Versicherungsnehmer oder ein Mitversicherter das Recht, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist der Versicherer zur Ausübung dieses Rechts bevollmächtigt.
6. Begrenzung der Leistungen
 - 6.1 Die Entschädigungsleistung des Versicherers ist bei jedem Versicherungsfall auf die vereinbarten Versicherungssummen begrenzt. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt.
 - 6.2 Sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, sind die Entschädigungsleistungen des Versicherers für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres auf das Zweifache der vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.
 - 6.3 Mehrere während der Wirksamkeit der Versicherung eintretende Versicherungsfälle gelten als ein Versicherungsfall, der im Zeitpunkt des ersten dieser Versicherungsfälle eingetreten ist, wenn diese
 - auf derselben Ursache,
 - auf gleichen Ursachen mit innerem, insbesondere sachlichem und zeitlichem, Zusammenhang oder
 - auf der Lieferung von Waren mit gleichen Mängeln beruhen.
 - 6.4 Falls besonders vereinbart, beteiligt sich der Versicherungsnehmer bei jedem Versicherungsfall mit einem im Versicherungsschein oder in seinen Nachträgen festgelegten Betrag an der Schadensersatzleistung (Selbstbehalt). Soweit nicht etwas anderes vereinbart wurde, ist der Versicherer auch in diesen Fällen zur Abwehr unbe-

rechtiger Schadensersatzansprüche verpflichtet.

- 6.5 Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht auf die Versicherungssummen angerechnet.
- 6.6 Übersteigen die begründeten Haftpflichtansprüche aus einem Versicherungsfall die Versicherungssumme, trägt der Versicherer die Prozesskosten im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe dieser Ansprüche.
- 6.7 Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet.
Für die Berechnung des Rentenwertes gilt die entsprechende Vorschrift der Verordnung über den Versicherungsschutz in der Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung in der jeweils gültigen Fassung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles.
Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.
- 6.8 Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich am Verhalten des Versicherungsnehmers scheitert, hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Entschädigungsleistung, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.
7. Ausschlüsse
Falls im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, sind von der Versicherung ausgeschlossen:
- 7.1 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben.
- 7.2 Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden dadurch verursacht haben, dass sie in Kenntnis von deren Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit
- Erzeugnisse in den Verkehr gebracht oder
 - Arbeiten oder sonstige Leistungen erbracht haben.
- 7.3 Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.
- 7.4 Haftpflichtansprüche
- 7.4.1 des Versicherungsnehmers selbst oder der in Ziffer 7.5 benannten Personen gegen die Mitversicherten,
- 7.4.2 zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Versicherungsvertrages,
- 7.4.3 zwischen mehreren Mitversicherten desselben Versicherungsvertrages.
- 7.4.4 Die vorstehenden Ausschlüsse erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 7.5 Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer
- 7.5.1 aus Schadenfällen seiner Angehörigen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören;
Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind).
- 7.5.2 von seinen gesetzlichen Vertretern oder Betreuern, wenn der Versicherungsnehmer eine geschäftsunfähige, beschränkt geschäftsfähige oder betreute Person ist;
- 7.5.3 von seinen gesetzlichen Vertretern, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts oder ein nicht rechtsfähiger Verein ist;
- 7.5.4 von seinen unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft oder Gesellschaft bürgerlichen Rechts ist;
- 7.5.5 von seinen Partnern, wenn der Versicherungsnehmer eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist;
- 7.5.6 von seinen Liquidatoren, Zwangs- und Insolvenzverwaltern.
- 7.5.7 Die Ausschlüsse unter Ziffer 7.5.2 bis 7.5.6 erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, die mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben.
- 7.6 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen, durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.
Sind die Voraussetzungen des Ausschlusses in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.
- 7.7 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn

