

Bedingungen für die Gruppenunfallversicherung des Deutschen Kanu-Verbandes e.V. (BGU DKV 2010.1)

- Stand 01.2012 -

Versicherungsumfang

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten sind vereinbart?
 - 2.1 Invaliditätsleistung
 - 2.2 Todesfall-Leistung
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 5 Beitragsfreie Leistungen

Leistungsfall

- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
- 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
- 8 Wann sind die Leistungen fällig?

Versicherungsdauer

- 9 Beginn, Dauer und Ende des Vertrags?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Versicherungsbeitrag

- 10 Beitrag und Versicherungssteuer
- 11 Fälligkeit, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung des Erst- oder Einmalbeitrags
- 12 Folgebeitrag
- 13 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Weitere Bestimmungen

- 14 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
- 15 Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers oder seines Vertreters
- 16 Verjährung
- 17 Gerichtsstand
- 18 Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderungen
- 19 Welches Recht findet Anwendung?
- 20 Zusatzbedingungen in der Gruppenunfallversicherung
- 21 Sonderbedingungen

Hotline

- 22 Hotline zur Unfallversicherung

1

Was ist versichert?

1.1

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

1.2

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

1.3

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

1.4

„Unfall“ im Sinne von Ziffer 1.3 BGU DKV 2010.1 ist auch

1.4.1

ein Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser;

1.4.2

eine Gesundheitsschädigung durch Erfrierungen;

1.4.3

eine Gesundheitsschädigung als Folge eines unfreiwilligen Entzuges von Flüssigkeit, Nahrungsmitteln oder Sauerstoff;

1.4.4

eine Gesundheitsschädigung durch erhöhte Kraftanstrengungen verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule. Diese Erweiterung gilt jedoch nicht für Schädigungen der Bandscheiben;

1.4.5

eine Gesundheitsschädigung durch erhöhte Kraftanstrengungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule verursachte Verrenkungen von einem oder mehreren Gelenken sowie Zerrungen und Risse von Muskeln, Sehnen, Bändern oder Kapseln;

1.4.6

der Ausbruch nachfolgender Infektionskrankheiten:

- a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (z. B. Borreliose, Brucellose, Enzephalitis, Fleckfieber, Gelbfieber, Dreitagefieber, Malaria, Meningitis, Pest),
- b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern, Mumps, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Lepra und Typhus/Paratyphus.

Der Versicherungsschutz nach Satz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung des Versicherungsscheines stattfand. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind HIV-Infektionen;

1.4.7

eine Gesundheitsschädigung durch Schutzimpfungen gegen die nach Ziffer 1.4.6 BGU DKV 2010.1 versicherten Infektionskrankheiten, wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet;

1.4.8

eine Gesundheitsschädigung durch sonstige Folgen von Insektenstichen (z. B. allergische Reaktionen);

1.4.9

eine Gesundheitsschädigung durch Wundinfektionen, Tollwut und Wundstarrkrampf;

1.4.10

eine Gesundheitsschädigung durch sonstige Infektionen als Folge geringfügiger Haut- oder Schleimhautverletzungen, wenn dem Versicherer das ursächliche Ereignis innerhalb von vier Wochen angezeigt wurde. Der Versicherer erbringt eine Leistung nach diesen Bestimmungen nur für Invalidität gemäß Ziffer 2.1 BGU DKV 2010.1 und für den Todesfall gemäß Ziffer 2.2 BGU DKV 2010.1, soweit Versicherungssummen für diese Leistungsarten vereinbart wurden. Auf andere Leistungsarten finden diese Bedingungen keine Anwendung;

1.4.11

eine tauchtypische Gesundheitsschädigung wie z.B. Barotrauma, Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung. Bei einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit (Caissonkrankheit) Typ I und II einschließlich einer notwendigen Druckkammerbehandlung werden die hierfür entstehenden Therapiekosten erstattet. Ausgeschlossen von der Kostenersatzung sind solche Fälle, in denen die gültigen Richtlinien für das Tauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder fahrlässig missachtet wurden. Die Kostenübernahme erfolgt bis zur Höhe der vereinbarten Bergungskosten, sofern nicht ein anderer Kostenträger für die Behandlungskosten eintritt. Leistet ein anderer Kostenträger nur für einen Teil der Kosten, so wird der fehlende Restbetrag anteilmäßig bis zur Höhe der Bergungskosten erstattet.

