



## **Wichtige Information zur Unfallversicherung 50100024000 Condor Flugdienst GmbH**

Grundsätzlich regeln sich alle Rechte und Pflichten nach dem zwischen der Condor Flugdienst GmbH und der AXA Versicherung AG (nachstehend Versicherer genannt) geschlossenen Gruppen-Unfallversicherungsvertrag.

Diesem Vertrag liegen die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2008) zugrunde. Über für Sie besonders wichtige, dort festgelegte Bestimmungen und über abweichende Regelungen, die wir zu Ihren Gunsten im Vertrag vereinbaren konnten, möchten wir Sie auf diesem Wege informieren.

### **Was ist versichert?**

Versichert sind alle Unfälle des täglichen Lebens rund um die Uhr und auf der ganzen Welt d. h., dass der Versicherungsschutz sowohl während Ihrer Tätigkeit für die Condor Flugdienst GmbH, als auch in der Freizeit besteht.

Wenn der Versicherungsschutz auch für eine Nebentätigkeit gelten soll, dann ist diese vom Arbeitgeber zu genehmigen und im Falle einer körperlichen/handwerklichen Tätigkeit der Albatros Versicherungsdienste GmbH, CGN ZH/PV-P, zu melden.

### **Wann leistet die Versicherung?**

Eine Leistung aus der Versicherung erfolgt, wenn ein Unfall zu einer dauernden Gesundheitsschädigung (Tod/Invalidität) führt. Kein Versicherungsschutz besteht also für Krankheiten oder Sachschäden und für Gesundheitsschäden, die nur vorübergehend sind und keine dauernden Folgen haben.

Fügt sich jemand freiwillig eine Verletzung zu, liegt kein Unfall vor.

Für einige Unfallursachen oder Umstände gewährt der Versicherer keinen Versicherungsschutz. Bitte lesen Sie dazu die Ziffer 5 AUB 2008 (Ausschlüsse) der Bedingungen.

In diesem Bereich haben wir mit dem Versicherer einige Sondervereinbarungen getroffen, die den Versicherungsschutz für Sie erweitern:

- Versicherungsschutz besteht für Gesundheitsschädigungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe, oder durch das plötzliche undichten werden einer Druckkabine in einem Flugzeug
- Gesundheitsschädigungen, die Sie bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Rettung von Menschenleben und/oder Sachen erleiden, gelten als unfreiwillig und fallen ebenfalls unter den Versicherungsschutz. Dazu gehören auch Unfälle bei Notfallübungen.
- Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse verursacht sind, sind unter bestimmten Bedingungen mitversichert, wenn Sie nicht aktiv an Kriegshandlungen teilnehmen. (Im konkreten Fall informieren wir Sie gerne über den genauen Umfang des Versicherungsschutzes)

### **Was leistet die Versicherung?**

Eine Leistung erfolgt, wie bereits erläutert, bei dauernden Gesundheitsschädigungen durch einen Unfall. Grundlage der Leistung sind die Versicherungssummen, die Sie Ihrer Versicherungsbestätigung entnehmen können.

Führt ein Unfall innerhalb eines Jahres nach Unfalleintritt zum Tod, so wird die vereinbarte Versicherungssumme gezahlt. Wenn Sie kein Bezugsrecht festgelegt haben, erfolgt die Leistung an ihre gesetzlichen Erben. Soll das nicht so sein, denken Sie also bitte daran, ein möglichst genaues Bezugsrecht (Name, Vorname) schriftlich festzulegen. Dieses Bezugsrecht können Sie jederzeit schriftlich widerrufen oder ändern.

Führt ein Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit, so wird eine Leistung aus der vereinbarten Invaliditätssumme gezahlt. Für zahlreiche, klar zu definierende Unfall folgen gibt es in den AUB 2008 festgelegte Invaliditätsgrade. Sie geben den Prozentsatz der versicherten Invaliditätssumme an, der zur Auszahlung kommt, wenn es sich um eine 100%ige Gebrauchsminderung oder den Verlust des betreffenden Körperteiles handelt (Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2008). Bei einem Teilverlust oder der teilweisen Gebrauchsminderung, sowie bei allen Gesundheitsschädigungen, die in der Tabelle nicht enthalten sind, muss das ärztliche Gutachten zur Bemessung herangezogen werden. Natürlich kann der Versicherer nur für direkte Unfallfolgen leisten. Lag evtl.



schon eine Schädigung oder Gebrauchsbeeinträchtigung der betroffenen Körperteile oder Funktionen vor dem Unfall vor, oder haben bestehende Krankheiten die Unfallfolgen verschlimmert, muss die Leistung um diesen Anteil gekürzt werden.

Auch hier haben wir mit dem Versicherer eine Verbesserung des Versicherungsschutzes vereinbaren können.