- 7.7.1 die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dgl.) entstanden sind; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
- 7.7.2. die Schäden dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dgl.) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;
- 7.7.3 die Schäden durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers entstanden sind und sich diese Sachen oder - sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt - deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte.
- 7.7.4 Sind die Voraussetzungen der vorstehenden Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer als auch für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.
- 7.8 Haftpflichtansprüche wegen Schäden an vom Versicherungsnehmer hergestellten oder gelieferten Sachen, Arbeiten oder sonstigen Leistungen infolge einer in der Herstellung, Lieferung oder Leistung liegenden Ursache und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden. Dies gilt auch dann, wenn die Schadenursache in einem mangelhaften Einzelteil der Sache oder in einer mangelhaften Teilleistung liegt und zur Beschädigung oder Vernichtung der Sache oder Leistung führt.
Dieser Ausschluss findet auch dann Anwendung, wenn Dritte im Auftrag oder für Rechnung des Versicherungsnehmers die Herstellung oder Lieferung der Sachen oder die Arbeiten oder sonstigen Leistungen übernommen haben.
- 7.9 Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; Ansprüche aus § 110 Sozialgesetzbuch VII sind jedoch mitversichert.
- 7.10.1 Ansprüche, die gegen den Versicherungsnehmer wegen Umweltschäden gemäß Umweltschadensgesetz oder anderer auf der EU-Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierenden nationalen Umsetzungsgesetzen geltend gemacht werden. Dies gilt auch dann, wenn der Versicherungsnehmer von einem Dritten aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts auf Erstattung der durch solche Umweltschäden entstandenen Kosten in Anspruch genommen wird.
Der Versicherungsschutz bleibt aber für solche Ansprüche erhalten, die auch ohne Bestehen des Umweltschadensgesetzes oder anderer auf der EU- Umwelthaftungsrichtlinie (2004/35/EG) basierender nationaler Umsetzungsgesetze bereits aufgrund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts gegen den Versicherungsnehmer geltend gemacht werden könnten.
Dieser Ausschluss gilt nicht im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken.
- 7.10.2 Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung. Darunter fallen auch Schäden hervorgerufen durch Brand und/oder Explosion.
Dieser Ausschluss gilt nicht
- a) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken;
 - b) für Schäden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftpflicht).
- Kein Versicherungsschutz besteht jedoch für Schäden durch Umwelteinwirkung, die aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von
- Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen);
 - Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG-Anlagen);
 - Anlagen, die nach dem Umweltschutz dienenden Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht unterliegen;
 - Abwasseranlagen
- oder Teilen resultieren, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.
- 7.11 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind.
- 7.12 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. Strahlen von radioaktiven Stoffen oder Röntgenstrahlen).
- 7.13 Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die zurückzuführen sind auf
- 7.13.1 gentechnische Arbeiten,
 - 7.13.2 gentechnisch veränderte Organismen (GVO),
 - 7.13.3 Erzeugnisse, die

- Bestandteile aus GVO enthalten,
- aus oder mit Hilfe von GVO hergestellt wurden.
- 7.14 Haftpflichtansprüche aus Sachschäden, welche entstehen durch
 - 7.14.1 Abwässer, soweit es sich nicht um häusliche Abwässer handelt,
 - 7.14.2 Senkungen von Grundstücken oder Erdbeben,
 - 7.14.3 Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer.
- 7.15 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus dem Austausch, der Übermittlung und der Bereitstellung elektronischer Daten, soweit es sich handelt um Schäden aus
 - 7.15.1 Löschung, Unterdrückung, Unbrauchbarmachung oder Veränderung von Daten,
 - 7.15.2 Nichterfassen oder fehlerhaftem Speichern von Daten,
 - 7.15.3 Störung des Zugangs zum elektronischen Datenaustausch,
 - 7.15.4 Übermittlung vertraulicher Daten oder Informationen.
- 7.16 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Persönlichkeits- oder Namensrechtsverletzungen.
- 7.17 Haftpflichtansprüche wegen Schäden aus Anfeindung, Schikane, Belästigung, Ungleichbehandlung oder sonstigen Diskriminierungen.
- 7.18 Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, die aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers resultieren. Das Gleiche gilt für Sachschäden, die durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden sind. In beiden Fällen besteht Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.

Beginn des Versicherungsschutzes / Beitragszahlung

- 8. Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Ziffer 9.1 zahlt. Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.
- 9. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / erster oder einmaliger Beitrag
 - 9.1 Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes.
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
 - 9.2 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrages eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.
 - 9.3 Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Versicherungsvertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
 - 9.4 Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerrufsfrist von 2 Wochen und Zugang einer Zahlungsaufforderung 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.
- 10. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag
 - 10.1 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.
 - 10.2 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. 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 Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach Ziffer 10.3 und 10.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.
 - 10.3 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 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen wurde.
 - 10.4 Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versiche-

rer den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 darauf hingewiesen hat.

Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 10.2 Abs. 3 hinzuweisen.

Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Versicherungsvertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist nach Ziffer 10.3 und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung

Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht. Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.

Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag 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.

12. 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.

13. Beitragsregulierung

13.1 Der Versicherungsnehmer hat nach Aufforderung mitzuteilen, ob und welche Änderungen des versicherten Risikos gegenüber den früheren Angaben eingetreten sind. Diese Aufforderung kann auch durch einen Hinweis auf der Beitragsrechnung erfolgen. Die Angaben sind innerhalb eines Monats nach Zugang der Aufforderung zu machen und auf Wunsch des Versicherers nachzuweisen. Bei unrichtigen Angaben zum Nachteil des Versicherers kann dieser vom Versicherungsnehmer eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschiedes verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass ihn an der Unrichtigkeit der Angaben kein Verschulden trifft.

13.2 Aufgrund der Änderungsmitteilung des Versicherungsnehmers oder sonstiger Feststellungen wird der Beitrag ab dem Zeitpunkt der Veränderung berichtigt (Beitragsregulierung), beim Wegfall versicherter Risiken jedoch erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Mitteilung beim Versicherer. Der vertraglich vereinbarte Mindestbeitrag darf dadurch nicht unterschritten werden. Alle entsprechend Ziffer 15.1 nach dem Versicherungsabschluss eingetretenen Erhöhungen und Ermäßigungen des Mindestbeitrags werden berücksichtigt.

13.3 Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Mitteilung, kann der Versicherer für den Zeitraum, für den die Angaben zu machen waren, eine Nachzahlung in Höhe des für diesen Zeitraum bereits in Rechnung gestellten Beitrages verlangen. Werden die Angaben nachträglich gemacht, findet eine Beitragsregulierung statt. Ein vom Versicherungsnehmer zuviel gezahlter Beitrag wird nur zurückerstattet, wenn die Angaben innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Mitteilung des erhöhten Beitrages erfolgten.

13.4 Die vorstehenden Bestimmungen finden auch Anwendung auf Versicherungen mit Beitragsvorauszahlung für mehrere Jahre.

14. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Versicherungsvertrages 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.

15. Beitragsangleichung

15.1 Die Versicherungsbeiträge unterliegen der Beitragsangleichung. Soweit die Beiträge nach Lohn-, Bau- oder Umsatzsumme berechnet werden, findet keine Beitragsangleichung statt. Mindestbeiträge unterliegen unabhängig von der Art der Beitragsberechnung der Beitragsangleichung.

15.2 Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt jährlich mit Wirkung für die ab dem 1. Juli fälligen Beiträge, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Schadenzahlungen aller zum Betrieb der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zugelassenen Versicherer gegenüber dem vor vergangenen Jahr erhöht oder vermindert hat. Den ermittelten Prozentsatz rundet er auf die nächst niedrigere, durch fünf teilbare ganze Zahl ab. Als Schadenzahlungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.

Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

- 15.3 Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 15.2 ergebenden Prozentsatz zu verändern (Beitragsangleichung). Der veränderte Folgejahresbeitrag wird dem Versicherungsnehmer mit der nächsten Beitragsrechnung bekannt gegeben. Hat sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen des Versicherers in jedem der letzten fünf Kalenderjahre um einen geringeren Prozentsatz als denjenigen erhöht, den der Treuhänder jeweils für diese Jahre nach Ziffer 15.2 ermittelt hat, so darf der Versicherer den Folgejahresbeitrag nur um den Prozentsatz erhöhen, um den sich der Durchschnitt seiner Schadenzahlungen nach seinen unternehmenseigenen Zahlen im letzten Kalenderjahr erhöht hat; diese Erhöhung darf diejenige nicht überschreiten, die sich nach dem vorstehenden Absatz ergeben würde.
- 15.4 Liegt die Veränderung nach Ziffer 15.2 oder 15.3 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.