1.4.12

eine Gesundheitsschädigung infolge von Herzinfarkt, Schlaganfall, epileptischem Anfall oder anderer Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, oder durch die Einnahme ärztlich verordneter Medikamente verursacht werden.

1.5

„Unfreiwillig“ im Sinne von Ziffer 1.3 BGU DKV 2010.1 ist eine Gesundheitsschädigung auch erlitten, die der Versicherte bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder von Sachen erleidet;

1.6

„Plötzlich“ im Sinne von Ziffer 1.3 BGU DKV 2010.1 ist ein Unfallereignis auch, wenn der Versicherte zu Vergiftungen oder Erstickungen führenden Dünsten, Säure- und Laugendämpfen, Staubwolken oder ausströmenden Gasen und Dämpfen für eine längere Zeit ausgesetzt ist, ohne sich dieser Einwirkungen bewusst zu sein oder sich ihnen entziehen zu können. Diese Erweiterung bezieht sich nicht auf Berufs- und Gewerbekrankheiten.

1.7

Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3 BGU DKV 2010.1) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 4 BGU DKV 2010.1) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2

Welche Leistungsarten sind vereinbart?

Die Leistungsarten, die der Versicherungsnehmer vereinbart hat, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die vom Versicherungsnehmer mit dem Versicherer vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag oder den Sonderbedingungen (siehe Ziffer 21).

2.1

Invaliditätsleistung

2.1.1

Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1

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

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und vom Versicherungsnehmer beim Versicherer geltend gemacht worden.

2.1.1.2

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

2.1.2

Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1

Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als Kapitalbetrag.

2.1.2.2

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

2.1.2.2.1

Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
Hand	55 %
Daumen	20 %
Zeigefinger	10 %
anderer Finger	5 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
Bein bis unterhalb des Knies	50 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
Fuß	40 %
große Zehe	5 %
andere Zehe	2 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	30 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

War ein Auge vor dem Unfall bereits vollständig verloren oder funktionsunfähig, gilt für das andere Auge ein Invaliditätsgrad von 80 Prozent. War das Gehör auf einem Ohr vor Eintritt des Unfalles bereits vollständig verloren, gilt für das Gehör auf dem anderen Ohr ein Invaliditätsgrad von 50 Prozent. Diese erhöhten Werte gelten nicht, wenn das vorgeschädigte Auge bzw. Gehör nur teilweise beeinträchtigt war.

2.1.2.2.2

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.2.3

Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 BGU DKV 2010.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 BGU DKV 2010.1 zu bemessen.

2.1.2.2.4

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3

Stirbt die versicherte Person

aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder

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

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

2.1.2.4

Progression – 225 Prozent

In Abänderung von Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der BGU DKV 2010.1 gilt:

Die Invaliditätsleistung erfolgt nach dem festgestellten unfallbedingten Invaliditätsgrad. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 50 Prozent beträgt.

Darüber hinaus gilt folgendes:

- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 25 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich 1 Prozent aus der Grundversicherungssumme.
- Für jeden Prozentpunkt, der den unfallbedingten Invaliditätsgrad von 50 Prozent bis 89 Prozent übersteigt, zahlt der Versicherer zusätzlich weitere 1 Prozent aus der Grundversicherungssumme.

2.1.2.5

Mehrleistung zur Invalidität

2.1.2.5.1

In Abänderung von Ziffer 2.1 und Ziffer 3 der BGU DKV 2010.1 gilt:

Führt ein Unfall, der sich vor Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person ereignet, ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 3 BGU DKV 2010.1) nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1.2 bis 2.1.2.2.4 der BGU DKV 2010.1 zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit von mindestens 90 Prozent, erbringt der Versicherer eine Invaliditätsleistung von € 100.000,00.

2.1.2.5.2

Die Mehrleistung wird für jede versicherte Person auf höchstens 50.080,00 € beschränkt. Laufen für die versicherte Person bei der „SCHWEIZER-NATIONAL“ weitere Unfallversicherungen so gilt der Höchstbetrag für alle Versicherungen zusammen.

2.2

Todesfall-Leistung

2.2.1

Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb von 24 Monaten gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 6.5 BGU DKV 2010.1 weisen wir hin.

2.2.2

Höhe der Leistung:

Die Todesfallleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3

Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leistet der Versicherer für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z. B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist.

4

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1

Den Führer von Kraftfahrzeugen und anderen Fahrzeugen bei schuldhaft verursachten Unfällen, wenn der Blutalkohol-

gehalt über 0,8 Promille liegt.