## **Besondere Vereinbarungen**

### **1. Rettungsmaßnahmen**

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben und/oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

Versichert sind auch Unfälle, die sich bei Notfallübungen ereignen (Rettung und Sicherheit).

### **2. Lebensretter**

Versicherungsschutz besteht für Lebensretter während der Bemühung zur Rettung einer versicherten Person. Die Versicherungssumme beträgt im Todesfall 25.000,00 EUR und im Invaliditätsfall 25.000,00 EUR. Der Versicherungsschutz gilt nur insoweit, als dass der Lebensretter keine anderweitig versicherte Person im Rahmen dieses Versicherungsvertrages ist.

### **3. Ertrinkungs-/Erstickungstod/Tauchunfälle**

Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen) ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann, gelten als mitversichert.

### **4. Witterungsbedingungen**

Gesundheitsschäden durch extreme Witterungsbedingungen (Frost, Sonneneinstrahlung usw.) als Folge eines versicherten Unfallereignisses gelten als mitversichert.

### **5. Gase und Dämpfe**

In Ergänzung zu Ziffer 1.4.3 AUB 2008 gelten als Unfälle auch unfreiwillige Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, soweit es sich um die Folgen eines vom alltäglichen Geschehen abweichenden, unerwartet eintretenden Ereignisses handelt. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben in jedem Fall vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.



**6.** Kraftanstrengungen

Siehe Ziffer 1.4.1 der AUB 2008

**7.** Trunkenheit

In Abänderung zu Ziffer 5.1.1 AUB 2008 sind Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind, mitversichert; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,0 ‰ liegt.

**8.** Strahlenunfall

Abweichend von Ziffer 5.2.2 AUB 2008 besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Strahlen jedoch Versicherungsschutz, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.

**9.** Infektionen

In Abänderung von Ziffer 5.2.4 AUB 2008 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 ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.

**10.** Rehabilitations-Beihilfe

Die Rehabilitations-Beihilfe wird bis zu 5.000,00 EUR je Unfall gezahlt.

Leistungsvoraussetzungen:

Die versicherte Person hat

- nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall
- wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen
- innerhalb von drei Jahren, vom Unfalltag an gerechnet,
- für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens drei Wochen eine medizinisch notwendige Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.



Diese Voraussetzungen werden von der versicherten Person durch Vorlage des ärztlichen Entlassungsberichtes sowie der Bewilligungsunterlagen zur Rehabilitationsmaßnahme durch den Rentenversicherungsträger, die gesetzliche oder private Krankenkasse oder das Sozial- oder Versorgungsamt nachgewiesen.

Mitversichert sind teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen, bei denen die versicherte Person, mit Ausnahme der Übernachtung, ein Therapieprogramm wie stationäre Patienten erhält.

Nicht versichert sind

- Intensivierte Rehabilitationsnachsorge (IRENA),
- Anschlussheilbehandlung (AHB) nach einem Krankenhausaufenthalt,
- Berufsgenossenschaftliche-Stationäre Weiterbehandlung (BGSW),
- sonstige vollstationäre Heilbehandlungen für die Krankenhaus-Tagegeld (aus einer Unfall- oder Krankenversicherung) vom Versicherer oder einer anderen Gesellschaft bezogen wird.

#### **11.** Heilkosten bei Auslandsaufenthalt

Erstattet werden maximal 5.000,00 EUR ab einem Betrag von 50,00 EUR je Schadenfall für nachgewiesene

- Arzthonorare
- sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, jedoch nicht für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel
- Arzneien
- künstliche Glieder
- Verbandszeug

Bestehen für die versicherte Person beim Versicherungsnehmer mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Heilkosten bei Auslandsaufenthalten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

#### **12.** Gipsgeld

Das Gipsgeld in Höhe von 500,00 EUR wird für jeden Unfall einmalig gezahlt.

Voraussetzung für die Zahlung ist, dass die versicherte Person infolge eines Unfallereignisses einen Gipsverband aufgrund ärztlicher Anweisung länger als 21 Tage getragen hat.

#### **13.** Verschollenheit

Ist eine versicherte Person verschollen, so entsteht Anspruch auf Leistung der für den Todesfall versicherten Summe, wenn die versicherte Person im Aufgebotsverfahren für tot erklärt, die Verschollenheit öffentlich bekannt gemacht



wurde und eine entsprechende Urkunde vorgelegt wird. Hat die versicherte Person die Verschollenheit überlebt, so ist die geleistete Zahlung zurückzuzahlen.

