



Bedingungsheft zur Gruppen-Unfallversicherung

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 88, Fassung 95 - vom Versicherungsschutz identisch mit den AUB 97))	2
Zusatz-Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung	11
Begrenzung der Versicherungssummen	12
Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung	12
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung (BB Kriegsrisiko 92)	12
Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung	13
Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung	13
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225% - sofern vereinbart -	14
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 300% - sofern vereinbart -	14
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 350 % der Invaliditätssumme - sofern vereinbart -	14
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500% - sofern vereinbart -	15
Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 540%) - sofern vereinbart -	15
Besondere Bedingungen Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent / 90 Prozent - sofern vereinbart -	16
Besondere Bedingungen Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent - sofern vereinbart -	16
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten 91) - sofern vereinbart -	16
Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung - sofern vereinbart -	16
Zusatzbedingungen für Kurbeihilfe - sofern vereinbart -	17
Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen-Unfallversicherung - sofern vereinbart -	17
Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle - sofern vereinbart -	18

Die für den Vertrag geltenden Bedingungen/Klauseln werden im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angedruckt.

Generelle Vereinbarungen – gelten für jeden Vertrag

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen AUB 88 Fassung 95

(vom Versicherungsschutz identisch mit den AUB 97)

- § 1 Der Versicherungsfall
 - § 2 Ausschlüsse
 - § 3 Nicht versicherbare Personen
 - § 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers
 - § 3b Widerrufs- und Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers
 - § 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte
 - § 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug
 - § 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst
 - § 7 Die Leistungsarten
 - § 8 Einschränkung der Leistungen
 - § 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles
 - § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
 - § 11 Fälligkeit der Leistungen
 - § 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen
 - § 13 Anzeigen und Willenserklärungen
 - § 14 Rentenzahlung bei Invalidität
 - § 15 Verjährung und Klagefrist
 - § 16 Gerichtsstände
 - § 17 Schlussbestimmung
- Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (VVG) mit späteren Änderungen

§ 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 Antrag und 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; Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- (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 dazugehörigen 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 (2) Satz 2 entsprechend.
- (4) Vergiftungen infolge von 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 und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke.
Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.
- II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- III. Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

§ 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat alle Antragsfragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Bei schuldhafter Verletzung dieser Obliegenheit kann der Versicherer nach den Bestimmungen der §§ 16 bis 22 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (siehe im Anhang zu diesen Bedingungen) vom Vertrag zurücktreten oder diesen anfechten und leistungsfrei sein.

§ 3b Widerrufs- und Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers

- I. Der Versicherungsnehmer hat bei einem mehrjährigen Vertrag ein gesetzliches Widerrufsrecht, über das er belehrt werden muss. Das Widerrufsrecht besteht nicht, wenn und soweit der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz gewährt oder wenn die Versicherung nach dem Inhalt des Antrages für die bereits ausgeübte gewerbliche oder selbständige Tätigkeit des Versicherungsnehmers bestimmt ist.
Unterbleibt die Belehrung, erlischt das Widerrufsrecht einen Monat nach Zahlung des ersten Beitrages.
- II. Werden die für den Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen oder die weitere für den Vertragsinhalt maßgebliche Verbraucherinformation erst zusammen mit dem Versicherungsschein übersandt, hat der Versicherungsnehmer anstelle des Widerrufsrechts nach I. ein gesetzliches Widerspruchsrecht, über das er belehrt werden muss.
Fehlt diese Belehrung oder liegen dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen oder die Verbraucherinformation nicht vollständig vor, kann dieser noch innerhalb eines Jahres nach Zahlung des ersten Beitrages widersprechen.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte

- I. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird der erste Beitrag erst danach angefordert, dann aber innerhalb von 14 Tagen gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.
- II. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner
- (1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer.
Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugewandt sein; anderenfalls verlängert sich

- der Vertrag jeweils um ein Jahr;
- (2) zum Ende des fünften oder jedes darauf folgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als fünf Jahren vereinbart wurde.
Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des fünften 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 zugegangen sein. Sie wird erst nach Ablauf eines Monats ab Zugang 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 tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigem Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