4.1.2

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

4.1.3

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich Drogen konsumiert oder Medikamente nicht bestimmungsgemäß gebraucht.

4.1.4

Verletzungen, die sich die versicherte Person vorsätzlich beibringt, Selbstmord und versuchter Selbstmord.

4.1.5

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen ist.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 21. 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.

4.1.6

Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

4.1.7

Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

4.1.8

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4.2

Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

4.2.1

Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 BGU DKV 2010.1 die überwiegende Ursache ist.

4.2.2

Gesundheitsschäden durch Kernenergie.

4.2.3

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

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

4.2.4

Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch

- bei Nahrungsmittelvergiftungen
- für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Ausgeschlossen bleiben jedoch Alkoholvergiftungen bei Personen nach Vollendung des 14. Lebensjahres.

4.2.5

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

Leistungen werden jedoch erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

4.2.6

Bauch- oder Unterleibsbrüche

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

5

Beitragsfreie Leistungen

5.1

Kurbeihilfe

Ergänzend zu Ziffer 2 BGU DKV 2010.1 bietet der Versicherer entsprechend der nachfolgenden Regelung Versicherungsschutz bei Kuraufenthalten.

5.1.1

Voraussetzungen für die Leistung.

5.1.1.1

Die versicherte Person hat nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall im Sinne von Ziffer 1 BGU DKV 2010.1

- 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 Kur durchgeführt.

Diese Voraussetzungen werden vom Versicherungsnehmer durch ein ärztliches Attest nachgewiesen.

5.1.1.2

Als Kur gilt nicht eine stationäre Behandlung, bei der die ärztliche Behandlung der Unfallfolgen im Vordergrund steht.

5.1.2

Höhe der Leistung

Die Kurbeihilfe wird in Höhe von 2.000,00 € einmal je Unfall gezahlt. Dabei wird die Ziffer 3 BGU DKV 2010.1 berücksichtigt.

Bestehen für die versicherte Person beim gleichen Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Kurbeihilfe nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

5.2

Behinderungsbedingte Aufwendungen

Führt der Invaliditätsgrad zu Behinderungen im täglichen Leben, die bestimmte Investitionen erfordern, so übernimmt der Versicherer folgende Kosten:

- a) Behindertengerechter Umbau des selbst bewohnten Hauses oder der selbst bewohnten Wohnung
- b) Umzug in behindertengerechte Wohnung oder Haus
- c) Umrüstung des selbst genutzten PKW
- d) Prothesen und Hilfsmittel

Der Versicherer leistet, längstens für fünf Jahre nach Eintritt des Unfallereignisses, für alle nachgewiesenen Kosten a) – c) bis zur Höhe von 10.000,00 € und zu d) bis zur Höhe von 3.000,00 €.

5.3

Serviceleistungen

Ergänzend zu Ziffer 2 BGU DKV 2010.1 erbringt der Versicherer folgende Leistungen:

5.3.1

Art der Leistungen

5.3.1.1

Der Versicherer ersetzt nach einem Unfall die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden.

Diese Kosten ersetzt der Versicherer auch dann, wenn der Unfall unmittelbar drohte oder ein Unfall nach den konkreten Umständen zu vermuten war.

5.3.1.2

Der Versicherer informiert den Versicherungsnehmer über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung und stellt auf Wunsch eine Verbindung zwischen dem Hausarzt der versicherten Person und dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus her.

5.3.1.3

Der Versicherer ersetzt die Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik.

5.3.1.4

Der Versicherer ersetzt den Mehraufwand bei der Rückkehr der verletzten Person zu ihrem ständigen Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidlich waren.

5.3.1.5

Bei einem Unfall im Ausland ersetzt der Versicherer die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und den mitreisenden Partner der versicherten Person.

5.3.1.6

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Inland ersetzt der

Versicherer die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Bei einem unfallbedingten Todesfall im Ausland ersetzt der Versicherer die Kosten für die Bestattung im Ausland oder für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

5.3.2

Höhe der Leistung

5.3.2.1

Die Höhe der Leistungen ist insgesamt auf einen Betrag in Höhe von 30.000,00 € begrenzt.

5.3.2.2

Soweit ein anderer Ersatzpflichtiger für die entstandenen Kosten eintritt, kann der Versicherungsnehmer seinen Erstattungsanspruch an den Versicherer nur wegen der restlichen Kosten geltend machen. Bestreitet ein anderer Ersatzpflichtiger seine Leistungspflicht, kann der Versicherungsnehmer sich unmittelbar an den Versicherer halten.