**14.** Kurkostenbeihilfe

Der Versicherer zahlt nach einem Unfall eine Kurbeihilfe bis zu 10.000,00 EUR, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- laut neuestem ärztlichen Attest ist ein Invaliditätsfall zu erwarten oder bereits eingetreten. Die medizinische Notwendigkeit einer Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen;
- die Beihilfe wird für eine mindestens dreiwöchige Kur verwendet, die innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt wird und in ursächlichem Zusammenhang mit den Unfallfolgen steht;
- ein etwaiger anderer Leistungsanspruch muss vor Inanspruchnahme dieser Versicherung ausgeschöpft sein;
- bestehen für die versicherte Person mehrere Unfallversicherungen beim Versicherer, kann die vereinbarte Kurkostenbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

**15.** Kosmetische Operationen

Erfordern die Unfallverletzungen der versicherten Person nach Abschluss der Heilbehandlung eine kosmetische Operation, übernimmt der Versicherer die hierdurch entstehenden Kosten bis zu 10.000,00 EUR für

- Arzthonorare
- Sonstige Kosten der kosmetischen Operation
- Kosten der Unterbringung und Verpflegung in der Klinik (jedoch nicht für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel).

Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten werden nur insoweit übernommen, als es sich um den unfallbedingten Verlust oder Beschädigung von Schneide- und/oder Eckzähnen handelt.

Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des 3. 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.

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, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch gegen den Versicherer.



Bestehen für die versicherte Person beim Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Erstattung von kosmetischen Operationen nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

**16.** Bergungskosten

Hat die versicherte Person einen unter den Versicherungsschutz fallenden Unfall erlitten, ersetzt der Versicherer bis zu 10.000,00 EUR die entstandenen notwendigen Kosten für:

- Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden. Diese Kosten werden auch dann ersetzt, wenn die versicherte Person keinen Unfall erlitten hat, ein solcher aber unmittelbar drohte oder nach den konkreten Umständen zu vermuten war.
- Transport des Verletzten in das nächste Krankenhaus oder zu einer Spezialklinik, soweit medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet.
- Mehraufwand bei der Rückkehr des Verletzten zu seinem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnungen zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.
- Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz im Todesfalle. Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland wahlweise statt der Überführung zum Wohnsitz die Kosten für die Bestattung im Ausland.
- bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringkosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

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, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch gegen den Versicherer.

Bestehen für die versicherte Person bei der AXA Gruppe mehrere Unfallversicherungen, können mitversicherte Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

**17.** Sofortleistung bei Schwerverletzungen

Die versicherte Person erhält eine einmalige Sofortleistung in Höhe von 5 % der Grundversicherungssumme für den Invaliditätsfall, höchstens jedoch 15.000,00 EUR, wenn anlässlich eines unter die Versicherung fallenden Unfalles schwere Verletzungen eingetreten sind.

Die Sofortleistung wird anlässlich eines Unfalls nur einmal erbracht, unabhängig davon, wie viele der genannten Verletzungen die versicherte Person erleidet.



#### Leistungsvoraussetzungen:

Die versicherte Person hat aufgrund eines Unfalls eine der nachfolgend genannten schweren Verletzungen erlitten und dies innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall bei dem Versicherer unter Vorlage eines ärztlichen Attestes angezeigt.

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Schwere Mehrfachverletzungen / Polytrauma
- Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Kombination aus Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)
- Gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen
  - Fraktur eines langen Röhrenknochens
  - Fraktur des Beckens
  - Fraktur eines oder mehrerer Wirbelknochen
  - gewebezerstörende Schäden eines inneren Organs
- Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als fünf Prozent

Kein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten, vom Unfalltag an gerechnet, verstirbt.



**18.** Verbesserte Gliedertaxe

Abweichend von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB 2008 gelten - unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität - bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:

|  |      |
|--|------|
| eines Armes im Schultergelenk  | 75 % |
| eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes  | 70 % |
| eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes   | 65 % |
| einer Hand im Handgelenk   | 65 % |
| eines Daumens  | 30 % |
| des Zeigefinger  | 20 % |
| eines anderen Fingers  | 10 % |
| bei Verlust sämtlicher Finger einer Hand max.  | 60 % |
| eines Beines über der Mitte des Oberschenkels  | 75 % |
| eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels   | 65 % |
| eines Beines bis unterhalb des Knies   | 55 % |
| eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels  | 50 % |
| eines Fußes im Fußgelenk   | 50 % |
| einer großen Zehe  | 15 % |
| einer anderen Zehe   | 5 %  |
| eines Auges  | 55 % |
| eines Auges, sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war             | 60 % |
| des Gehörs auf einem Ohr   | 35 % |
| des Gehörs auf einem Ohr, sofern das Gehör auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war | 50 % |
| des Geruchs  | 20 % |
| des Geschmacks   | 20 % |
| der Stimme   | 50 % |
| Zeugungsfähigkeit bei Männern  | 10 % |
| Empfängnis- oder Gebärfähigkeit bei Frauen bis zum 40. Lebensjahr  | 10 % |

**19.** Leistungsarten

Der Versicherungsschutz umfasst die unter Vertragsteil C aufgeführte Invaliditäts- sowie Todesfalleistung.

Eine Mehrleistung im Invaliditätsfall wird nicht erbracht.