- I. Die Beiträge enthalten die jeweilige Versicherungssteuer und die vereinbarten Nebenkosten. Der erste oder einmalige Beitrag ist, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.
- II. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrages gelten die Bestimmungen der §§ 38 und 39 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG).
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 § 39 Abs. 1 VVG gesetzten Zahlungsfristen gerichtlich geltend gemacht werden.
- III. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.
- IV. Im Fall des § 4 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

- I. Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen.
Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
- II. (1) Ergibt sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an nur dieser zu zahlen.
- (2) Ergibt sich ein höherer Beitrag, so wird noch für zwei Monate von dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung an Versicherungsschutz nach den bisherigen Versicherungssummen geboten. Tritt nach Ablauf dieser Frist ein Unfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt oder eine Einigung über den Beitrag erzielt worden ist, so vermindern sich die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag.
- (3) a) Bietet der Versicherer für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt,
– wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat, oder
– wenn der Versicherte seine vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.
- b) Hat der Versicherungsnehmer die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls
– die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder
– wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt 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) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 14 erbracht.
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 Funktionsunfähigkeit

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

b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des 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 (2) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent 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 (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 (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 Prozent und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht. Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

III. Tagegeld

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

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

IV. Krankenhaustagegeld

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

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

V. Genesungsgeld

(1) Für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die der Versicherte Unfall-Krankenhaus-Tagegeld bezogen hat,

erhält er ein Genesungsgeld in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt 4 Wochen je Unfallereignis.

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

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

VI. Todesfalleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 9 VII. 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 Prozent 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 umgehend an den Versicherer zurückzusenden. Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

III. Der Versicherte hat darauf hinzuwirken, dass die vom Versicherer angeforderten Berichte und Gutachten alsbald erstattet werden.

IV. Der Versicherte hat sich von den vom Versicherer beauftragten Ärzten untersuchen zu lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstaufalles trägt der Versicherer.

V. 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.

VI. 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.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Wird eine nach Eintritt des Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt er zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Unfalles noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

§ 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 - zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt.

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

- bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
- bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
- bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

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 im 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 I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines

Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent 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 schriftlich abzugeben und sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Die Versicherungsagenten sind zu deren Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

II. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

§ 14 Rentenzahlung bei Invalidität

I. Soweit bei Invalidität Rentenzahlung vorgesehen ist (§ 7 I. (1)), ergeben sich für eine Kapitalleistung von 500 EUR die folgenden Jahresrentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltag vollendete Lebensjahr zugrunde gelegt.

Alter	Betrag der Jahresrente für	
	Männer	Frauen
65	54,31	44,94
66	56,51	46,70
67	58,84	48,61
68	61,30	50,68
69	63,92	52,93
70	66,68	55,37
71	69,60	58,01
72	72,69	60,88
73	75,96	63,99
74	79,44	67,36
und darüber	83,16	71,01

II. Die Rente wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung, spätestens vom Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres an, bis zum Ende des Vierteljahres entrichtet, in dem der Versicherte stirbt. Sie wird jeweils am Ersten eines Vierteljahres im voraus gezahlt.

Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

III. Versicherungsnehmer und Versicherer können innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Bemessung der Rente jährlich eine Neubemessung verlangen.

§ 15 Verjährung und Klagefrist

I. Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

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

II. Vom Versicherer nicht anerkannte Ansprüche sind ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer ab Zugang der Erklärung des Versicherers eine Frist von sechs Monaten verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen.

Die Frist beginnt mit dem Zugang der abschließenden schriftlichen Erklärung des Versicherers. Die Rechtsfolgen der Fristversäumnis treten nur ein, wenn der Versicherer in seiner Erklärung auf die Notwendigkeit der gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen hatte.

§ 16 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. Hat ein Versicherungsagent am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsagent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

II. Klagen des Versicherers gegen den Versicherungsnehmer können bei dem für den Wohnsitz des Versicherungsnehmers zuständigen Gericht erhoben werden. Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, kann der Versicherer seine Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

§ 17 Schlussbestimmung

Soweit nicht in den Versicherungsbedingungen Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften. Dies gilt insbesondere für die im Anhang aufgeführten Gesetzesbestimmungen, die nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen Inhalt des Versicherungsvertrages sind.

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 (VVG) mit späteren Änderungen

§ 16

(1) Der Versicherungsnehmer hat bei der Schließung des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind die Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen, einen Einfluss auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer von dem Vertrage zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte oder wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist.