Dauer und Ende des Versicherungsvertrages / Kündigung

16. Dauer und Ende des Versicherungsvertrages
- 16.1 Der Versicherungsvertrag ist für die vereinbarte Dauer abgeschlossen.
- 16.2 Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Versicherungsvertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf der jeweiligen Vertragsdauer eine Kündigung in Schriftform zugegangen ist.
- 16.3 Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Versicherungsvertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.
- 16.4 Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsnehmer den Vertrag zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres kündigen; die Kündigung muss dem Versicherer spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Jahres in Schriftform zugegangen sein.
17. Wegfall des versicherten Risikos
Wenn versicherte Risiken teilweise oder vollständig dauerhaft wegfallen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken. Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.
18. Kündigung nach Beitragsangleichung
Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsangleichung gemäß Ziffer 15.3, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.
Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung zugehen.
Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.
19. Kündigung nach Versicherungsfall
- 19.1 Der Versicherungsvertrag kann gekündigt werden, wenn
- vom Versicherer eine Schadensersatzzahlung geleistet wurde oder
 - dem Versicherungsnehmer – bei einer Pflichtversicherung dem Versicherer - eine Klage über einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch gerichtlich zugestellt wird.
- Die Kündigung muss dem Vertragspartner in Schriftform spätestens einen Monat nach der Schadensersatzzahlung oder der Zustellung der Klage zugegangen sein.
- 19.2 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.
20. Kündigung nach Veräußerung versicherter Unternehmen
- 20.1 Wird ein Unternehmen, für das eine Haftpflichtversicherung besteht, an einen Dritten veräußert, tritt dieser an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Rechte und Pflichten ein.
Dies gilt auch, wenn ein Unternehmen aufgrund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.
- 20.2 Der Versicherungsvertrag kann in diesem Falle
- durch den Versicherer dem Dritten gegenüber mit einer Frist von einem Monat,
 - durch den Dritten dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode
- in Schriftform gekündigt werden.
- 20.3 Das Kündigungsrecht erlischt, wenn
- der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Dritten Kenntnis erlangt;

- der Dritte es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt.
- 20.4 Erfolgt der Übergang auf den Dritten während einer laufenden Versicherungsperiode und wird das Versicherungsverhältnis nicht gekündigt, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Dritte für den Versicherungsbeitrag dieser Periode als Gesamtschuldner.
- 20.5 Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Dritten unverzüglich anzuzeigen.
Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, und der Versicherer den mit dem Veräußerer bestehenden Versicherungsvertrag mit dem Erwerber nicht geschlossen hätte.
Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.
Der Versicherungsschutz fällt trotz Verletzung der Anzeigepflicht nicht weg, wenn dem Versicherer die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.
- 21. Kündigung nach Risikoerhöhung aufgrund Änderung oder Erlass von Rechtsvorschriften
Bei Erhöhungen des versicherten Risikos durch Änderung bestehender oder Erlass neuer Rechtsvorschriften ist der Versicherer berechtigt, den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung Kenntnis erlangt hat.
- 22. Mehrfachversicherung
 - 22.1 Eine Mehrfachversicherung liegt vor, wenn das Risiko in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.
 - 22.2 Wenn die Mehrfachversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.
 - 22.3 Das Recht auf Aufhebung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht innerhalb eines Monats geltend macht, nachdem er von der Mehrfachversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem die Erklärung, mit der sie verlangt wird, dem Versicherer zugeht.

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers

- 23. Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
 - 23.1 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 Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.
Wird der Versicherungsvertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser die gefahrerheblichen Umstände, muss sich der Versicherungsnehmer so behandeln lassen, als habe er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
 - 23.2 Rücktritt
 - 23.2.1 Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.
 - 23.2.2 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 Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
 - 23.2.3 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 bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
 - 23.3 Beitragsänderung oder Kündigungsrecht

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil die Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

Der Versicherer muss die ihm nach Ziffer 23.2 und 23.3 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 Ziffer 23.2 und 23.3 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 Ziffer 23.2 und 23.3 genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

23.4 Erlöschen der Rechte des Versicherers

Die Rechte des Versicherers nach Ziffer 23.2 und 23.3 erlöschen mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf 10 Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

23.5 Anfechtung

Das Recht des Versicherers, den Versicherungsvertrag 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.

24. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Besonders gefahrdrohende Umstände hat der Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers innerhalb angemessener Frist zu beseitigen. Dies gilt nicht, soweit die Beseitigung unter Abwägung der beiderseitigen Interessen unzumutbar ist. Ein Umstand, der zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefahrdrohend.

25. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

25.1 Jeder Versicherungsfall ist, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben wurden, dem Versicherer innerhalb einer Woche anzuzeigen. Das Gleiche gilt, wenn gegen den Versicherungsnehmer Haftpflichtansprüche geltend gemacht werden.