Wenn eine Todesfalleistung fällig wird, können zusätzlich nachgewiesene Beerdigungskosten bis zu einer Maximalhöhe von 7.500,00 EUR je versicherte Person geltend gemacht werden.

**20.** Mitwirkungsanteil

Der in Ziffer 3 AUB 2008 angegebene Prozentsatz wird von 25 % auf 30 % erhöht.





**21.** Anmeldefrist Invalidität

Die in Ziffer 2.1.1.1 AUB 2008 genannte Frist zur Geltendmachung einer Invalidität wird wie folgt erweitert:

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

Die Invalidität ist innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von der versicherten Person bei uns geltend gemacht worden. Die Frist gilt als eingehalten, wenn ein Arzt rechtzeitig zur Abgabe der erforderlichen Informationen beauftragt wurde und dieser seine Informationen nicht termingerecht zur Verfügung stellt.

**22.** Hinzuziehung eines Arztes

In Abänderung zu Ziffer 7.1 AUB 2008 liegt bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

**23.** Kostenübernahme

Die Kosten gemäß Ziffer 9.1 AUB 2008 übernimmt der Versicherer in voller Höhe.

**24.** Fälligkeit der Leistungen

In Abänderung zu Ziffer 9.4 Satz 3 AUB 2008 gilt die hier genannte Frist zur Ausübung ihres Rechts auf Neubemessung des Invaliditätsgrades als gestrichen.

**Was müssen Sie im „Fall eines Falles“ tun?**

Für den Versicherer ist es sehr wichtig, dass er schnell und möglichst umfassend über den Unfall und seine Folgen informiert wird.

Gehen Sie daher nach einem Unfall sofort zu einem Arzt und melden Sie ihn umgehend bei Ihrem Personaldienst. Bitte befolgen Sie dann die Anweisungen Ihres Arztes, um die Folgen des Unfalles so gering wie möglich zu halten. Sie erhalten dann eine Schadenanzeige, die Sie bitte sehr gewissenhaft ausfüllen. Falsche oder unrichtige Angaben können – ebenso wie eine schuldhaft verspätete Meldung – zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Nach den Bedingungen muss ein Invaliditätsschaden innerhalb von 18 Monaten eingetreten und spätestens nach sechs weiteren Monaten (insgesamt also nach 24 Monaten) ärztlich festgestellt sein, um zu einer Leistung zu führen. Bitte denken Sie an diese Fristen, auch wenn die Unfallfolgen weniger schlimm sind, und Sie von einer völligen Ausheilung aus gehen.

Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an

CGN ZH/PV-P (Tel. 02 21/ 82 92-344).

### § 1 Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.
2. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle auf der ganzen Welt
  - 2.1 vom Besteigen bis zum Verlassen eines Luftfahrzeugs unter Einschluss von Unfällen während des Ein-/Aussteigens. Versichert sind auch Unfälle bei Zwischenlandungen während des Aufenthaltes auf Flughäfen oder Landeplätzen, ferner bei Notlandungen im unmittelbaren Bereich des Luftfahrzeugs,
  - 2.2 auch während einer erforderlichen Ersatzbeförderung für Fluggäste von Luffahrtunternehmen. Der Versicherungsschutz wird durch ein vorübergehendes Verlassen des Ersatzfahrzeuges nicht unterbrochen, besteht jedoch nicht für Unfälle, wenn der Aufenthalt außerhalb des Fahrzeugs zu Zwecken benutzt wird, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der Ersatzbeförderung stehen,
  - 2.3 sofern im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen vereinbart bei der Benutzung von Luftsportgeräten einschließlich der Landung.
3. Die Leistungsarten, die im einzelnen versichert werden können, ergeben sich aus § 6. Aus dem Versicherungsschein, seinen Nachträgen oder dem Antrag ist ersichtlich, welche Risiken und Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.
4. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.  
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.

Unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe sind auch bei allmählicher Einwirkung mitversichert. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind jedoch Berufs- und Gewerbekrankheiten.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühen zur Rettung von Menschenleben erleidet, gelten als unfreiwillig und sind in die Unfallversicherung eingeschlossen.

Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

### § 2 Ausschlüsse

- Kein Versicherungsschutz besteht
1. für Unfälle
    - 1.1 der versicherten Person als Führer eines Luftfahrzeugs, wenn sie bei Eintritt des Unfalls nicht die vorgeschriebenen Erlaubnisse, erforderlichen Berechtigungen oder Befähigungsnachweise hat bzw. sich das Luftfahrzeug nicht in einem Zustand befunden hat, der den gesetzlichen Bestimmungen und behördlichen Auflagen über das Halten und den Betrieb von Luftfahrzeugen entsprochen hat und/oder behördliche Genehmigungen, soweit erforderlich, nicht erteilt waren.
    - 1.2 durch Geistes- oder Bewusstseinstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.  
  
