

General Terms and Conditions of Personal Accident Insurance (AUB 88, Version 01/02)

§ 1 Claim

I. The insurer provides insurance cover in the event of accidents suffered by the policyholder during the period of validity of the policy. The types of payment which can be insured are set out in §7; the application and insurance certificate each show which types of payment can be agreed in the policy.

II. The insurance covers accidents throughout the world.

III. An accident is deemed to have occurred if the policyholder suddenly suffers involuntary harm to health through an incident externally acting on his/her body (accident incident)

IV. An accident is also present if through increased exertion on limbs or the spinal column

(1) a joint is sprained or

(2) muscles, sinews, tendons or capsules are pulled or torn

§ 2 Exclusions

The following is not covered by the insurance:

I.

(1) Accidents due to mental or consciousness disturbances, including if they are due to intoxication, as well as strokes, epileptic fits or other convulsions which affect the entire body of the policyholder. However insurance cover exists if these disturbances or fits are caused by an accident covered by this policy.

(2) Accidents suffered by the policyholder deliberately carrying out or attempting to carry out a criminal act.

(3) Accidents directly or indirectly caused by war or civil war events, accidents due to internal unrest if the policyholder participates on the side of those instigating the unrest

(4) Accidents suffered by the policyholder

a) as an aircraft pilot (including aerial sports pilot) insofar as a licence for this is required in accordance with German law as well as other crew member of an aircraft

b) during professional activities carried out with the aid of an aircraft

c) when using spacecraft

(5) Accidents suffered by the policyholder through participation as driver, passenger or occupant of a motor vehicle in driving events, including the trial runs, which involve achieving high speeds.

(6) Accidents caused directly or indirectly through nuclear energy

II.

(1) Harm to health through radiation

(2) Harm to health through treatment measures or operations which the policyholder carries out or has carried out on his/her body. However, insurance cover exists if the operations or treatment measures, including radiation and therapeutic diagnostic measures, were due to an accident covered by this policy.

(3) Infections:

Insurance cover is provided if the disease pathogens entered the body through an accident injury covered by this policy. Accident injuries do not include skin or mucous membrane injuries, which are minor as such, and via which disease pathogens immediately or subsequently enter the body; this restriction does not apply to rabies and tetanus. For infections caused by treatment measures (2) paragraph 2 applies accordingly.

(4) Poisoning as a result of taking solid or liquid substances via the gullet

III.

(1) Stomach or lower abdominal hernias

However, insurance cover is present if they have occurred through a violent external effect covered by this policy

(2) Damage to vertebral disks as well as bleeding from internal organs and cerebral bleeding. However, insurance cover exists if an accident in accordance with §1 III covered by the policy is the principal cause of this.

IV. Pathological disorders as a result of psychological reactions, irrespective of how they are caused

§ 3 Uninsurable persons

I. Uninsurable and uninsured despite premium payment are persons requiring permanent care as well as persons with mental illnesses. A person required care is a person who predominantly requires the help of others in managing his/her daily life.

II. The insurance cover lapses as soon as the policyholder in accordance with I is no longer insurable. The insurance ends at the same time.

III. The premium paid for persons permanently requiring care as well as persons with mental illnesses since taking out the insurance or start of uninsurability must be refunded.

§3a Precontractual notification obligations of the policyholder

The policyholder must answer all application questions truthfully. In the event of infringement of this obligation the insurer can in accordance with the provisions of §§ 16 to 22 of the Law on Insurance Agreements (see appendix to these conditions) withdraw from the agreement or dispute it and not be liable for payment.

§3b Policyholder's right of revocation and objection

I. In the case of a policy valid over several years the policyholder has a legal right of revocation about which he/she must be informed. The right of revocation does not apply if and insofar as the insurer, at the request of the policyholder provides immediate insurance cover or if the insurance is determined in accordance with the content of the application for the work already carried out professionally or independently by the policyholder. If this information is not provided the right of revocation lapses one month after payment of the first premium.

II. If the insurance conditions applicable to the policy or other customer information of relevance to the policy are only forwarded with the insurance certificate, in place of the right of revocation the policyholder has a legal right to object, about which he/she must be informed.

If this information is not provided, or if the policyholder does not have the insurance certificate, insurance terms and conditions or user information available in full, he/she can still object within one year of payment of the first premium.

§ 4 Start and end of the insurance cover/legal formulation right

I. The insurance cover starts as soon as the first premium is paid, but at the earliest at the time indicated on the insurance certificate. If the first premium is only requested after this time, but is paid within 14 days, the insurance cover begins at the time indicated on the insurance certificate.

II. The policy can be ended through written notice by one of the contracting parties

(1) on expiry of the agreed period

The notice must be received at least 3 months before expiry; otherwise the policy is renewed for a year each time.

(2) at the end of the fifth or each following year if a policy is taken out for the duration of more than five years

The notice must be received by the contracting party at least three months before the expiry of the fifth or appropriate following year.

(3) if the insurer has made a payment in accordance with §7 or a claim has been made against him for such a payment.

The notice must be received at least one month after the payment – or, in the event of a legal dispute, after withdrawal of the claim, acceptance, settlement or legal enforcement of the decision. It only comes into effect one month after receipt.

III. The policy ends without notice if the agreed duration is less than one year to the date indicated in the insurance certificate.

IV. The insurance cover ceases to apply as soon as the policyholder serves in war or war-like service, or in a military or similar organisation.

The insurance cover is restored as soon as the insurer has received notification that the policyholder has ended such service.

§ 5 Premiums, due date and default

I. The premiums include the relevant insurance tax and agreed secondary costs. Unless otherwise agreed the first or one-off premium is due immediately on taking out the insurance policy. Subsequent premiums are payable on the first of the due month unless otherwise agreed.

II. In the event of payment not being made on time, the provisions of §§ 38 and 39 of the Law on Insurance Policies (VVG) apply. In the event of part payment of the annual premium the still outstanding instalments of the annual premium become due immediately if the policyholder is in arrears with the payment of one instalment. Remaining subsequent premiums can only be legally enforced within one year of expiry of the payment deadlines determined in accordance with §39 clause 1 VVG.

III. In the event of early termination of the policy the insurer is only entitled to the part of the premiums corresponding to the expired insurance period.

IV. In the event of §4 IV the obligation to pay premiums is suspended.

§ 6 Change of job or occupation, military service

I. Changes to the job or occupation of the policyholder during the period of validity of the insurance must be notified immediately.

Performing compulsory military or civilian service, as well as participation in military reserve training are not considered as job or occupation changes.

II.

(1) If the policyholder's new job or occupation results in a lower premium in accordance with the insurer's rates applicable at the time of the change, this lower premium is payable as of a period of one month from receipt of the notification.

(2) If a higher premium results, for two months after the time of change of job or occupation insurance cover is still provided at the previous insurance sums. If an accident occurs after this period without notification of change having been received or agreement of the premium reached, the insured sums in accordance with the required premium are reduced to be in accordance with the previously paid premium.

(3)

a) If the insurer does not offer insurance cover for a new job or occupation, the insurer can cancel the policy. The cancellation comes into force one month after receipt. The cancellation right lapses

- if it is not exercised within one month of the time the insurer has received notification of the change, or

- if the policyholder has resumed his/her previous job or occupation.

b) If the policyholder has not given immediate notice of the change the insurer is exempted from payment if the accident occurs more than one month after the time at which the insurer should have received notification.