25.2 Der Versicherungsnehmer muss nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens sorgen. Weisungen des Versicherers sind dabei zu befolgen, soweit es für den Versicherungsnehmer zumutbar ist. Er hat dem Versicherer ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten und ihn bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen. Alle Umstände, die nach Ansicht des Versicherers für die Bearbeitung des Schadens wichtig sind, müssen mitgeteilt sowie alle dafür angeforderten Schriftstücke übersandt werden.

25.3 Wird gegen den Versicherungsnehmer ein staatsanwaltschaftliches, behördliches oder gerichtliches Verfahren eingeleitet, ein Mahnbescheid erlassen oder ihm gerichtlich der Streit verkündet, hat er dies unverzüglich anzuzeigen.

25.4 Gegen einen Mahnbescheid oder eine Verfügung von Verwaltungsbehörden auf Schadensersatz muss der Versicherungsnehmer fristgemäß Widerspruch oder die sonst erforderlichen Rechtsbehelfe einlegen. Einer Weisung des Versicherers bedarf es nicht.

25.5 Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Haftpflichtanspruch gerichtlich geltend gemacht, hat er die Führung des Verfahrens dem Versicherer zu überlassen. Der Versicherer beauftragt im Namen des Versicherungsnehmers einen Rechtsanwalt. Der Versicherungsnehmer muss dem Rechtsanwalt Vollmacht sowie alle erforderlichen Auskünfte erteilen und die angeforderten Unterlagen zur Verfügung stellen.

26. Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

26.1 Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit aus diesem Versicherungsvertrag, die er vor Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen hat, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag 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 beruhte.

- 26.2 Wird eine Obliegenheit aus diesem Versicherungsvertrag 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 Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalls bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit 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 Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung 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 26.1 zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

Weitere Bestimmungen

27. Mitversicherte Personen
- 27.1 Erstreckt sich die Versicherung auch auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als den Versicherungsnehmer selbst, sind alle für ihn geltenden Bestimmungen auf die Mitversicherten entsprechend anzuwenden. Die Bestimmungen über die Vorsorgeversicherung (Ziffer 4) gelten nicht, wenn das neue Risiko nur in der Person eines Mitversicherten entsteht.
- 27.2 Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben den Mitversicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
28. Abtretungsverbot
- Der Freistellungsanspruch darf vor seiner endgültigen Feststellung ohne Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden. Eine Abtretung an den geschädigten Dritten ist zulässig.
29. Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderung
- 29.1 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.
- 29.2 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.
- 29.3 Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 29.2 entsprechende Anwendung.
30. Verjährung
- 30.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- 30.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.
31. Zuständiges Gericht
- 31.1 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. 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.
- 31.2 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.
- 31.3 Sind der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt 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.
32. Anzuwendendes Recht
Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

ALLGEMEINE UNFALLVERSICHERUNGS-BEDINGUNGEN (AM-AUB 96) FASSUNG 2008

§ 1	Der Versicherungsfall	§ 7	Die Leistungsarten
§ 2	Ausschlüsse	§ 8	Einschränkung der Leistungen
§ 3	Nicht versicherbare Personen	§ 9	Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles
§ 3a	Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers oder seines Vertreters bis zum Vertragsabschluss	§ 10	Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 4	Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte	§ 11	Fälligkeit der Leistungen
§ 5	Beiträge, Fälligkeit und Verzug	§ 12	Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
§ 6	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst	§ 13	Anzeigen und Willenserklärungen
		§ 14	Verjährung
		§ 15	Gerichtsstände
		§ 16	Gesondert in Rechnung gestellte Kosten

§ 1 Der Versicherungsfall

- I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus dem Antrag und dem Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
- II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.
- III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 1. ein Gelenk verrenkt wird oder
 2. Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

- I.
 1. Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
 2. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.
 3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich der Versicherte 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. Bei Terroranschlägen, die außerhalb der Territorien von Krieg führenden Parteien ausgeführt werden, beruft sich der Versicherer nicht auf diesen Ausschluss.
 4. Unfälle des Versicherten
 - a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
 5. Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazu gehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 6. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- II.
 1. Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.
 2. Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem 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.
 3. 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 II 2. Satz 2 entsprechend.
 4. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- III.
 1. Bauch- oder Unterleibsbrüche.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
 2. Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

IV. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.