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.
    - 1.3 die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht,
    - 1.4 die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.  
  
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.  
Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.  
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.
    - 1.5 die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
    - 1.6 die der Versicherungsnehmer im Zusammenhang mit der Leistung von Militärdienst erleidet.
  2. für Gesundheitsschädigungen durch Strahlen und /oder radioaktives Material.

3. für Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.  
  
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
  4. für Infektionen.
    - 4.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie durch Insektenstiche oder -bisse oder durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen.
    - 4.2. Versicherungsschutz besteht jedoch für Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch solche Unfallverletzungen in den Körper gelangen, die nicht nach Ziffer 4.1. ausgeschlossen sind.
    - 4.3. Für Infektionen, die durch unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt § 2 Ziff. 3 Abs. 2 entsprechend.
    - 4.4. Infektionen, die durch die Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstanden sind, sind mitversichert. Aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung muss jedoch hervorgehen, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung, mindestens jedoch der Durchtrennung der äußersten Schicht der Haut, oder durch Einspritzen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten gilt nicht als Einspritzen; Anhusten nur dann, wenn durch einen Hustenstoß eines Diphtheriekranken infektiöse Massen in Auge, Mund oder Nase geschleudert werden.
  5. für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.  
Versicherungsschutz besteht jedoch, sofern es sich um eine versehentliche Einnahme eines für den menschlichen Verzehr nicht vorgesehenen festen oder flüssigen Stoffes handelt. Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen gelten als mitversichert.
  6. für Bauch- oder Unterleibsbrüche.  
  
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
  7. für Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen.  
  
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne von § 1 Ziffer 4 die überwiegende Ursache ist.
  8. für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
  9. für Unfälle, die durch terroristische Aktionen mit atomaren, biologischen oder chemischen Waffen verursacht werden.
  10. für Ansprüche wegen Schäden und Aufwendungen, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen und Erzeugnisse zurückzuführen sind.  
Der Ausschluss gilt nicht, wenn die Schäden durch Absturz, Feuer, Explosion, Zusammenstoß oder eine registrierte Notsituation eines Luftfahrzeuges während des Fluges, die einen ungewöhnlichen Flugzustand bewirkt, verursacht werden bzw. diese genannten Tatbestände zur Folge haben.  
Ebenso bleiben sonstige plötzlich und unfallartig eintretende Schäden versichert.
- § 3 Nicht versicherbare Personen**
1. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd Schwer- oder Schwerstpflegebedürftige im Sinne der sozialen Pflegeversicherung sowie Geisteskranke.
  2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person nach Ziffer 1 nicht mehr versicherbar ist. Für diese endet gleichzeitig die Versicherung.
  3. Der für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag wird zurückgezahlt.
- § 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Vertragsdauer, Verlängerung und Kündigung**
1. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit bezahlt. Wird der erste Beitrag erst danach angefordert, dann aber innerhalb von 14 Tagen gezahlt, beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.  
Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, so beginnt der Versicherungsschutz erst mit Zahlung, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
  2. Der Vertrag endet durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner
    - 2.1 zum Ablauf der vereinbarten Dauer von einem Jahr. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugeworfen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;
    - 2.2 wenn der Versicherer eine Leistung nach § 6 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist.  
  
Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreites - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugeworfen sein. Kündigt der Versicherer, wird die Kündigung einen Monat nach Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam. Kündigt der Versicherungsnehmer, wird die Kündi-

- gung sofort nach Zugang beim Versicherer wirksam. Er kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres, wirksam wird.
3. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt.
4. Ist nichts anderes bestimmt, endet der Vertrag zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, soweit es sich nicht um Sitzplatz-Unfallversicherungen von Fluggästen handelt.  
Wünscht der Versicherungsnehmer den Versicherungsschutz der namentlichen Luftfahrzeugführer-Unfallversicherung über diesen Zeitpunkt fortzusetzen, muss er den Versicherer spätestens 3 Monate zum Ende des Versicherungsjahres darüber in Textform (z.B. per Brief, Fax, E-mail) unterrichten. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats die zur Beurteilung des Gesundheitszustandes der versicherten Person notwendigen Unterlagen und Informationen anzufordern und nach Erhalt der Unterlagen und Informationen innerhalb eines weiteren Monats darüber zu entscheiden, ob und mit welcher Prämie der Vertrag fortgeführt wird.
- § 5 Beitragszahlung, Fälligkeit, Verzug**
1. Beitrag und Versicherungsteuer  
Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.
2. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag
- 2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung  
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Abschluss des Vertrages fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.  
Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.
- 2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes  
Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern der Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurde. Das gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
- 2.3 Rücktritt  
Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.
3. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag
- 3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung  
Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.
- 3.2 Verzug  
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat.  
Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 3.3 Zahlungsaufforderung  
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Ziffern 3.4 und 3.5 mit dem Fristablauf verbunden sind.
- 3.4 Kein Versicherungsschutz  
Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn er mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 3.3 darauf hingewiesen wurde.
- 3.5 Kündigung  
Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 3.3 darauf hingewiesen hat.  
Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