The insurer's obligations remain if the insurer was aware of the new job or occupation at the time the insurer should have received notification. The same applies if at the time of an accident

- the deadline for the insurer to cancel has expired and cancellation has not taken place, or

- if the new job or occupation had no influence on the accident and the scope of performance of the insurer.

§ 7 Types of payment

The agreed types of payment and their amount (insurance sum) are set out in the policy. The following conditions apply for the arising of the claim and assessment of the insurance payments.

I. Disability insurance

(1) If the accident results in permanent impairment of the physical and mental performance

(disability) of the policyholder, a claim for capital payment from the insured disability sum arises. If the policyholder is over 65 at the time of the accident the payment is paid out as a annuity in accordance with §14. The disability must have occurred within one year of the accident and medically diagnosed and confirmed within a further period of three months.

(2) The insurance payment is determined by the degree of disability.

a) The following fixed degrees of disability apply – without evidence of greater or lesser disability – in the event of loss or functional incapacity of

an arm at the shoulder	70 percent
an arm to above the elbow	65 percent
an arm below the elbow	60 percent
a hand at the wrist	55 percent
a thumb	20 percent
an index finger	10 percent
another finger	5 percent
a leg above the middle of the upper leg	70 percent
a leg below the middle of the upper leg	60 percent
a leg below the knee	50 percent
a leg below the middle of the lower leg	45 percent

a foot at the ankle	40 percent
a big toe	5 percent
another toe	2 percent
an eye	50 percent
hearing in one ear	30 percent
sense of smell	10 percent
sense of taste	5 percent

b) In the event of partial loss or functional impairment of any of these parts of the body or sensory organs the corresponding proportion of the percentage in accordance with a) is assumed.

c) If through the accident parts of the body or sensory organs are affected, the loss or functional impairment of which is not set out in a) or b), the decisive aspect is the extent to which normal physical or mental performance is impaired from an exclusively medical point of view.

d) If through the accident several physical or mental functions are impaired, the degrees of disability in accordance with 2) are added together. However, more than 100 percent is not accepted.

(3) If through the accident a physical or mental function is affected which was previously permanently impaired, a deduction in accordance with the degree of the previous disability is made. This is assessed in accordance with (2).

(4) If death occurs within one year of the accident disability payment cannot be claimed.

(5) If the policyholder dies more than one year after the accident from causes unrelated to the accident, irrespective of which causes, and a claim for disability payment in accordance with 1) had arisen, payment is made in accordance with the degree of disability anticipated on the basis of the most recent medical findings.

II. Transition payment

If after the end of a period of six months of the accident and without the joint effect of illnesses or disabilities there is still accident-related impairment of normal physical or mental performance both at work and outside work of more than 50 percent and this impairment has existed until then without interruption, the transition payment agreed in the policy is payable. To claim this reference is made to § 9 VI.

III. Allowance

(1) If the accident leads to impairment of capacity to work, an allowance is paid for the duration of medical treatment. The allowance is graded in accordance with the degree of impairment. Assessment of the degree of impairment depends on the job or occupation of the policyholder.

(2) The allowance is paid for a maximum of one year, calculated from the day of the accident.

IV. Hospital allowance

(1) A hospital allowance is paid for each calendar day the policyholder is receiving fully medically necessary treatment as a hospital in-patient, but only for a maximum of two years calculated as of the day of the accident.

(2) Hospital allowance is not paid when staying in sanatoria, rehabilitation centres or health resorts.

V. Convalescence allowance

(1) For the same number of calendar days for which the policyholder has drawn hospital allowance he/she receives convalescence allowance amounting to the insured hospital allowance, but for a maximum duration of 4 weeks per accident.

(2) Several full admissions to hospital as a result of the same accident count as one uninterrupted admission to hospital.

(3) Convalescence allowance can be claimed on discharge from hospital.

VI. Payment on death

If the accident results in death within one year, payment of the sum insured in the event of death can be claimed. To claim this reference is made to § 9 VII.

§ 8 Payment restrictions

If illnesses or disabilities have also had an effect on harm to health or consequences thereof brought about by an accident, the payment is reduced in accordance with the proportion of the illness or disability if this proportion is at least 25 percent

§ 9 Obligations after the occurrence of an accident

I. After an accident, which is expected to result in a claim, a doctor must be consulted immediately and the insurer informed.

The policyholder must observe the doctor's directions and must also minimise the consequences of the accident if possible.

II. The accident report form forwarded by the insurer must be completed truthfully and returned to the insurer immediately. Any other information requested in relation to the matter must be provided immediately.

III. The policyholder must try to ensure that the reports and assessments required by the insurer are provided as soon as possible.

IV. The policyholder must allow himself/herself to be examined by the doctor appointed by the insurer. The costs of this, including the resulting loss of earnings, shall be borne by the insurer.

V. The doctors who have examined or treated the policyholder – for other reasons too, other insurers, insurance carriers and authorities must be empowered to provide all required information.

VI. The policyholder shall be entitled to claim the transition payment at the latest seven months after the occurrence of the accident, substantiated by a medical report.

VII. If the accident results in death this must be notified within 48 hours, even if the accident has already been reported. Notification should be provided telegraphically. The insurer must be granted the right to have a post-mortem carried out by a doctor appointed by the insurer.

§ 10 Consequences of breaches of obligations

If an obligation to be fulfilled after the occurrence of an accident is breached the insurer is exempted from the payment duty, unless the breach is neither malicious nor due to gross negligence. In the case of gross negligence the insurer remains obliged to make payment insofar as the breach has no effect on establishing that an accident has occurred nor on the assessment of the payment.

§ 11 Due date of payment

I. As soon as the insurer has received the documents which the policyholder must provide as evidence of occurrence of the accident and the consequences of the accident as well as completion of the treatment necessary for assessing disability, the insurer shall declare within one month – or within three months in the case of disability claims – whether and the extent to which a claim is accepted.

The medical charges incurred by the policyholder to justify the payment claim are assumed by the insurer

In the event of disability up to 1 permille of the insured sum

In the case of transition payment up to 1 percent of the insured sum

In the case of allowance up to one daily allowance payment

In the case of hospital allowance up to one hospital allowance payment

II. If the insurer accepts the claim or if the policyholder and insurer have agreed on the basis and amount, the insurer makes the payment within two weeks. Before completion of treatment a disability payment can only be claimed within one year of the accident if and insofar a payment in the event of death has been insured.

III. If the payment obligation has only been accepted in principle, the insurer pays appropriate advance payments at the request of the policyholder

IV. The policyholder and insurer are entitled to have the degree of disability medically reassessed annually, for at most up to three years after the accident. However, on the part of the insurer this right must be exercised submitting a declaration in accordance with 1 and on the part of the policyholder within one month of receipt of this declaration.

If the eventual assessment results in a higher degree of disability than already assessed by the insurer, annual interest of 5 percent is payable on the additional sum.

§ 12 Legal relationships of persons involved in the policy

I. If the policy has been taken out for accidents incurred by others (third-party insurance) it is not the policyholder but the beneficiary who is entitled to exercise the rights in accordance with the policy. The policyholder is responsible for fulfilling the obligations together with the beneficiary.

II. All provisions applying to the beneficiary are applicable accordingly to his/her legal successor and other claimants.

III. The insurance claims cannot be transferred or pledged before maturity without the permission of the insurer.

§ 13 Notifications and declarations of intention

I. All notifications and declarations intended for the insurer must be submitted in writing and should be addressed to the insurer's head office or to the office designated on the insurance certificate or its appendices. Insurance agents are not authorised to receive them.