§ 3 Nicht versicherbare Personen

- I. Nicht versicherbar sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit oder ihrer Fähigkeiten aufweisen und deshalb auf Dauer fremder Hilfe bedürfen. Diese Voraussetzungen werden von Personen erfüllt, die aufgrund einer schweren körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigung entsprechend der gesetzlichen Pflegeversicherung mindestens in den Pflegegrad 3 (§ 15 Abs. 1 Nr. 2 SGB XI in der Fassung vom 21.12.2015) eingestuft werden können.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- III. Der für nicht versicherbare Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird erstattet.

§ 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers oder seines Vertreters bis zum Vertragsabschluss

- I.
 1. Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung alle ihm bekannten Gefahrumstände dem Versicherer in Textform anzuzeigen, nach denen der Versicherer den Versicherungsnehmer 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 der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor der Vertragsannahme durch den Versicherer in Textform Fragen im Sinne von Satz 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.
 2. Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.
 3. Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, muss der Versicherungsnehmer sich so behandeln lassen, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.
- II.
 1. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.
 2. Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn
 - a) der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat;
 - b) der Versicherungsnehmer im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
 3. 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 Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.
- III.
 1. 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.
 2. Das Kündigungsrecht des Versicherers 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.
- IV.
 1. 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.
 2. 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.
- V.
 1. Der Versicherer muss die nach den Ziffern II. bis IV. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats in Schriftform geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die ihn zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangt hat. Dabei sind die Umstände anzugeben auf die sich die Erklärung stützt. Innerhalb der Monatsfrist darf der Versicherer auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben.
 2. Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern II. bis IV. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.
 3. Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern II. bis IV. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- VI. 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.
- VII. Die Rechte des Versicherers nach den Ziffern II. bis IV. erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt hat.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte

- I. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von § 5 Ziffer I. zahlt.
- II. Der Vertrag kann beendet werden durch Kündigung in Schriftform eines der Vertragspartner
 1. zum Ablauf der vereinbarten Dauer. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf in Schriftform zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;
 2. zum Ende des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als drei Jahren vereinbart wurde. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des dritten oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein;
 3. wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist.
Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugegangen sein.
Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.
Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.
- III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- IV. Der Versicherungsschutz für den Versicherten tritt außer Kraft, sobald der Versicherte Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

- I. Die Beiträge enthalten die jeweilige Versicherungsteuer und die vereinbarten Nebenkosten.
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrags fällig, jedoch nicht vor dem Beginn des Versicherungsschutzes. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrages. Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.
Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.
- II. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Versicherungsnehmer einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.
Konnte der fällige Beitrag ohne Verschulden des Versicherungsnehmers vom Versicherer nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach einer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt.
Kann der fällige Beitrag nicht eingezogen werden, weil der Versicherungsnehmer die Einzugsermächtigung widerrufen hat, oder hat der Versicherungsnehmer aus anderen Gründen zu vertreten, dass der Beitrag 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.
- III.
 1. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrages gelten die Bestimmungen der §§ 37 und 38 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag.
 2. Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerrufsfrist von 2 Wochen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.
 3. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat. Für Versicherungsfälle, die bis zur Zahlung des Beitrages eintreten, ist der Versicherer nur dann nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.
 4. Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag noch nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
 5. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug – es sei denn, er hat die verspätete Zahlung nicht zu vertreten.
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 Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die mit dem Fristablauf verbunden sind.
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 Abs. 2 auf die Rechtsfolgen hingewiesen wurde.
 6. Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Rückständige Folgebeiträge können nur innerhalb eines Jahres seit Ablauf der nach § 38 Absatz 1 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag gesetzten Zahlungsfrist-

ten gerichtlich geltend gemacht werden. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

7. Der Versicherer ist bei Verzug berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
 8. Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5. Absatz 2 darauf hingewiesen wurde. Die Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 5. Absatz 2 hinzuweisen.
- IV. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- V. Im Fall des § 4 IV. (militärische Einsätze) wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- I. Die Höhe der Versicherungssummen und des Beitrages hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung des Versicherten ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Beiträge ist die geltende Berufsgruppeneinteilung des Versicherers (Erläuterungen zu Einteilungskriterien: siehe Antragsunterlagen). Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten ist daher dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
- II.
 1. Ergeben sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten bei gleich bleibendem Beitrag nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers niedrigere Versicherungssummen, so gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 2. Errechnen sich dagegen bei unverändertem Beitrag höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.
 3. Auf Wunsch des Versicherungsnehmers führt der Versicherer die Versicherung zu den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weiter, sobald der Versicherer Kenntnis von der Änderung erlangt.
 4. Bietet der Versicherer für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach seinem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif keinen Versicherungsschutz, erlischt der Versicherungsschutz nach Ablauf von einem Monat, nachdem der Versicherte die nicht versicherbare Berufstätigkeit oder Beschäftigung aufgenommen hat.