§ 17

(1) Der Versicherer kann von dem Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht worden ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18

Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrumstände an der Hand schriftlicher von dem Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19

Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht geschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnis und die Arglist des Vertreters, sondern auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst ein Verschulden zur Last fällt.

§ 20

(1) Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer. Im Falle des Rücktritts sind, soweit dieses Gesetz nicht in Ansehung der Prämie ein anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von der Zeit des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21

Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt worden ist, keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22

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

§ 38

(1) Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrage zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 39

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablaufe der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablaufe der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder den geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablaufe der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, soweit nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

Zusatz-Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1 Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

- (1) Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- (2) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, geordnete Personal-, Lohn- oder Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den vom dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in dieses zu gestatten.
- (3) Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss des Zeitabschnitts, auf welchen der Jahresbeitrag anteilig entrichtet wird, auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Diese Angabe hat nach Monaten und nach dem höchsten Stande jedes Monats zu erfolgen. Eine Durchschnittsberechnung ist nicht zulässig.
- (4) Aufgrund der festgestellten Kopffzahl der Versicherten erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrages. Ist für den verflossenen Zeitabschnitt ein zu hoher oder zu niedriger Beitrag gezahlt worden, so ist der entsprechende Betrag im ersten Falle vom Versicherer zurückzuerstatten, im zweiten Falle vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen.
- (5) Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, so ist der Versicherer berechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnitts die richtige Personenzahl nachzuweisen. Ist diese Zahl geringer als die bei der Beitragsberechnung angenommene, so ist der zuviel gezahlte Beitrag dem Versicherungsnehmer zurückzuerstatten. Ist die Zahl höher, so ist der Mehrbeitrag nachzuzahlen.

§ 2 Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

- (1) Aus der Versicherung ausscheidende Personen sind ab- und an deren Stelle tretende anzumelden. Diese gelten von der Absendung der Anmeldung an als versichert.
- (2) Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn Beruf oder Beschäftigung die gleichen sind wie die der bereits versicherten Personen. Sie gelten von der Absendung der Anmeldung an zu denselben Beträgen versichert wie diese.
- (3) Personen in anderen Berufen oder mit anderer Beschäftigung gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.
- (4) Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung des Einzelnen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Für den Fall der Ablehnung scheidet der Betreffende einem Monat nach dem Tage der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für ihn nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallene Teil zu zahlen.

§ 3 Vertragsdauer (Zusatz zu § 4 AUB 88)

- (1) Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder die Vereinigung aufgelöst wird.
- (2) Der Versicherungsschutz des einzelnen Versicherten erlischt:
 - a) wenn er aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus der Vereinigung ausscheidet,
 - b) wenn der Versicherte eine neue Beschäftigung aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,
 - c) wenn bei einem Unfall eine Invalidität erstmalig festgestellt ist (§ 11 AUB 88) und der Versicherer mit Frist von einem Monat nach erstmaliger Feststellung durch eingeschriebenen Brief darauf hingewiesen hat, dass der Versicherungsschutz einen Monat nach Eingang dieses Schreibens erlischt. Unterbleibt der Hinweis des Versicherers innerhalb der Monatsfrist, so besteht der Versicherungsschutz weiter.

Begrenzung der Versicherungssummen

1. Fluggastrisiko

- 1.1 Versicherungsschutz für das Fluggastrisiko (vgl. hierzu § 2 I. (4) der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 88) wird je versicherte Person nach den vereinbarten Versicherungssummen, höchstens jedoch nach folgenden Versicherungssummen gewährt:

Euro 1.000.000,- für den Todesfall
Euro 2.000.000,- für den Invaliditätsfall (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität)
Euro 250,- für Tagegeld
Euro 250,- für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld
Euro 10.000,- für Heilkosten
Euro 50.000,- für Übergangsleistung

- 1.2 Benutzen mehrere durch diesen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag versicherte Personen dasselbe Flugzeug und überschreiten die Versicherungssummen aus dem Vertrag für diese Personen insgesamt die Beträge von

Euro 10.000.000,- für den Todesfall
Euro 20.000.000,- für Invalidität (Höchstersatzleistung bei 100% Invalidität)
Euro 2.500,- für Tagegeld
Euro 2.500,- für Krankenhaustagegeld/Genesungsgeld
Euro 100.000,- für Heilkosten
Euro 500.000,- für Übergangsleistung

so gelten diese Beträge als Höchstversicherungssummen für die Personen und die Versicherungssumme jeder Person verringern sich im entsprechenden Verhältnis.