II. If the policyholder has changed his/her address but has not informed the insurer, for a declaration of intention to be delivered to the policyholder it is sufficient to send a registered letter to the last address known to the insurer. The declaration becomes effective at the time it would have been delivered to the policyholder by normal means of conveyance if the address had not changed.

§ 14 Pension payment in the event of disability

I. If the payment of a annuity is envisaged in the event of disability (see §7 1. (1)) for a capital payment of 500 EUR the following annual sums result. The calculation is based on age at the time of the accident

Age	Sum of annuity for	
	Men	Women
65	54.31	44.94
66	58.51	46.70
67	58.84	48.61
68	61.30	50.68
69	63.92	52.93
70	66.68	55.37
71	66.68	58.01
72	72.69	60.88
73	75.96	63.99
74	79.44	67.39
and above	83.16	71.01

II. The annuity is paid as of completion of the medical treatment, at the latest as of the end of the year following the accident until the end of the quarter in which the policyholder dies. It is paid in advance of the first of each quarter.

In order to check the preconditions for drawing the annuity the insurer is entitled to request confirmation that the policyholder is still alive. If confirmation is not forwarded immediately the annuity payment is suspended at the next due date.

III. Within three years of the initial annuity assessment the policyholder and the insurer can request a reassessment.

§15 Expiry and claim limitation

I. The claims arising out of this insurance policy expire after two years. Expiry begins at the end of the year in which the payment can be claimed. If a claim by the policyholder has been lodged with the insurer the expiry period is suspended until receipt of the written decision of the insurer.

II. Claims not accepted by the insurer are ruled out if the policyholder allows a period of six months to elapse from receipt of the insurer's declaration without legally vindicating the claims. The period begins on receipt of the concluding written declaration by the insurer. The legal consequences of missing the deadline only come into force if the insurer has expressly referred to the necessity of legal vindication in the declaration.

§ 16 Place of jurisdiction

I. For complaints against the insurer arising out of the insurance policy the legal jurisdiction is determined on the basis of the domicile of the insurer or the subsidiary of the insurer responsible for the insurance policy. If an insurance agent has been involved in bringing about the policy the court of the location in which the insurance agent has his/her business premises for brokering or concluding policies, or in the absence of commercial premises, his/her place of residence, is also responsible.

II. Claims by the insurer against the policyholder can be lodged with the competent court at the place of residence of the policyholder. If insurance policy involves company insurance the insurer can also enforce the claims at the court responsible for the company domicile or subsidiary.

§ 17 Concluding provision

Unless otherwise set out in the insurance conditions the statutory regulations apply. This applies in particular to the statutory regulations listed in the appendix, which in accordance with the insurance conditions form an integral part of the insurance policy.

Extract from the law on insurance policies of 30th May 1908 (VVG) with subsequent amendments

§ 16

- (1) When taking out a policy the policyholder must notify the insurer of all circumstances known to him/her, which are important for assuming the risk. Important are the circumstances which can influence the decision of the insurer to enter into a policy at all or on the basis of the agreed content. A circumstance which the insurer has expressly asked about in writing is considered as important in cases of doubt.
- (2) If an important circumstance is not notified in contradiction of this regulation, the insurer can withdraw from the policy. The same applies if an important circumstance has not been notified because the policyholder has maliciously denied knowledge of the circumstance.
- (3) Withdrawal is ruled out if the insurer was unaware of the unnotified circumstance or if it was not notified through no fault of the policyholder.

§ 17

- (1) The insurer can also withdraw from the policy if an important circumstance has been incorrectly notified.
- (2) Withdrawal is ruled out if the error was known to the insurer or if the circumstance was incorrectly notified through no fault of the policyholder.

§ 18

If the policyholder had to notify the risk circumstances on the basis of written questions posed by the insurer, the insurer can only withdraw due to omission of notification of a circumstance which was not expressly asked about in the event of malicious concealment.

§ 19

If the policy was taken out by an authorised representative or by a representative without representation authority, the withdrawal right of the insurer is not only based on the knowledge and malice of the representative but also on the knowledge and malice of the policyholder. The policyholder can only claim that the notification of an important circumstance was omitted or notified incorrectly through no fault of his/her own, if neither he/she nor the representative was at fault.

§ 20

- (1) Withdrawal can only take place within one month. The period begins at the time the insurer becomes aware of the breach of the notification obligation.
- (2) Withdrawal takes place by way of a declaration vis-à-vis the policyholder. In the event of withdrawal, unless otherwise determined in the law with regard to the premium, both parties are obliged to repay received payments to each other, interest is payable on a monetary sum from the time of receipt.

§ 21

If the insurer withdraws after a claim has arisen, his obligation to pay remains intact if the circumstance in accordance with which the notification obligation was breached has had no influence on the occurrence of the insurance claim and the scope of the insurer's obligations.

§ 22

The right of the insurer to dispute the policy due to malicious fraud in relation to the risk circumstances remains unaffected.

§ 38

- (1) If the first or one-off premium is not paid in time, the insurer is entitled to withdraw from the policy as long as the payment has not been made. It is considered as withdrawal if the claim for the premium has not been judicially enforced within three months of its due date.
- (2) If the premium has not yet been paid at the time of the insurance claim, the insurer is exempted from his payment obligation.

§ 39

- (1) If the first or one-off premium is not paid in time, the insurer can set a written payment deadline of 2 weeks for the policyholder at the latter's expense; for signing purposes a copy of the own signature is sufficient. The legal consequences associated with the expiry of the deadline in accordance with paragraphs 2, 3 must be pointed out. The setting of a deadline without observing these regulations is invalid.
- (2) If the insurance claim occurs after the expiry of the deadline and the policyholder is in default with the payment of the premium or the owed interest or costs at the time of occurrence, the insurer is released from payment obligations.
- (3) On expiry of the deadline, if the policyholder is default with the payment, the insurer can cancel the insurance policy without notice. Notice can be given at the time of setting the payment deadline in such a way that it becomes effective on expiry of the deadline if the policyholder is in default at this time; this must be expressly pointed out to the policyholder. The effects of the notice lapse if the policyholder within one month of the notice, or if the notice is associated with the payment deadline, within one month of expiry of the payment deadline, makes the payment, insofar as the insurance claim has not already arisen.
- (4) If the legal consequences set out in paragraphs 2, 3 depend on whether interest or costs have been paid, they only come into force if the set deadline indicates the amount of the interest or the cost sum.

Additional Conditions for Group Accident Insurance

§ 1 Provisions for unnamed insurance

- (1) The persons to be insured must be named so that in the event of an insurance claim there can be no doubt that they belong to the insured group of persons.
- (2) The policyholder must keep ordered personnel, salary or membership lists and at the request of the insurer must allow these to be examined by bodies appointed by the insurer.
- (3) At the end of the period of time for which the annual premium is proportionally paid, the insurer requests the policyholder to indicate the number of persons who were insured during this period. These details must be given by month and the highest number per month. Averaging is not permitted.
- (4) The premium is calculated on the basis of the determined headcount of insured persons. If too high or too low a premium has been paid for the elapsed period, the appropriate sum must be repaid by the insurer in the first case, and paid up by the policyholder in the second case.
- (5) If the policyholder does not provide the headcount details within one month of receipt of the request the insurer is entitled to demand the premium based on the last indicated maximum number of persons. However, the policyholder reserves the right to provide evidence of the correct number of persons during the new period.
- If this number is less than that assumed at the time of calculation of the premium, the excess sum is repaid to the policyholder. If the number is higher the policyholder must pay the additional amount.