4. **Rechtzeitigkeit der Zahlung bei Lastschriftermächtigung**
- Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem 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 wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Der Versicherungsnehmer ist zur Übermittlung des Beitrags erst verpflichtet, wenn er vom Versicherer hierzu in Textform aufgefordert worden ist.
5. **Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung**
- Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug ist.
- Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.
6. **Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung**
- Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit gesetzlich nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.
- § 6 Leistungsarten und –umfang**
1. **Invaliditätsleistung**
- 1.1 **Voraussetzungen für die Leistung:**
- 1.1.1 Die versicherte Person ist aufgrund eines versicherten Unfalles auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).
- Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung dieses Zustandes nicht erwartet werden kann.
- Die Invalidität ist
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
  - innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und beim Versicherer geltend gemacht worden.
- 1.1.2 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person aufgrund eines versicherten Unfalles innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 1.2 **Art und Höhe der Leistung:**
- 1.2.1 Die Invaliditätsleistung wird als Kapitalbetrag gezahlt.
- 1.2.2 Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.
- 1.2.3 Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:
- |                             |      |
|-----------------------------|------|
| eines Armes oder einer Hand | 70 % |
| eines Daumens               | 25 % |
| eines Zeigefingers          | 15 % |
| eines anderen Fingers       | 10 % |
| eines Beines oder Fußes     | 70 % |
| einer großen Zehe           | 10 % |
| einer anderen Zehe          | 5 %  |
| eines Auges                 | 55 % |
| des Gehörs auf einem Ohr    | 35 % |
| des Geruchs                 | 15 % |
| des Geschmacks              | 10 % |
- Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 1.2.4 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 1.2.5 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 1.2.3 und 1.2.4 zu bemessen.
- 1.2.6 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 1.2.7 Führt ein Unfall nach diesen Bestimmungen und der Anwendung von § 7 zu einer Invalidität der versicherten Person von mindestens 70 Prozent vor Vollendung des 25. Lebensjahres, 80 Prozent vor Vollendung des 50. Lebensjahres, 90 Prozent vor Vollendung des 65. Lebensjahres, wird die doppelte Invaliditätsleistung erbracht. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person bei Eintritt des Unfalls.
- Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens EUR 200.000 beschränkt. Bestehen für die versicherte Person bei demselben Versicherer weitere Luftfahrt-Unfallversicherungen,

- die die gleichlautende Begrenzung der Versicherungssumme enthalten, gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.
- Ziffer 1.2.7. findet auf Verträge mit vereinbarter progressiver Invaliditätsstaffel keine Anwendung.
- 1.2.8 Stirbt die versicherte Person
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
  - gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,
- und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leistet der Versicherer nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
2. Übergangsleistung
- 2.1 Voraussetzungen für die Leistung:
- 2.1.1 Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist aufgrund eines versicherten Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen
- nach Ablauf von drei Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um 100% (Erste Stufe) oder
  - nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet noch um mindestens 50% (Zweite Stufe) beeinträchtigt.
- 2.1.2 Diese Beeinträchtigungen haben innerhalb der angegebenen Zeiträume ununterbrochen bestanden.
- 2.1.3 Die Übergangsleistung ist in der ersten Stufe spätestens vier Monate und in der zweiten Stufe spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes beim Versicherer geltend zu machen.
- 2.2 Art und Höhe der Leistung:  
Die Übergangsleistung der ersten Stufe wird in Höhe der Hälfte der vereinbarten Versicherungssumme, die der zweiten Stufe in Höhe der vollen vereinbarten Versicherungssumme gezahlt. Eine Leistung für die erste Stufe wird angerechnet.
3. Tagegeld
- 3.1 Voraussetzungen für die Leistung:
- Die versicherte Person ist aufgrund eines versicherten Unfalles
- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
  - in ärztlicher Behandlung.
- 3.2 Höhe und Dauer der Leistung:  
Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft. Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.
4. Krankenhaustagegeld
- 4.1 Voraussetzungen für die Leistung:  
Die versicherte Person befindet sich aufgrund eines versicherten Unfalles in medizinisch notwendiger vollstationärer Heilbehandlung.  
Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 4.2 Höhe und Dauer der Leistung:  
Das Krankenhaustagegeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für drei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.
5. Todesfalleistung
- 5.1 Voraussetzungen für die Leistung:  
Die versicherte Person ist aufgrund eines versicherten Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben. Auf die besonderen Pflichten nach § 9 Ziffer 5 wird hingewiesen.
- 5.2 Höhe der Leistung:  
Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.
6. Werden in der Sitzplatzunfallversicherung die zu einer bestimmten Gruppe gehörenden Plätze eines Luftfahrzeugs pauschal versichert, ist jede unter die Versicherung fallende Person, die sich bei Eintritt des Unfalles im Luftfahrzeug befunden hat, mit dem sich aus der Anzahl der Personen ergebenden Teilbetrag der versicherten Pauschalsumme gedeckt.
7. Sind bei einem Unfall in einem Luftfahrzeug weniger Plätze versichert als Personen an Bord waren, werden die versicherten Leistungen anteilig auf die Personen verteilt.
- § 7 Leistungseinschränkung bei Krankheiten oder Gebrechen**
- Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
- im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
  - im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
- Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25%, unterbleibt jedoch die Minderung.
- § 8 Fälligkeit der Leistungen**
1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - in Textform zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:
- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