2. Bei allen anderen Unfällen gilt:

Werden mehrere versicherte Personen vom selben Unfallereignis betroffen, so ist die Höchstleistung des Versicherers für alle Versicherten zusammen begrenzt auf

Euro 10.000.000,-.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 1 III. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) bieten wir auch Versicherungsschutz für tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung des passiven Kriegsrisikos in der Unfallversicherung (BB Kriegsrisiko 92)

1. In Abänderung des § 2 I. (3) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle, die dem Versicherten durch Kriegsereignisse zustoßen, ohne dass er zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (Passives Kriegsrisiko).

Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf seiten einer kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.

Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.

2. Von dem Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:

- a) Unfälle, wenn sich der Versicherte nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Kriegsgebiet begibt;
- b) Unfälle, wenn sich der Versicherte wegen seiner Berufsausübung (z.B. Journalist, Kameramann) in Erwartung eines eventuellen Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
- c) Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
- d) Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland, USA),

- e) Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

3. Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen gilt jedoch maximal für die Dauer von 7 Tagen nach Mitternacht des Tages, an dem die Feindseligkeiten ausgebrochen sind.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

Für Unfallversicherungen von Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Naturärzten, Heilkundigen, und Hebammen, den Studierenden der Medizin, der Zahnheilkunde und dem Heilpersonal (Krankenpfleger, -wärter, -pflegerinnen, -wärterinnen, -schwestern):

In Ergänzung des § 2 II (3) Satz 1 und 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

Für Unfallversicherungen von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde:

In Ergänzung des § 2 II (3) Satz 1 und 2 der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) gelten als Unfälle auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht.

Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren

Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).

Im Falle Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten bei Unfallversicherungen von Desinfektoren

Wird der Desinfektor infolge Ausübung seiner desinfektorischen Tätigkeit bei einem an einer akuten Infektionskrankheit (z.B. an Typhus, Cholera, Pocken, Diphtherie, Masern, Scharlach, Genickstarre) Erkrankten, nachweisbar innerhalb einer medizinisch anerkannten Inkubationszeit vom Tage der Desinfektion an gerechnet, von derselben Krankheit ergriffen, so wird für die Folgen der Krankheit in der gleichen Weise wie für die Folgen eines Unfalles geleistet.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen in die Unfallversicherung

Die Bestimmungen des § 2 II (1) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird mit der Maßgabe geändert, dass Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- und Laserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen versichert sind, die sich als Unfälle im Sinne des § 1 III AUB 88 darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind demnach z.B. Schäden durch Röntgen- und Laserstrahlen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgen- und Laserstrahlen darstellen und Berufskrankheiten sind.

Bedingungen, die nur bei Vereinbarung gelten:

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 225% - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die doppelte Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 300% - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die vierfache Invaliditätssumme.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel bis 350 % der Invaliditätssumme - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) Für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die dreifache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel 500% - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, werden der Berechnung der Invaliditätsleistung folgende Versicherungssummen zugrunde gelegt:

- a) für den 25 Prozent nicht übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die im Versicherungsschein festgelegte Invaliditätssumme,
- b) für den 25 Prozent, nicht aber 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die fünffache Invaliditätssumme,
- c) für den 50 Prozent übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades die siebenfache Invaliditätssumme.

Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung mit progressiver Invaliditätsstaffel (Progression 540%) - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

1. Führt ein Unfall nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) des § 7 I. AUB 88 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, wird der Berechnung der Invaliditätsleistung die nachstehende Tabelle zugrundegelegt:

Invaliditätsgrad in % Invaliditätsgrundsumme	Leistung in % von der Invaliditätsgrundsumme	Invaliditätsgrad in %	Leistung in % von der
1 bis 25	einfach	86	280
26	28	87	285
27	31	88	290
28	34	89	295
29	37	90	300
30 bis 39	70	91	305
40 bis 49	100	92	310
50 bis 59	150	93	315
60 bis 69	200	94	320
70 bis 80	250	95	325
81	255	96	368
82	260	97	411
83	265	98	454
84	270	99	497
85	275	100	540

2. Invaliditätsgrade mit Dezimalstellen werden auf die nächst höhere ganze Zahl gerundet.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Für diese Progressive Invaliditätsstaffel findet § 8 AUB 88 keine Anwendung.