§ 2 Conditions for named insurance

- (1) Persons leaving the insurance must be unregistered and persons taking their place registered. They are considered as being insured as of despatch of the registration.

- (2) Not yet insured persons can be registered for insurance at any time if their job or occupation is the same as that of the already insured persons. They are considered as insured at the same premiums as these as of despatch of the registration.
- (3) Persons in other jobs or other occupations are only considered as insured after agreement of the insured sums and the premiums.
- (4) The insurer is entitled to decline the insurance of individuals without giving reasons. In the event of rejection the person involved leaves the insurance one month after the date of rejection. Only the portion relating to the actual period of insurance is payable as a premium for him/her.

§ 3 Duration of the policy (supplement to § 4 AUB 88)

- (1) The insurance policy ends if the company or association is dissolved.
- (2) The insurance cover of the individual insured persons ceases
- a) if he/she leaves the employment of the policyholder or the association
 - b) if the insured person assumes a new occupation for which no accident insurance is envisaged
 - c) if as a result of an accident disability is established for the first time (§ 11 AUB 88) and the insurer has indicated by registered letter within one month of initial establishment of disability that the insurance cover will cease one month after receipt of the letter. If the insurer has not indicated this within one month the insurance cover remains in place.

Limitation of the insured sums

1. Air passenger risk

1.1 Insurance cover for air passenger risk (cf. § 2 1. (4) of the General Conditions of Insurance (AUB 88) is provided per insured person in accordance with the agreed insured sums, but at most in accordance with the following insured sums:

EUR 1.000.000	in the event of death
EUR 2.000.000	in the event of disability (max. compensation in the case of 100% disability)
EUR 250	daily allowance
EUR 250	for hospital allowance/convalescence allowance
EUR 10.000	for treatment costs
EUR 50.000	for transition payment

1.2 If several persons insured by this group accident insurance are travelling in the same aircraft and the insured sums in accordance with this policy for these persons exceed in total

EUR 10.000.000	in the event of death
EUR 20.000.000	in the event of disability (max. compensation in the case of 100% disability)
EUR 2.500	daily allowance
EUR 2.500	for hospital allowance/convalescence allowance
EUR 100.000	for treatment costs
EUR 500.000	for transition payment

these sums are considered as maximum insured sums for the persons and the insured sums for each person are reduced accordingly.

2. In the case of all other accidents the following applies:

If several insured persons are affected by the same accident, the maximum payment by the insurer for all the insured persons is limited to: EUR 10.000.000

Special conditions for the insurance of typical diving injuries as part of accident insurance

As a supplement to § 1 III of the General Conditions of Accident Insurance (AUB 88) we also offer insurance cover for

- typical diving injuries such as the bends or eardrum injuries, as well as
- for death by drowning or suffocation under water, even if no accident has occurred.

Special conditions for coinsurance of passive war risk in the accident insurance (SC war risk 92)

(1) In amendment of §2 I.(3) of the General Conditions of Accident Insurance (AUB 88) the insurance cover extends to accidents suffered by the insured person through war-related events without he/she belonging to the active participants in the war or civil war (passive war risk). An active participant is also a person who supplies, transports or otherwise handles certain installations, equipment, devices, vehicles, weapons or other materials intended for waging war on behalf of a warring party. Coinsured are accidents through terrorist attacks causally connected to a war or civil war which are carried out outside the territories of the warring parties.

(2) The following are excluded from the insurance cover:

- a) Accidents if the insured person travels to the war area after the outbreak of the war or civil war
- b) Accidents if the insured person travels to the crisis area in anticipation of a possible outbreak of war in order to do his/her job (journalist, cameraman)
- c) Accidents through ABC weapons (atomic, biological or chemical weapons)
- d) Accidents in connection with a war or warlike situation between world powers (China, France, Great Britain, Japan, Russia, USA)
- e) Accidents in connection with a war or civil war if the state in which the insured person is domiciled or normally resides is involved as a warring party or if the war is conducted on the territory of this state.

(3) The insurance coverage according to these Special Conditions may be terminated by the insurer with seven days prior notice.

(Optional: For this purpose, a person with power of attorney shall be named who resides within one of the countries of the EC and to whom this termination can be communicated in a legally effective manner.)

When insuring individual private insureds, sentence 2 position 3 of the BB war risk 92, which is in parentheses, shall be considered agreed without parentheses and without the word "Optional". When insuring business clients, sentence 2 position 3 of the BB war risk 92 shall be deleted without substitution.

Special conditions for including infections in the accident insurance

For the accident insurance of doctors, dentists, dental technicians, naturopathists, healers and midwives, students of medicine, dentistry and medical personnel (nurses, orderlies):

Further to § 2 II (3) clause 1 and 2 General Accident Insurance Conditions (AUB 88) accidents also include infections arising while performing the insured occupation in the case of which it is clear from the case history, findings or nature of the illness that the pathogens must have entered the body through injury to the skin, whereby at least the outer layer of the skin must have been penetrated, or through the injection of infectious substances into the eye, mouth or nose. Being breathed on, sneezed on or coughed on do not constitute injection; being coughed on only if the through the coughing of a diphtheria patient infectious substance is hurled into the eye, mouth or nose.

For the accident insurance of veterinary surgeons and students of veterinary medicine

Further to § 2 II (3) clause 1 and 2 General Accident Insurance Conditions (AUB 88) accidents also include infections arising while performing the insured occupation in the case of which it is clear from the case history, findings or nature of the illness that the pathogens must have entered the body through injury to the skin, whereby at least the outer layer of the skin must have been penetrated, or through the injection of infectious substances into the eye, mouth or nose. Being breathed on, sneezed on or coughed on do not constitute injection.

For the accident insurance of chemists and disinfection personnel

Included in the insurance are all infections arising while performing the insured occupation in the case of which it is clear from the case history, findings or nature of the illness that the pathogens must have entered the body through injury to the skin, whereby at least the outer layer of the skin must have been penetrated, or through a sudden penetration of infectious substance into the eye, mouth or nose. Excluded are gradually occurring harm (industrial illnesses) which are caused by the nature of the occupation, in particular through normal inhalation while working with chemicals.

In the event of the coinsurance of infectious illnesses in the insurance of disinfection personnel

If while carrying out his/her disinfection work with a patient suffering from an acute infectious illness (e.g. typhus, cholera, diphtheria, measles, smallpox, scarlet fever, meningitis) a disinfection operative contracts this illness within a medically recognised incubation period calculated from the date of disinfection, the consequences of this illness are covered in the same way as the consequences of an accident.

Special conditions for the inclusion of harm to health through X-ray and laser radiation in accident insurance

The provisions of § 2 II (1) of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) are amended with the proviso that harm to health through X-ray and laser radiation and artificially generated ultraviolet radiation, which constitutes an accident in accordance with §1 III AUB 88, is insured.

Excluded from the insurance cover is, for example, harm through X-ray and laser radiation resulting from the normal handling of X-ray and laser radiation, which is an occupational illness.