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

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

- bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe,
- bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
- bei Tagegeld und Krankenhaustagegeld bis zu je einem Tagessatz.

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

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

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

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

Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss vom Versicherer zusammen mit seiner Erklärung über die Leistungspflicht nach Ziffer 1, vom Versicherungsnehmer spätestens 3 Monate vor Ablauf der Frist, ausgeübt werden.

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

5. Der Lauf der Fristen ist gehemmt, solange infolge Verschuldens des Versicherungsnehmers die Leistungshöhe nicht ermittelt oder nicht gezahlt werden kann.

Der Versicherer kann die Zahlung aufschieben,  
- solange Zweifel an der Empfangsberechtigung des Versicherungsnehmers bestehen,  
- wenn gegen den Versicherungsnehmer aus Anlass des Versicherungsfalles ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren aus Gründen eingeleitet worden ist, die auch für den Leistungsanspruch rechtserheblich sind, bis zum rechtskräftigen Abschluss dieses Verfahrens.

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

### § 9 Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalls

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, muss der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person unverzüglich

ein Arzt hinzuziehen und den Versicherer unterrichten. Die versicherte Person hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

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

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

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

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

### § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

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

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

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

### § 11 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

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

- Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.
- Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf seinen Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.
2. Über die Versicherungsansprüche kann vor ihrer endgültigen Feststellung ohne Zustimmung des Versicherers nicht verfügt werden.
  3. Einräumung und Widerruf eines Bezugsrechtes sind gegenüber dem Versicherer nur und erst dann wirksam, wenn sie dem Versicherer vom Versicherungsnehmer zu seinen Lebzeiten schriftlich angezeigt worden sind.
- § 12 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers**
1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände  

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

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben dem Versicherungsnehmer für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an diese Person gestellten Fragen verantwortlich.

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

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

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.
    - 2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts  

Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass er oder sein Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht hat.

Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.
    - 2.3 Folgen des Rücktritts  

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

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

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

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

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

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Hat der Versicherungsnehmer die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer



den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers fristlos kündigen.

5. Ausübung der Rechte des Versicherers

Der Versicherer muss die ihm nach den Ziffern 2. bis 4. zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei hat er die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem er von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt.

Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Ziffern 2. bis 4. nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer kann sich auf die in den Ziffern 2. bis 4. genannten Rechte nicht berufen, wenn er den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

6. Anfechtung

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

**§ 13 Verjährung**

1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.
2. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Versicherungsnehmer in Textform zugeht.

**§ 14 Gerichtsstand, geltendes Recht**

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dessen Sitz oder dem der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, seinen gewöhnlichen Aufenthalt haben.
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 Nieder-

lassung des Versicherungsnehmers. Das gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer eine Offene Handelsgesellschaft, Kommanditgesellschaft, Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft ist.

3. Sind der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.
4. Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

**§ 15 Anzeigen und Willenserklärungen**

1. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind in Textform (z. B. per Brief, Fax, E-mail) abzugeben, sofern nicht etwas anderes bestimmt ist. Sie sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.
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.

**ZUSATZBEDINGUNGEN FÜR DIE GRUPPENUNFALLVERSICHERUNG**

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

**1. Versicherungen ohne Namensangabe**

- 1.1 Versicherungsschutz besteht für die Personen, die der im Vertrag bezeichneten Gruppe angehören.
- 1.2 Die zu versichernden Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalles ein Zweifel über die Zugehörigkeit zu dem versicherten Personenkreis nicht entstehen kann.
- 1.3 Der Versicherer fordert den Versicherungsnehmer jeweils am Schluss eines Zeitabschnitts auf, die Zahl der in diesem Zeitabschnitt versichert gewesenen Personen anzugeben. Aufgrund der festgestellten Zahl der versicherten Personen erfolgt die Berechnung des jeweiligen Beitrages.
- 1.4 Unterlässt der Versicherungsnehmer die Angaben der Personenzahl innerhalb eines Monats nach Empfang der Aufforderung, ist der Versicherer be-

rechtigt, den Beitrag unter Zugrundelegung der zuletzt angegebenen Personenhöchstzahl zu fordern. Dem Versicherungsnehmer ist jedoch das Recht vorbehalten, im Laufe des neuen Zeitabschnittes die richtige Personenzahl nachzuweisen. Die Beitragsberechnung ist dadurch gegebenenfalls anzupassen.