5.3.2.3

Bestehen beim gleichen Versicherer mehrere Unfallversicherungen, kann diese beitragsfreie Mitversicherung nur aus einem Vertrag verlangt werden.

5.3.2.4

Der genannte Höchstbetrag für den Kostenersatz nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

5.4

Kosmetische Operationen

Ergänzend zu Ziffer 2 BGU DKV 2010.1 leistet der Versicherer Ersatz für Kosten unfallbedingter kosmetischer Operationen.

5.4.1

Voraussetzungen für die Leistungen

5.4.1.1

Die versicherte Person hat sich nach einem unter den Vertrag fallenden Unfall einer kosmetischen Operation unterzogen.

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

5.4.1.2

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.

5.4.1.3

Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet die Leistungspflicht.

5.4.2

Art und Höhe der Leistung

5.4.2.1

Der Versicherer leistet insgesamt bis zur Höhe von 30.000,00 € Ersatz für nachgewiesene

- Arzthonorare und sonstige Operationskosten
- notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus.
- Zahnarzt, Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten soweit natürliche Zähne beschädigt wurden.

5.4.2.2

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten gezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch.

6

Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne die Mitwirkung des Versicherungsnehmers und die der versicherten Person kann der Versicherer seine Leistung nicht erbringen.

6.1

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

Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung wenn der Versicherte erst dann den Arzt hinzuzieht und den Versicherer unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, seine Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod des Versicherten und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

6.2

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

6.3

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

6.4

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

6.5

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

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

Bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ist es keine Obliegenheitsverletzung wenn der Versicherte erst dann den Arzt hinzuzieht und den Versicherer unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die Frist beginnt erst, wenn der Versicherungsnehmer, seine Erben oder die bezugsberechtigten Personen Kenntnis von dem Tod des Versicherten und der Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit haben.

7

Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

7.1

Verletzt der Versicherungsnehmer eine Obliegenheit nach Ziffer 6 BGU DKV 2010.1 vorsätzlich, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in dem Verhältnis zu kürzen, das der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entspricht. Das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit hat der Versicherungsnehmer zu beweisen.

7.2

Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung ist der Versicherer jedoch zur Leistung verpflichtet, soweit 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 Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist.

7.3

Verletzt der Versicherungsnehmer eine nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehende Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit, ist der Versicherer nur dann vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

7.4

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

8

Wann sind die Leistungen fällig?

8.1

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang der Versicherer 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 Grundsumme.

Sonstige Kosten übernimmt der Versicherer nicht.

8.2

Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder hat sich der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer über Grund und Höhe geeinigt, leistet der Versicherer innerhalb von zwei

Wochen.

8.3

Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlt der Versicherer – auf Wunsch des Versicherungsnehmers – angemessene Vorschüsse.

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

8.4

Der Versicherungsnehmer und der 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 seine Leistungspflicht nach Ziffer 8.1 BGU DKV 2010.1,
- vom Versicherungsnehmer 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.

8.5

Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug ist der Versicherer berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufragen. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

8.6

Sofortleistung bei Schwerverletzungen

8.6.1

Voraussetzungen für die Leistung

Die versicherte Person hat aufgrund eines Unfalles im Sinne von Ziffer 1.3 BGU DKV 2010.1 eine der nachfolgenden schweren Verletzungen erlitten und diese innerhalb von sechs Monaten nach dem Unfall bei dem Versicherer unter Vorlage eines ärztlichen Attestes geltend gemacht:

8.6.1.1

Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks

8.6.1.2

Amputation mindestens eines ganzen Fußes oder einer ganzen Hand

8.6.1.3

Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung

8.6.1.4

Schwere Mehrfachverletzungen / Polytrauma

8.6.1.4.1

Fraktur an zwei langen Röhrenknochen (Kombination aus Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel)

8.6.1.4.2

Gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen

8.6.1.4.3

Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen

- Fraktur eines langen Röhrenknochens

- Fraktur des Beckens
- Fraktur eines oder mehrerer Wirbelknochen
- gewebeerstörende Schäden eines inneren Organs

8.6.1.5

Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche.

8.6.1.6

Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen; bei Sehbehinderung Sehschärfe nicht mehr als fünf Prozent.

8.6.2

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

8.6.3

Art und Höhe der Leistung

8.6.3.1

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

8.6.3.2

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

8.6.3.3

Bestehen für den Versicherten bei der Nationale Suisse mehrere Unfallversicherungen, kann die vereinbarte Sofortleistung nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

9

Beginn, Dauer und Ende des Vertrags?

Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

9.1

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt vorbehaltlich der Regelungen in Ziffer 11.2 BGU DKV 2010.1 und 11.3 BGU DKV 2010.1 zu dem im Versicherungsschein/Nachtrag angegebenen Zeitpunkt.

9.2

Dauer und Ende des Vertrages

9.2.1

Dauer

Der Vertrag beginnt jeweils am 01. April 0 Uhr, und endet am 01. April 0 Uhr des folgenden Jahres.

9.2.2

Stillschweigende Verlängerung

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht eine der Vertragsparteien spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugewungen ist.

9.2.3

Kündigung bei mehrjährigen Verträgen

Der Vertrag kann bei einer Vertragslaufzeit von mehr als drei Jahren zum Ablauf des dritten oder jedes darauf folgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten vom Versicherungsnehmer gekündigt werden.

Die Kündigung muss dem Versicherer spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

9.2.4

Vertragsdauer von weniger als einem Jahr

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

9.2.5

Insolvenz

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.

9.3

Kündigung nach Versicherungsfall

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherer kann den Versicherungsschutz der einzelnen versicherten Person durch schriftliche Mitteilung beenden, wenn der Versicherer nach einem Unfall eine Leistung erbracht hat oder gegen den Versicherer Klage auf eine Leistung erhoben worden ist.

Die Kündigung muss dem Versicherungsnehmer oder dem Versicherer spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits - nach Klagerücknahme, Anerkennung, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Schriftform zugewungen sein.

Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach ihrem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch den Versicherer wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

9.4

Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

10

Beitrag und Versicherungssteuer

Der Jahresbeitrag beträgt einschließlich der z. Zt. gültigen Versicherungssteuer von 19 % je versicherte Person 1,44 €

11

Fälligkeit, Folgen verspäteter Zahlung oder Nichtzahlung des Erst- oder Einmalbeitrags

11.1

Fälligkeit des Erst- oder Einmalbeitrags

Der erste oder einmalige Beitrag ist – unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufsrechts – unverzüglich nach dem Zeitpunkt des vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen.

Liegt der vereinbarte Zeitpunkt des Versicherungsbeginns vor Vertragsschluss, ist der erste oder einmalige Beitrag unverzüglich nach Vertragsschluss zu zahlen.

Zahlt der Versicherungsnehmer nicht unverzüglich nach dem in Satz 1 oder 2 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem die Zahlung bewirkt ist.

Weicht der Versicherungsschein vom Antrag des Versicherungsnehmers oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Bei Vereinbarung der Beitragszahlung in Raten gilt die erste Rate als erster Beitrag.

11.2

Rücktrittsrecht des Versicherers bei Zahlungsverzug

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht zu dem nach Ziffer 11.1 BGU DKV 2010.1 maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt gezahlt, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

11.3

Leistungsfreiheit des Versicherers

Wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht zu dem nach Ziffer 11.1 BGU DKV 2010.1 maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt zahlt, so ist der Versicherer für einen vor Zahlung des Beitrags eingetretenen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags aufmerksam gemacht hat.

Die Leistungsfreiheit tritt jedoch nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer die Nichtzahlung nicht zu vertreten hat.

12

Folgebeitrag

12.1

Fälligkeit

- a) Ein Folgebeitrag wird, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraumes fällig.
- b) Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt.

12.2

Schadenersatz bei Verzug

Ist der Versicherungsnehmer mit der Zahlung eines Folge-

beitrags in Verzug, ist der Versicherer berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

12.3

Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht nach Mahnung

- a) Der Versicherer kann den Versicherungsnehmer bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrags auf dessen Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung bestimmen (Mahnung). Die Mahnung ist nur wirksam, wenn der Versicherer je Vertrag die rückständigen Beträge des Beitrags, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und außerdem auf die Rechtsfolgen – Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht – aufgrund der nicht fristgerechten Zahlung hinweist.
- b) Tritt nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Versicherungsfall ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt des Versicherungsfalles mit der Zahlung des Beitrags oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- c) Der Versicherer kann nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist.

Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.

12.4

Zahlung des Beitrags nach Kündigung

Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet. Die Regelung über die Leistungsfreiheit des Versicherers (Ziffer 12.3 b) BGU DKV 2010.1) bleibt unberührt.