Conditions which only apply in the event of agreement:

Special conditions for accident insurance with progressive disability scale 225% - if agreed -

§ 7 I. of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) is supplemented as follows

If in accordance with the assessment principles of numbers (2) and (3) an accident results in permanent impairment of physical or mental performance the following insured sums form the basis for calculating the disability payment:

- a) the disability sum set out on the insurance certificate for the portion of the degree of disability not exceeding 25 percent
- b) double the disability sum for the portion of the degree of disability exceeding 25 percent but not exceeding 50 percent
- c) triple the disability sum for the portion of the degree of disability exceeding 50 percent

Special conditions for accident insurance with progressive disability scale 300% - if agreed -

§ 7 I. of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) are supplemented as follows

If in accordance with the assessment principles of numbers (2) and (3) an accident results in permanent impairment of physical or mental performance the following insured sums form the basis for calculating the disability payment:

- a) the disability sum set out on the insurance certificate for the portion of the degree of disability not exceeding 25 percent
- b) triple the disability sum for the portion of the degree of disability exceeding 25 percent but not exceeding 50 percent
- c) four times the disability sum for the portion of the degree of disability exceeding 50 percent

Special conditions for accident insurance with progressive disability scale 350% - if agreed -

§ 7 I. of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) is supplemented as follows

If in accordance with the assessment principles of numbers (2) and (3) an accident results in permanent impairment of physical or mental performance the following insured sums form the basis for calculating the disability payment:

- a) the disability sum set out on the insurance certificate for the portion of the degree of disability not exceeding 25 percent
- b) triple the disability sum for the portion of the degree of disability exceeding 25 percent but not exceeding 50 percent

c) five times the disability sum for the portion of the degree of disability exceeding 50 percent

Special conditions for accident insurance with progressive disability scale 500% - if agreed -

§ 7 I. of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) is supplemented as follows

If in accordance with the assessment principles of numbers (2) and (3) an accident results in permanent impairment of physical or mental performance the following insured sums form the basis for calculating the disability payment:

- a) the disability sum set out on the insurance certificate for the portion of the degree of disability not exceeding 25 percent
- b) five times the disability sum for the portion of the degree of disability exceeding 25 percent but not exceeding 50 percent
- c) seven times the disability sum for the portion of the degree of disability exceeding 50 percent

Special conditions for accident insurance with progressive disability scale 540% - if agreed -

§ 7 I. of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) is supplemented as follows

(1) If in accordance with the assessment principles of numbers (2) and (3) an accident results in permanent impairment of physical or mental performance the following insured sums form the basis for calculating the disability payment:

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

(2) Degrees of disability with a decimal point are rounded up to the next whole number.

(3) If illnesses or afflictions have affected the harm to health or the consequences thereof caused by an accident, the degree of disability is reduced by the degree of involvement of the illness or affliction accordingly if this amounts to at least 25%. § 8 AUB 88 does not apply to these progressive disability scales.

Special conditions additional payment in the event of a degree of disability over 70 percent/90 percent – if agreed -

§ 7 I. of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) is supplemented as follows

(1) If in accordance with the assessment principles of numbers (2) and (3) an accident occurring before the age of 65 results in permanent impairment of physical or mental performance of

- a) at least 70 percent, the insurer pays double the disability payment
- b) at least 90 percent, the insurer pays triple the disability payment

(2) The additional payment for each insured person is limited to a maximum of 200.000 EUR. If the insured person has other insurance policies

with Generali Versicherungen AG this maximum amount applies to all the insurances together.

Special conditions additional payment in the event of a degree of disability over 90 percent – if agreed -

§ 7 I. of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) is supplemented as follows

(1) If in accordance with the assessment principles of numbers (2) and (3) an accident occurring before the age of 65 results in permanent impairment of physical or mental performance of at least 90 percent, the insurer pays double the disability payment

(2) The additional payment for each insured person is limited to a maximum of 200.000 EUR. If the policyholder has other insurance policies with Generali Versicherungen AG this maximum amount applies to all the insurances together.

Special conditions for the coinsurance of rescue costs in general accident insurance (SC rescue costs rescue costs 91) – if agreed -

(1) If the policyholder has been involved in an accident which is covered by the insurance policy the insurer pays the necessary incurred costs for the following up to the specified sum:

- a) Search, rescue or salvage operations by public or private emergency services insofar as charges are normally made for this
- b) Transportation of the injured person to the nearest hospital or to a special clinic if medically necessary and ordered by a doctor
- c) Additional costs for the return of the injured person to his/her permanent address if the additional costs are due to medical arrangement or were unavoidable because of the nature of the injury
- d) Transportation to the last permanent address in the event of death

(2) If the policyholder has to pay costs in accordance with 1) and has not had an accident but there was a direct threat of an accident or one

could be assumed on the basis of the specific circumstances, the insurer is also liable for repaying these.

(3) If another party liable to pay compensation steps in, the compensation claim against the insurer can only be made in respect of the remaining costs. If another party liable to pay compensation disputes his payment obligation the policyholder can turn to the insurer directly.

(4) If the policyholder has several accident insurance policies with Generali Versicherung AG, coinsured rescue costs can only be claimed on the basis of one of these policies.

(5) The maximum sum for cost compensation specified in the insurance certificate is not included in agreed scheduled increases (increase in payment and premium) for other types of insurance.

Special conditions for the coinsurance of the costs of cosmetic operations in accident insurance – if agreed –

(1) If as a result of an accident the body surface of the policyholder is injured or deformed in such a way that on completion of treatment the external appearance of the policyholder is permanently impaired and if the insured person decides to undergo cosmetic surgery to rectify this deformity, the insurer assumes the costs of doctor's fees, dressings and other medically prescribed treatment agents associated with operation and clinical treatment, as well as the costs of accommodation and care in the clinic up to the agreed insured sum.

(2) The operation and the clinical treatment of the policyholder must have been carried out by the end of the third year after the accident. If the policyholder has not reached the age of 18 at the time of the accident, the costs are also repaid if the operation and clinical treatment have not been carried out within this period, but before the policyholder reaches the age of 21.

Additional conditions for health resort financial assistance – if agreed -

§ 7 I. of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) is supplemented as follows

(1) After an accident in accordance with § 1 AUB 88 the insurer pays 1.300 EUR if within three years from the date of the accident the policyholder has spent a period of at least three weeks at a health resort due to the harm to health or consequences thereof caused by the accident. § 8 AUB 88 applies for assessing the financial assistance.

(2) The medical necessity of this visit to the health resort and the connection with the accident must be proven by way of a medical attestation.

(3) If the policyholder has several accident insurance policies with Generali Versicherung AG the coinsured health resort financial assistance can only be claimed on the basis of one of these policies.

(4) The specified maximum sum for the health resort financial assistance is not included in agreed, scheduled increases (increase in payment and premium) for other types of insurance.

Special conditions for sport's boat occupant accident insurance – if agreed -

(1) As part of the General Accident Insurance Conditions (AUB 88) the insurance cover extends to all accidents suffered by the entitled occupants; it starts at the time of embarkation and ends with disembarkation.

(2) All entitled occupants of the boat are insured with the exception of persons who are professionally involved in the maintenance and care of the boat (employees and paid boatmen).

(3) In the event of a claim the insured sum is divided by the number of persons on the boat at the time of the accident. Each person is insured with the appropriate portion of the insured sum.

(4) For persons under the age of 18, the additional conditions for children's accident insurance, including poisoning apply in addition to AUB 88.

In the event of the coinsurance of daily allowance the daily allowance for this person is divided among the other occupants of the boat.

(5) In accordance with § 2 I. (5) AUB 88 there is no insurance cover for accidents suffered by the policyholder while taking part as a driver, passenger or occupant of a motor vehicle in driving events and associated practice runs which involve achieving high speeds.