Besondere Bedingungen Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 70 Prozent / 90 Prozent - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

1. Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von
 - a) mindestens 70 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung;
 - b) mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die dreifache Invaliditätsleistung.
2. Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der Generali Versicherung AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen Mehrleistungen bei einem Invaliditätsgrad ab 90 Prozent - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

1. Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten ereignet, nach den Bemessungsgrundsätzen der Nummern (2) und (3) zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer die doppelte Invaliditätsleistung.
2. Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 200.000 Euro beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der Generali Versicherung AG weitere Unfallversicherungen, so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung (BB Bergungskosten 91) - sofern vereinbart -

1. Hat der Versicherte einen unter den Versicherungsvertrag fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zur Höhe des im Versicherungsschein festgelegten Betrages die entstandenen notwendigen Kosten für:
 - a) Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden,
 - b) Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet,
 - c) Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren,
 - d) Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle.
2. Hat der Versicherte für Kosten nach 1. a) einzustehen, obwohl er keinen Unfall erlitten hatte, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war, ist der Versicherer ebenfalls ersatzpflichtig.
3. Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger eintritt, kann der Erstattungsanspruch gegen den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend gemacht werden. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann sich der Versicherungsnehmer unmittelbar an den Versicherer halten.
3. Bestehen für den Versicherten bei der Generali Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
5. Der im Versicherungsschein festgelegte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Mitversicherung der Kosten für kosmetische Operationen in der Unfallversicherung - sofern vereinbart -

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

der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

2. Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
3. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Zusatzbedingungen für Kurbeihilfe - sofern vereinbart -

§ 7 I. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) wird wie folgt erweitert:

1. Der Versicherer zahlt nach einem Unfall im Sinne des § 1 AUB 88 1.300 Euro, wenn der Versicherte innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens drei Wochen Dauer durchgeführt hat. Für die Bemessung der Beihilfe gilt § 8 AUB 88.
2. Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
3. Bestehen für den Versicherten bei der Generali Versicherung AG mehrere Unfallversicherungen, kann die mitversicherte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.
4. Der festgelegte Höchstbeitrag für die Kurbeihilfe nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten planmäßigen Erhöhung (Zuwachs von Leistung und Beitrag) nicht teil.

Besondere Bedingungen für die Sportboot-Insassen-Unfallversicherung - sofern vereinbart -

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich im Rahmen der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) auf alle Unfälle, die die berechtigten Insassen erleiden; er beginnt mit dem Betreten des Bootes und endet mit dessen Verlassen.
2. Versichert sind alle berechtigten Bootsinsassen unter Ausschluss von Personen, die beruflich mit der Wartung und Pflege des Bootes (Angestellte und entlohnte Bootsdienstler) zu tun haben.
3. Im Schadenfall wird die Versicherungssumme durch die Anzahl der z.Z. des Unfalls im Boot befindlichen Personen geteilt. Jede Person ist mit dem entsprechenden Teilbetrag der Versicherungssumme versichert.
4. Für Personen unter 18 Jahren gelten neben den AUB 88 die Zusatzbedingungen für die Kinder-Unfallversicherung mit Einschluss von Vergiftungen. Bei Mitversicherung von Tagegeld wird der für diese Person anfallende Tagegeldbetrag auf die anderen Bootsinsassen aufgeteilt.
5. Gemäß § 2 I. (5) AUB 88 besteht kein Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle - sofern vereinbart -

1. Die Versicherung umfaßt nach Maßgabe der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) ausschließlich Unfälle außerhalb des Berufes und des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte, d.h. solche Unfälle, die nicht als Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches VII oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.
2. a) § 6 der AUB 88 entfällt. Dem Versicherer ist unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.

b) Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen. Der Vertrag besteht gemäß § 6 der AUB 88 fort.

c) Wird der Versicherte wieder durch eine Berufsgenossenschaft gegen Arbeitsunfälle versichert oder erwirbt er erneut einen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so ist dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten. Von dem Tage ab, der dem Eingang der Anzeige beim Versicherer folgt, gilt der Vertrag in der beantragten Form nach Nummer 1 dieser Besonderen Bedingungen.
3. Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.