13

Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Im Falle der Beendigung des Versicherungsverhältnisses vor Ablauf der Versicherungsperiode steht dem Versicherer für diese Versicherungsperiode nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.

14

Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

14.1

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. Der Versicherungsnehmer ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

Der Versicherungsnehmer kann einen Direktanspruch ver-

einbaren. Dann gilt folgendes:

- a) Die versicherte Person kann Leistungen aus der Unfallversicherung ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers unmittelbar bei dem Versicherer geltend machen. Der Versicherer leistet direkt an die versicherte Person.
- b) Der Versicherungsnehmer informiert jede versicherte Person über den im Rahmen dieses Vertrages bestehenden Versicherungsschutz und über diese Vereinbarung.

14.2

Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf den Rechtsnachfolger des Versicherungsnehmers und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

14.3

Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

15

Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers oder seines Vertreters

15.1

Wahrheitsgemäße und vollständige Anzeigepflicht von Gefahrumständen

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 dessen Entschluss 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 des Versicherers, der Versicherer Fragen in Textform 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 sie gestellten Fragen verantwortlich.

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

15.2

Rechtsfolgen der Verletzung der Anzeigepflicht

a) Vertragsänderung

Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt und hätte der Versicherer bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände den Vertrag auch zu anderen Bedingungen geschlossen, so werden die anderen Bedingungen auf Verlangen des Versicherers rückwirkend Vertragsbestandteil. Bei einer vom Versicherungsnehmer unverschuldeten Pflichtverletzung werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Ver-

tragsbestandteil.

Erhöht sich durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. In dieser Mitteilung der Vertragsänderung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf dessen Kündigungsrecht hinzuweisen.

b) Rücktritt und Leistungsfreiheit

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Ziffer 15.1 BGU DKV 2010.1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt.

Bei grober Fahrlässigkeit des Versicherungsnehmers ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der Versicherer den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu gleichen oder anderen Bedingungen abgeschlossen hätte.

Tritt der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalles zurück, so ist er nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer weist nach, dass die Verletzung der Anzeigepflicht sich auf einen Umstand bezieht, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

c) Kündigung

Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Ziffer 15.1 BGU DKV 2010.1 leicht fahrlässig oder schuldlos, kann der Versicherer den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen, es sei denn, der Versicherer hätte den Vertrag bei Kenntnis der nicht angezeigten Umständen zu gleichen oder anderen Bedingungen abgeschlossen.

d) Ausschluss von Rechten des Versicherers

Die Rechte des Versicherers zur Vertragsänderung (a), zum Rücktritt (b) und zur Kündigung (c) sind jeweils ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die unrichtige Anzeige kannte.

e) Anfechtung

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

15.3

Frist für die Ausübung der Rechte des Versicherers

Die Rechte zur Vertragsänderung (Ziffer 15.2 a) BGU DKV 2010.1), zum Rücktritt (Ziffer 15.2 b) BGU DKV 2010.1) oder zur Kündigung (Ziffer 15.2 c) BGU DKV 2010.1) muss der Versicherer innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen und dabei die Umstände angeben, auf die er seine Erklärung stützt; zur Begründung kann er nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben. Die Monatsfrist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht und der Umstände Kenntnis erlangt, die das von ihm jeweils geltend gemachte Recht begründen.

15.4

Rechtsfolgenhinweis

Die Rechte zur Vertragsänderung (Ziffer 15.2 a) BGU DKV

2010.1), zum Rücktritt (Ziffer 15.2 b) BGU DKV 2010.1) und zur Kündigung (Ziffer 15.2 c) BGU DKV 2010.1) stehen dem Versicherer nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen der Verletzung der Anzeigepflicht hingewiesen hat.

15.5

Vertreter des Versicherungsnehmers

Wird der Vertrag von einem Vertreter des Versicherungsnehmers geschlossen, so sind bei der Anwendung von Ziffer 15.1 BGU DKV 2010.1 und 15.2 BGU DKV 2010.1 sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die Kenntnis und die Arglist des Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

15.6

Erlöschen der Rechte des Versicherers

Die Rechte des Versicherers zur Vertragsänderung (Ziffer 15.2 a) BGU DKV 2010.1), zum Rücktritt (Ziffer 15.2 b) BGU DKV 2010.1) und zur Kündigung (Ziffer 15.2 c) BGU DKV 2010.1) erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsabschluss, dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn der Versicherungsnehmer oder sein Vertreter die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt hat.