Special conditions for non-occupational accidents – if agreed -

(1) In accordance with the General Accident Insurance Conditions (AUB 88), the insurance exclusively covers accidents outside work or on the immediate way to and from the place of work, i.e. accidents which are not accidents in accordance with Social Welfare Code VII or accidents at work in accordance with civil service care regulations. In cases of doubt the decision of the holder of statutory accident insurance or the department responsible for accidents at work is decisive.

(2)

a) § 6 of the AUB 88 does not apply. The insurer must be notified immediately if the policyholder has not been insured against accidents at work by a professional association for more than two months or is not entitled to claim accident benefits in accordance with civil service benefit regulations.

b) If the policyholder has not been insured against accidents at work by a professional association for more than two months or is not entitled to claim accident benefit in accordance with civil service benefit regulations, the above special conditions do not apply. The policy remains in force in accordance with § 6 AUB.

c) If the policyholder is again insured against accidents at work by a professional association or again becomes entitled to claim accident benefit in accordance with civil service benefit regulations the insurer must be notified immediately. As of the day on which the insurer receives the notification the policy applies in accordance with number 1 of these special conditions.

(3) Accidents during sports undertaken for payment are excluded from the insurance cover.

Please note:

For the translation into English we assume no liability. In case of doubt the content of the original insurance conditions (German) applies.

Condiciones del seguro contra accidentes (AUB 88, Version 01/02)

Art. 1 La situación de siniestro

- I. El asegurador garantiza protección en caso de accidentes que le ocurran al asegurado durante el periodo de vigencia del contrato. Los tipos de prestaciones asegurables se infieren del Art. 7. En la solicitud y en la póliza del seguro figuran los tipos de prestaciones acordados contractualmente en cada caso.
- II. La protección del seguro incluye accidentes en todo el mundo.
- III. Se entiende por accidente la lesión corporal que deriva de una causa violenta súbita (suceso causante del accidente), externa y ajena a la intencionalidad del asegurado.
- IV. También se considerará accidente aquellas circunstancias en que debido a un elevado esfuerzo en los miembros o en la columna vertebral
- (1) se disloque una articulación o
- (2) se distiendan o se desgarran músculos, tendones, ligamentos o cápsulas.

Art. 2 Exclusiones

Estarán excluidos de la protección del seguro:

- I.
- (1) Accidentes ocurridos como consecuencia de trastornos mentales o de la conciencia, también si se deben a estados de embriaguez, y los sobrevenidos como consecuencia de apoplejía, ataques de epilepsia u otras convulsiones que afecten a todo el cuerpo del asegurado. Ahora bien, se mantendrá vigente la protección del seguro cuando dichos trastornos o ataques sean ocasionados por un accidente objeto del presente contrato.
- (2) Accidentes ocurridos al asegurado como consecuencia de cometer o intentar cometer un acto delictivo de manera intencional.
- (3) Accidentes que hayan sido provocados directa o indirectamente por situaciones de guerras internacionales o civiles; accidentes como consecuencia de disturbios internos, si el asegurado ha participado en el bando del alterador.
- (4) Accidentes del asegurado
- a) como conductor de vehículos aéreos (incluso como piloto de vehículos usados en aviación deportiva), en tanto necesite un permiso para tales efectos según la legislación alemana, y como otro miembro de la tripulación de un vehículo aéreo;
- b) en caso de una actividad profesional que deba ser desempeñada con ayuda de un vehículo aéreo;
- c) en caso de utilizar vehículos espaciales.
- (5) Accidentes que le ocurran al asegurado al participar como conductor, acompañante u ocupante de un vehículo a motor con motivo de certámenes deportivos, incluso los correspondientes a ejercicios prácticos, en los cuales se superen velocidades elevadas.
- (6) Accidentes causados directa o indirectamente por la energía nuclear.
- II.
- (1) Lesiones a la salud como consecuencia de radiaciones.
- (2) Lesiones a la salud como resultado de medidas terapéuticas o intervenciones que el asegurado lleve a cabo u ordene llevar a cabo en su cuerpo. Ahora bien, se mantendrá vigente la protección del seguro en el caso de que las intervenciones o las medidas terapéuticas, incluso por radiodiagnóstico y radioterapia, hayan sido llevadas a cabo como consecuencia de un accidente objeto del presente contrato.
- (3) Infecciones.
- Ahora bien, se mantendrá vigente la protección del seguro en el caso de que los agentes patógenos hayan llegado al cuerpo como consecuencia de una lesión a raíz de algún accidente objeto del presente contrato. No se considerarán lesiones por accidente las lesiones de la piel y de las mucosas que como tales sean de poca importancia y a través de las cuales lleguen agentes patógenos al cuerpo de forma inmediata o bien posteriormente. Dicha restricción no se aplicará en caso de rabia y de tétanos. En caso de infecciones provocadas por medidas terapéuticas, se aplicará (2) par. 2.
- (4) Intoxicaciones por haber ingerido sustancias sólidas o líquidas a través de la garganta.
- III.
- (1) Hernia ventral o hipogastrocele. Ahora bien se mantendrá vigente la protección del seguro en el caso de que dichas lesiones sean originadas por un factor violento externo incluido en el ámbito de aplicación del presente contrato.
- (2) Lesiones en los discos intervertebrales así como hemorragias en órganos internos y hemorragias cerebrales. Ahora bien, se mantendrá vigente la protección del seguro en el caso de que la causa principal sea un accidente incluido en el ámbito de aplicación del presente contrato en virtud del art. 1 III.
- IV.
- Trastornos patológicos debidos a reacciones psíquicas, sin importar cuál sea su origen.

Art. 3 Personas no susceptibles de seguro

- I. No serán susceptibles de seguro ni serán aseguradas, aún satisfaciendo la cuota correspondiente, aquellas personas que necesiten asistencia permanente así como los enfermos mentales. Las personas que necesitan asistencia son aquellas que precisan de ayuda externa para la realización de las tareas cotidianas.
- II. La protección del seguro caducará en cuanto el asegurado no sea susceptible de seguro en virtud del apdo. I El seguro finalizará de manera simultánea.
- III. Se deberá devolver la cuota satisfecha a favor de las personas que necesitan asistencia permanente y a los enfermos mentales desde la fecha de formalización del contrato o de la aparición de la circunstancia de imposibilidad de ser aseguradas.

Art. 3a Deber de aviso precontractual por parte del tomador del seguro

El tomador del seguro deberá responder verazmente a las preguntas de la solicitud del seguro. En caso de vulneración intencionada de dicha obligación, el asegurador podrá desistir del contrato o bien impugnarlo o quedar libre del deber de prestación en virtud de las disposiciones contenidas en los artículos 16 a 22 de la Ley sobre el contrato de seguro (véase anexo a las presentes condiciones).

Art. 3b Derecho de revocación y oposición del tomador del seguro

I. En caso de un contrato de varios años de vigencia, el tomador del seguro poseerá un derecho legal de revocación sobre el cual debe ser debidamente informado. Dicho derecho de revocación no existirá en el caso de que y mientras el asegurador conceda protección inmediata al tomador del seguro a petición de este último o bien si, de acuerdo con el contenido de la solicitud, el seguro está determinado para la actividad industrial o autónoma ya desempeñada por el tomador del seguro. En caso de omitirse la información, el derecho de revocación

caducará un mes después del pago de la primera cuota.