§ 7 Die Leistungsarten

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

- I. Invaliditätsleistung
 1. Ist die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit des Versicherten unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität), so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.
Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.
 2. Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.
 - a) Als feste Invaliditätsgrade gelten - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität - bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit

eines Armes	70 %
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
einer Hand	55 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
eines Fußes	40 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
eines Auges	50 %
des Gehörs auf einem Ohr	30 %
des Geruchs	10 %
des Geschmacks	5 %
 - b) Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes nach a) angenommen.
 - c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

- d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach Ziffer 2. ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht angenommen.
3. Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach Ziffer 2. zu bemessen.
 4. Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.
 5. Stirbt der Versicherte 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 nach Ziffer 1. entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- II. Übergangsleistung
Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50 % und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht. Zur Geltendmachung wird auf § 9 V. verwiesen.
- III. Tagegeld
1. Führt der Unfall zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Die Bemessung des Beeinträchtigungsgrades richtet sich nach der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten.
2. Das Tagegeld wird längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
- IV. Krankenhaustagegeld
1. Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen des Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung befindet, längstens jedoch für fünf Jahre, vom Unfalltag an gerechnet, und zwar in der im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen festgelegten Höhe.
2. Mehrere vollstationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles gelten als ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt.
3. Krankenhaustagegeld entfällt bei einem Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.
- V. Genesungsgeld
Genesungsgeld wird für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die Krankenhaustagegeld geleistet wird, längstens jedoch für 42 Tage, und zwar in voller Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes.
- VI. Todesfall-Leistung
Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

§ 8 Einschränkung der Leistungen

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

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

- I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.
- II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und innerhalb einer Woche an den Versicherer zurück zu senden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.
- III. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles trägt der Versicherer.
- IV. Die Ärzte, die den Versicherten - auch aus anderen Anlässen - behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
- V. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.
- VI. Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn der Unfall schon angezeigt ist. Dem Versicherer ist das Recht zu verschaffen, eine Obduktion durch einen von ihm beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- I. Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit nach § 9 oder eine in den vereinbarten Besonderen Bedingungen genannten Obliegenheiten 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.
- II. Verletzt der Versicherungsnehmer eine der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheiten, so ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch eine 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.
- III. 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 dem Versicherer obliegenden Leistung ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

- IV. Die vorstehenden Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob der Versicherer ein ihm wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht zustehendes Kündigungsrecht ausübt.

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

- I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer
- bei Invalidität bis zu 1 % der versicherten Summe,
 - bei Übergangsleistung bis zu 1 % der versicherten Summe,
 - bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
 - bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.
- Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.
- II. Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsumme versichert ist.
- III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.
- IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend Ziffer I., seitens des Versicherungsnehmers vor Ablauf der Frist ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

- I. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), so steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht dem Versicherten, sondern dem Versicherungsnehmer zu. Er ist neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- II. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf dessen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
- III. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle zu richten.
- II. Hat der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung des Versicherers, 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.
- III. Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer II. entsprechend Anwendung.

§ 14 Verjährung

- I. Die Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
- II. Ist ein Anspruch aus dem Vertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

§ 15 Gerichtsstände

- I. 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.
- II. 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 Partnergesellschaft ist.
- III. Sind der Wohnsitz oder der gewöhnliche Aufenthalt 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.
- IV. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 16 Gesondert in Rechnung gestellte Kosten

- I. In folgenden Fällen kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung stellen:
Schriftliche Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug mit Beiträgen, Rückläufer im Lastschriftverfahren.
Die Höhe des pauschalen Kostenbeitrages kann sich während der Vertragslaufzeit ändern. Eine Übersicht über die jeweils aktuellen Kostenansätze kann der Versicherungsnehmer beim Versicherer anfordern.
- II. Der Versicherer hat sich bei der Bemessung der Pauschale an dem bei ihm regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern der Versicherungsnehmer nachweist, dass die der Bemessung zu Grunde liegenden Annahmen im jeweiligen Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.