16

Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer angemeldet worden, zählt bei der Fristberechnung der Zeitraum zwischen Anmeldung und Zugang der in Textform mitgeteilten Entscheidung des Versicherers beim Anspruchsteller nicht mit.

17

Gerichtsstand

17.1

Klagen gegen den Versicherer oder Versicherungsvermittler

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht vor Ort zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Soweit es sich bei dem Vertrag um eine betriebliche Versicherung handelt, kann der Versicherungsnehmer seine Ansprüche auch bei dem für den Sitz oder die Niederlassung des Gewerbebetriebes zuständigen Gericht geltend machen.

17.2

Klagen gegen Versicherungsnehmer

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gegen den Versicherungsnehmer ist ausschließlich das Gericht vor Ort zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

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.

18

Anzeigen, Willenserklärungen, Anschriftenänderungen

18.1

Form

Soweit gesetzlich keine Schriftform verlangt ist und soweit in diesem Vertrag nicht etwas anderes bestimmt ist, sind die für den Versicherer bestimmten Erklärungen und Anzeigen, die das Versicherungsverhältnis betreffen und die unmittelbar gegenüber dem Versicherer erfolgen, in Textform abzugeben.

Erklärungen und Anzeigen sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Die gesetzlichen Regelungen über den Zugang von Erklärungen und Anzeigen bleiben unberührt.

18.2

Nichtanzeige einer Anschriften- bzw. Namensänderung

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. Entsprechendes gilt bei einer dem Versicherer nicht angezeigten Namensänderung. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

18.3

Nichtanzeige der Verlegung der gewerblichen Niederlassung

Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung unter der Anschrift seines Gewerbebetriebes abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen nach Ziffer 18.2 BGU DKV 2010.1 entsprechend Anwendung.

19

Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

20

Zusatzbedingungen in der Gruppenunfallversicherung

20.1

Die versicherten Personen sind so zu bezeichnen, dass bei Eintritt des Versicherungsfalls kein Zweifel über die Zugehö-

rigkeit zu dem versicherten Personenkreis entstehen kann.

20.2

Die Vereine und Einzelmitgliederorganisationen sind verpflichtet geordnete Mitgliederlisten zu führen und auf Verlangen den von dem Versicherer beauftragten Organen Einsicht in diese zu gestatten.

20.3

Vorgehen im Schadenfall:

Alle Schadenfälle sind sofort der zuständigen Subdirektion D. Kuhlmann & Sohn KG, Rockwinkeler Landstr. 13-15, 28355 Bremen, Telefon (0421) 16 81 18, Telefax (0421) 16 81 19, zu melden.

21

Sonderbedingungen

21.1

Versicherter Personenkreis

21.1.1

Versichert gelten alle aktiven, passiven und unterstützenden Mitglieder der Vereine und Einzelmitgliederorganisationen des Deutschen Kanu-Verbandes e.V. (DKV e.V.), die sich schriftlich zur Teilnahme an dieser Versicherung angemeldet haben.

21.1.2

Versichert gelten Personen mit nachgewiesener Probemitgliedschaft. Weiterhin gelten Gäste, die an ausgewiesenen Vereinsveranstaltungen zur Erlernung des Kanusports teilnehmen, als versichert.

Für diesen vorgenannten Personenkreis entfällt der Versicherungsschutz gemäß Ziffer 21.3.1.3 und 21.3.3 dieser Bedingungen

21.2

Versicherungsleistungen

Die Versicherungssummen betragen:

Bei Todesfall:	7.000,00 €
Bei Invalidität (Grundsumme):	26.000,00 €
Bei 89 % Invaliditätsgrad (Progression):	49.920,00 €
Ab 90 % Invaliditätsgrad (Mehrleistung):	100.000,00 €

Beitragsfreie Leistungen siehe Ziffer 5 dieser Bedingung

21.3

Umfang des Versicherungsschutzes

21.3.1

Für diese Versicherung sind die BGU DKV 2010.1 maßgebend. Versichert gelten alle Unfälle, von denen der versicherte Personenkreis gemäß Ziffer 21.1 dieser Bedingungen betroffen wird und zwar:

21.3.1.1

während ihrer sportlichen Betätigung bei der Ausübung des Kanusports,

21.3.1.2

während sonstiger Tätigkeiten, die im ursächlichen Zusammenhang mit dem Kanusport stehen,

21.3.1.3

während allgemeiner normaler Arbeiten, die für den angemeldeten Verein erforderlich sind, wie Platzarbeiten, Bauarbeiten, Gerätepflege u. ä.