- 1.5 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt, wenn sie aus der Gruppe ausscheidet.

## 2. Versicherungen mit Namensangabe

- 2.1 Versicherungsschutz besteht für die namentlich genannten Personen.
- 2.2 Außerdem können noch nicht versicherte Personen jederzeit zur Versicherung angemeldet werden, wenn die gleichen Risikomerkmale wie die der bereits versicherten Personen vorliegen. Sie sind von der Absendung der Anmeldung an im gleichen Umfang versichert.
- 2.3 Personen mit anderen Risikomerkmale gelten erst nach Vereinbarung der Versicherungssummen und des Beitrages als versichert.
- 2.4 Der Versicherer hat das Recht, die Versicherung der einzelnen Personen ohne Angabe von Gründen abzulehnen. Im Fall der Ablehnung scheidet die betreffende Person einen Monat nach dem Tag der Ablehnung aus der Versicherung aus. Als Beitrag ist für sie nur der auf die tatsächliche Versicherungsdauer entfallende Teil zu zahlen.
- 2.5 Für versicherte Personen, die aus dem Vertrag ausscheiden sollen, erlischt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, in dem die Anzeige dem Versicherer zugeht.

## 3. Vertragsdauer (Zusatz zu § 4)

- 3.1 Der Versicherungsvertrag endet, wenn der Betrieb oder Verein etc. aufgelöst ist.
- 3.2 Der Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person erlischt ferner:
- wenn sie aus dem Dienstverhältnis des Versicherungsnehmers oder aus dem Verein etc. ausscheidet,
  - wenn die versicherte Person eine neue Tätigkeit aufnimmt, für die vereinbarungsgemäß keine Unfallversicherung vorgesehen ist,
  - wenn der Versicherer nach einem Unfall eine Leistung für den Versicherungsnehmer erbracht hat oder gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben worden ist. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Leistung oder - im Fall eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Der Versicherungsschutz erlischt einen Monat nach Zugang der Mitteilung.

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

## BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR ZUSATZLEISTUNGEN

Ergänzend zu § 6 erbringt der Versicherer ohne zusätzlichen Beitrag die nachfolgend beschriebenen Zusatzleistungen.

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

### 1. Mitversicherung von Bergungskosten

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

### 2. Kosmetische Operationen

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

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

- 2.1.2 Die kosmetische Operation erfolgt innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall, bei Unfällen Minderjähriger spätestens vor Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 2.1.3 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht.
- 2.2 Art und Höhe der Leistungen
  - 2.2.1 Der Versicherer leistet insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Ersatz für nachgewiesene
    - Arzthonorare und sonstige Operationskosten
    - notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus
  - 2.2.2 Der Versicherer leistet nicht Ersatz für Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten.

unmittelbaren Zusammenhang mit dem Auf- und Abrüsten des Ballons und/oder Heißluft-Luftschiffes auf dem Start- und Landeplatz eintreten.

## **ZUSATZBEDINGUNGEN FÜR DIE BODENUNFALLVERSICHERUNG**

### **1. Mitglieder von Luftsportvereinen**

- 1.1 Der Versicherungsschutz umfasst Bodenunfälle innerhalb Europas, die dem versicherten Vereinsmitglied während der Teilnahme an satzungsgemäßen Vereinsveranstaltungen einschließlich der Teilnahme an öffentlichen Luftfahrtveranstaltungen zustoßen.
- 1.2 Der Versicherungsschutz gilt auch während der Fahrten mit Bodenverkehrsmitteln, die im Rahmen des Vereins unternommen werden. Ausgeschlossen sind Unfälle, die bei Verlängerung des Weges oder bei Unterbrechungen, die nicht in ursächlichem Zusammenhang mit der im Rahmen des Vereins durchgeführten Reise stehen, eintreten.

### **2. Zuschauer bei Luftfahrtveranstaltungen**

- 2.1 Der Versicherungsschutz umfasst Bodenunfälle, die Zuschauern während der Dauer einer Luftfahrtveranstaltung in Europa innerhalb der Grenzen des Veranstaltungsgeländes zustoßen. Als Zuschauer gelten alle Personen, die eine gültige Eintrittskarte besitzen.
- 2.2 In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch alle Personen, die im Auftrag des Versicherungsnehmers Tätigkeiten während der Veranstaltung ausüben.
- 2.3 Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle von Personen, die an Luftfahrten teilnehmen.

### **3. Auf- und Abrüsten von Ballonen und/oder Heißluft-Luftschiffen**

Der Versicherungsschutz von Fahrgästen und Führern/Führeranwärtern von Ballonen und/oder Heißluft-Luftschiffen gilt auch für Unfälle, die in einem