II. En caso de que las condiciones del seguro vigentes para el contrato o el resto de la información al usuario relevante para el contenido del contrato no sean remitidas hasta que se envíen junto con la póliza del seguro, en lugar del derecho de revocación en virtud de I., el tomador del seguro poseerá un derecho legal de oposición sobre el que deberá ser debidamente informado. En caso de omitirse dicha información o si no obra en poder del tomador del seguro de forma íntegra la póliza del seguro, las condiciones del seguro o la información al usuario, éste podrá proceder a la oposición incluso en el plazo de un año a partir del pago de la primera cuota.

Art. 4 Inicio y final de la protección del seguro / derecho potestativo contractual

I. La protección del seguro comienza en cuanto se haya satisfecho la primera cuota, pero como mínimo en la fecha consignada en la póliza de seguro. En el caso de que la primera cuota se exija posteriormente, y sea satisfecha en un plazo de 14 días, la protección se iniciará en la fecha consignada en la póliza.

II. El contrato podrá finalizar mediante rescisión por escrito de cualquiera de las partes

(1) al expirar el periodo de duración acordado. La rescisión deberá comunicarse como máximo tres meses antes de la expiración del contrato, en defecto de ello, el contrato se prorrogará cada vez por un año más.

(2) Al finalizar el quinto año o cada año posterior en caso de que se haya formalizado un contrato por una duración de más de cinco años. La rescisión deberá obrar en poder de la parte contractual como máximo tres meses antes de que expire el quinto año o el año posterior:

(3) Si el asegurador ha efectuado una prestación en virtud del art. 7 o se ha interpuesto una demanda contra él para reclamar dicha prestación. La rescisión deberá obrar en su poder como máximo un mes con posterioridad a la prestación o, en caso de litigio, después del desistimiento de la demanda, admisión, arreglo o firmeza de la sentencia. La rescisión será efectiva transcurrido un mes a partir de la notificación.

III. Cuando la duración acordada sea inferior a un año, el contrato finalizará en la fecha especificada en la póliza sin necesidad de rescisión.

IV. La protección del seguro perderá su vigencia en el instante en que el asegurado preste algún servicio militar o una formación similar en la guerra o en una unidad vinculada a ésta.

La protección del seguro recuperará su vigencia en cuanto el tomador del seguro comunique al asegurador que ha finalizado el servicio en cuestión.

Art. 5 Cuotas, vencimiento y mora

I. Las cuotas incluyen los impuestos del seguro correspondientes y los gastos accesorios estipulados. La primera cuota o la cuota extraordinaria vencerán, si no se han convenido términos distintos, inmediatamente después de formalizarse el contrato de seguro. Las cuotas sucesivas se deberán satisfacer el primer día del mes de vencimiento, siempre y cuando no se hayan acordado términos distintos.

II. En caso de que no se satisfaga puntualmente el pago de la cuota, se aplicarán las disposiciones contenidas en los arts. 38 y 39 de la Ley del contrato del seguro (LCS). En caso de pago parcial de la cuota anual, los plazos pendientes del importe anual vencerán de inmediato si el tomador del seguro incurre en mora con el pago de un plazo. Las cuotas sucesivas atrasadas podrán reclamarse judicialmente únicamente en el plazo de un año a partir de que transcurran los plazos de pago fijados en virtud del art. 39 apdo. 1 de la LCS.

III. En caso de finalización prematura del contrato, el asegurador tendrá derecho únicamente a la parte de la cuota que corresponda al periodo de seguro transcurrido.

IV. En el caso del Art. 4 IV. se interrumpirá el deber de pago de la cuota.

Art. 6 Cambio de la actividad profesional u ocupación, servicio militar

I. Deberán comunicarse sin dilación todas aquellas modificaciones relativas a la actividad profesional u ocupación del asegurado que tengan lugar dentro del periodo de vigencia del contrato. La prestación del servicio militar o del servicio civil así como la participación en ejercicios militares de reserva no son consideradas como modificación de la actividad profesional o la ocupación.

II.

(1) En caso de originarse una cuota inferior correspondiente a una nueva actividad profesional u ocupación del asegurado según la tarifa vigente del asegurador en el momento del cambio, se deberá satisfacer únicamente dicha cuota transcurrido un mes a partir de la recepción de la notificación correspondiente.

(2) En caso de originarse una cuota superior se mantendrá vigente la protección según las sumas del seguro vigentes hasta ese momento, durante otros dos meses a partir de la fecha de modificación de la actividad profesional u ocupación. En caso de producirse un accidente transcurrido ese plazo sin que se haya notificado la modificación o se haya alcanzado un acuerdo acerca de la cuota, las sumas del seguro se reducirán en función de la cuota exigida a la cuota vigente hasta la fecha.

(3)

a) En caso de que el asegurador no proporcione protección para la nueva actividad profesional u ocupación según su tarifa, el asegurador podrá rescindir el contrato. La rescisión será efectiva transcurrido un mes a partir de la recepción. El derecho a rescisión caducará

- si no se ejerce en un plazo de un mes a partir de la fecha en que el asegurador haya sido informado de la modificación, o

- si el asegurado ha reanudado su actividad profesional u ocupación.

b) En caso de que el tomador del seguro no haya remitido de inmediato la notificación de modificación, el asegurador quedará libre del deber de prestación, si el accidente ocurre transcurrido un mes a partir de la fecha en que la notificación hubiera debido obrar en poder del asegurador.

El deber de prestación del asegurador se mantendrá vigente si ya conocía la nueva actividad profesional u ocupación en la fecha en que la notificación hubiese debido obrar en su poder. Estos mismos términos serán de aplicación, si al ocurrir el accidente

- El plazo de rescisión del asegurador ha expirado y no se ha producido una rescisión o

- Si la nueva actividad profesional u ocupación no influye en el suceso del accidente ni en el alcance de la prestación del asegurador.

Art. 7 Los tipos de prestaciones

Los tipos de prestaciones acordados y sus cuantías (sumas del seguro) se infieren del contrato. Se aplicarán las siguientes disposiciones al origen del derecho y la determinación de las prestaciones.

I. Prestación de invalidez

(1) En el caso de que el accidente dé origen a una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas (invalidez) del asegurado, se generará el derecho a prestación de capital derivada de la suma asegurada para el caso de invalidez. En el caso de que el asegurado haya cumplido 65 años al ocurrir el accidente, la prestación se efectuará en forma de pensión según el art. 14.

La invalidez deberá aparecer dentro del periodo de un año a partir del accidente, ser constatada por el médico y reclamarse como máximo antes de transcurrir un plazo de otros tres meses.

(2) La cuantía de la prestación irá en función del grado de la invalidez.

a) Tendrán la consideración de grados de invalidez fijos, a reserva de la constatación de una invalidez de grado superior o inferior- al perderse la capacidad funcional de

un brazo en la articulación escapulohumeral	70 por ciento
un brazo hasta por encima de la articulación cubital	65 por ciento
un brazo hasta por debajo de la articulación cubital	60 por ciento
una mano en la muñeca	55 por ciento
un pulgar	20 por ciento
un índice	10 por ciento
otro dedo	5 por ciento
una pierna hasta por encima de la mitad del muslo	70 por ciento
una pierna hasta la mitad del muslo	60 por ciento
una pierna hasta por debajo de la rodilla	50 por ciento
una pierna hasta la mitad de la pantorrilla	45 por ciento
un pie en la articulación del pie	40 por ciento
un dedo gordo del pie	5 por ciento
uno de los otros dedos del pie	2 por ciento
un ojo	50 por ciento
el oído en un pabellón auditivo	30 por ciento
el olfato	10 por ciento
el gusto	5 por ciento

b) En caso de pérdida parcial o discapacidad funcional de alguna de dichas partes del cuerpo u órganos sensoriales se tendrá en consideración la parte correspondiente del porcentaje según a).

c) En caso de que a raíz del accidente queden afectadas partes del cuerpo u órganos sensoriales cuya pérdida o discapacidad funcional no estén reguladas en los apartados a) o b), será determinante en qué medida son afectadas las capacidades físicas o mentales normales teniendo en consideración exclusivamente el punto de vista médico.

d) En caso de que a raíz del accidente queden afectadas varias funciones físicas o psíquicas, se sumarán los grados de invalidez que resulten de (2). Ahora bien, no se tendrá en consideración más del 100 por ciento.