21.3.2

Versicherungsschutz genießen auch die Mitglieder der Vereinsleitung oder von ihr beauftragte Personen, wenn sie in Erfüllung der ihnen obliegenden Pflichten an Tagungen, Besprechungen und Lehrgängen teilnehmen oder diese leiten.

21.3.3

Die versicherten Personen sind auch auf den direkten Wegen zu und von den Veranstaltungen oder Tätigkeiten, für die sie Versicherungsschutz haben, gegen Unfälle versichert.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem Betreten der vor der Wohnung gelegenen öffentlichen Straße (bzw. Weges) und endet bei der Rückkehr mit deren Verlassen. Der Versicherungsschutz bei Wegeunfällen erstreckt sich auch auf Fahrten mit Beförderungsmitteln aller Art. Unfälle bei Fahrten mit Lastkraftwagen sind nur dann versichert, wenn das benutzte Fahrzeug behördlich zur Personenbeförderung zugelassen ist oder wenn es sich um Begleitpersonen von auf Lastkraftwagen verladene Spezialgeräten handelt. In diesen Unfällen erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle bei Auf- und Abladen des Sportgerätes.

Der Versicherungsschutz entfällt, sobald die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und/oder eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z. B. Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzwecken) unterbrochen wird, es sei denn, dass der zeitliche und räumliche Zusammenhang mit der versicherten Veranstaltung oder Tätigkeit gewahrt ist.

21.3.4

Ausgeschlossen von der Versicherung sind:

21.3.4.1

Berufssportler und hauptamtliche Lehrkräfte.

21.3.4.2

Unfälle, die bei privat veranstalteten Leibesübungen und Trainings ohne ursächlichen Zusammenhang mit dem Kanusport entstehen.

22

HOTLINE zur Unfallversicherung

22.1

Für den Versicherungsnehmer möchte der Versicherer immer erreichbar sein – rund um die Uhr und an allen Tagen im Jahr. Über den im Versicherungsschein zur Unfallversicherung gewährten Versicherungsschutz hinaus bietet der Versicherer dem Versicherungsnehmer folgende Leistungen.

22.1.1

Unabhängig von einem Unfallereignis

- medizinische Reiseinformationen vor Antritt einer Reise
- Organisation der Besorgung und Versendung von lebensnotwendigen Medikamenten, Brillen, Kontaktlinsen und anderen Hilfsmitteln.

22.1.2

Nach einem Unfallereignis

- Benachrichtigung nahe stehender Personen am Heima-

tort über das Unfallereignis

- Organisation der Kostenübernahmeerklärungen gegenüber Ärzten/Krankenhäusern bei ambulanter oder stationärer Behandlung nach dem Unfall
- Organisation von Krankenbesuchen im Ausland
- Vermittlung und Organisation von Kinderrückholungen und Personenbegleitungen
- Benennung und Reservierung von Hotelunterkünften bei notwendiger Verlängerung des Aufenthaltes
- Hilfe bei der Organisation der Weiter- oder Heimreise per Bahn, Mietwagen, Flugzeug; z.B. Bestellung und Hinterlegung von Bahnkarten, Flugtickets
- Telefonische Dolmetscherdienste im Verkehr mit Behörde, Ärzten und Krankenhäusern
- Vermittlung eines deutsch- bzw. englischsprachigen Rechtsanwaltes
- Vermittlung von ambulanten und häuslichen Pflegediensten
- Vermittlung von Wach- und Sicherheitsdiensten (Heimsicherungsservice nach einem Unfall).

Sämtliche vorgenannten Leistungen bietet der Versicherer dem Versicherungsnehmer weltweit.

22.2

Da diese zusätzliche freiwillige Dienstleistung in Zusammenarbeit mit einer Assistance-Gesellschaft geboten wird, muss sich der Versicherer vorbehalten, die Leistungen der HOTLINE verändern oder einschränken zu können. In diesem Fall erhält der Versicherungsnehmer vom Versicherer schriftliche Mitteilung über die erforderlichen Änderungen, die dann – unabhängig von der tatsächlichen Laufzeit des Vertrages – zur nächsten Hauptfälligkeit des Vertrages Anwendung finden.

Wenn Sie vorgenannte HOTLINE in Anspruch nehmen wollen, rufen Sie bitte nur die folgende Telefon-Nummer an: 0049-1805-301285.

(0,14 € pro Minute aus dem Festnetz; maximal 0,42 € pro Minute aus den Mobilfunknetzen).