(3) En caso de que a raíz de un accidente quede afectada una función física o psíquica que ya estaba afectada anteriormente de forma permanente, se procederá a descontarse la cuantía de dicha invalidez que ya se sufría anteriormente. Ésta se determinará según (2)

(4) En caso de fallecimiento a raíz del accidente un año después de que este haya ocurrido, no existirá ningún derecho a prestación por invalidez.

(5) En caso de que el asegurado fallezca debido a una causa ajena al accidente dentro del año siguiente a la fecha en que éste haya ocurrido o- independientemente del motivo- después de haber transcurrido un año a partir de la fecha del accidente, habiéndose originado un derecho a prestación por invalidez según (1), se deberá efectuar la prestación según el grado de invalidez que se hubiese debido computar basándose en el último diagnóstico médico.

II. Prestación transitoria

En caso de que transcurridos seis meses desde la fecha del accidente sin concomitancia de enfermedades o dolencias existiera otro trastorno de las capacidades físicas o psíquicas normales causada por el accidente, dentro del ámbito laboral o extralaboral, de más del 50 por ciento y dicho trastorno hubiera persistido hasta entonces de forma ininterrumpida, se efectuará la prestación transitoria establecida en el contrato. Para su reclamación remítase al Art. 9 VI.

III. Dietas diarias

(1) En caso de que el accidente dé origen a una disminución de la capacidad laboral, se hará efectiva una dieta diaria por el tiempo de duración del tratamiento médico. La dieta diaria se calculará en función el grado de dicha disminución de la capacidad laboral. La determinación del grado de disminución se regirá por la actividad profesional u ocupación del asegurado. La dieta diaria se satisfará como máximo por un periodo de un año a contar a partir de la fecha del accidente.

IV. Dietas hospitalarias

(1) Se hará efectiva una dieta hospitalaria por cada día natural que el asegurado esté ingresado en régimen de hospitalización completa para someterse a tratamiento médico necesario por motivo del accidente. Ahora bien, dicha prestación será de como máximo dos años a partir del día del accidente.

(2) Dicha dieta no se satisfará en casos de alojamientos en sanatorios, casas de convalecencia y estaciones termales.

V. Prestación por concepto de recuperación

(1) El asegurado percibirá durante el mismo número de días naturales para los cuales el asegurado haya percibido dieta diaria/hospitalaria debido al accidente, una prestación por concepto de recuperación por la cuantía de la dieta hospitalaria asegurada, no debiendo exceder de una duración de 4 semanas en total por accidente.

(2) En caso de varias estancias en régimen de hospitalización completa debido al mismo accidente se considerarán como una estancia hospitalaria ininterrumpida.

(3) El derecho a prestación por concepto de recuperación se originará con el alta en el hospital.

VI. Prestación en caso de fallecimiento

En caso de que el accidente provoque el fallecimiento dentro de un periodo de un año, se originará un derecho a prestación según las sumas aseguradas para el caso de fallecimiento. Para su reclamación remítase al Art. 9 VI

Art. 8 Limitación de las prestaciones

En caso de que haya enfermedades o dolencias de efectos concomitantes a la lesión a la salud o sus consecuencias provocadas por un

accidente, la prestación se reducirá en función del porcentaje de la enfermedad o de la dolencia, siempre y cuando dicho porcentaje sea de como mínimo 25 por ciento.

Art. 9 Las obligaciones en caso de ocurrir un accidente

I. Tras un accidente que, presumiblemente, dé lugar a obligación de prestación, se deberá avisar de inmediato a un médico y comunicárselo al asegurador.

El asegurado deberá seguir las instrucciones médicas y de esta manera reducir al mínimo las consecuencias del accidente.

II. El parte del accidente remitido por el asegurador deberá complementarse con datos verdaderos y hacerse llegar al asegurador sin la menor dilación. Aparte de ello se deberá proporcionar de inmediato la información pertinente que sea solicitada.

III. El asegurado deberá procurar que los informes y documentos solicitados por el asegurador se remitan lo antes posible.

IV. El asegurado deberá someterse a reconocimiento por los médicos comisionados por el asegurador. El asegurador correrá con los gastos necesarios, incluso cualquier lucro cesante que se origine en tales términos.

V. Los médicos que hayan tratado o examinado al asegurado (incluso si es por otros motivos), así como otros aseguradores, instituciones de seguros y autoridades deberán tener la facultad para proporcionar toda la información necesaria.

VI. El tomador del seguro tendrá derecho a reclamar un pago por concepto de prestación transitoria como máximo siete meses después de la fecha en que se haya producido el accidente, aportando un certificado médico para los efectos de justificación de dicho pago.

VII. En caso de que el accidente provoque el fallecimiento, deberá comunicarse tal circunstancia en un plazo de 48 horas, incluso si el accidente ya ha sido notificado. La notificación deberá realizarse mediante telegrama. Se deberá conceder al asegurador el derecho de que comisione a un médico por su cuenta para que realice la autopsia del cadáver.

Art. 10 Consecuencias en caso de vulneración de obligaciones

Si se vulnera una de las obligaciones de cumplimiento después de que ocurra el accidente, el asegurador quedará libre del deber de prestación, a no ser que no se haya vulnerado la obligación ni intencionalmente ni por negligencia grave. En caso de vulneración por negligencia grave, el asegurador estará obligado al deber de prestación siempre que la vulneración no haya tenido influencia en la determinación del accidente ni en la cuantificación de la prestación.

Art. 11 Vencimiento de las prestaciones

I. En cuanto obren en poder del asegurador los documentos que deba aportar el tomador del seguro para justificar la causa del accidente y de sus consecuencias, así como los relativos a la finalización del tratamiento terapéutico necesario para determinar la invalidez, el asegurador estará obligado a comunicar en el plazo de un mes (en casos de derechos por invalidez en el plazo de tres meses) si reconoce un derecho y en caso afirmativo, cuál es su cuantía.

El asegurador correrá con los honorarios médicos, originados al tomador del seguro para la justificación del derecho a prestación

en caso de invalidez hasta 1 por mil de la suma asegurada,

en caso de prestación transitoria hasta 1 por ciento de la suma asegurada,

en caso de dietas diarias hasta el importe de una dieta diaria,

en caso de dietas hospitalarias, hasta el importe de una dieta hospitalaria.

II. En caso de que el asegurador reconozca el derecho, o bien el asegurador y el tomador del seguro hayan llegado a un acuerdo sobre el motivo y la cuantía, el asegurador deberá hacer efectiva la prestación en un plazo de dos semanas. Antes de finalizar el tratamiento médico, se podrá solicitar una prestación por invalidez en un plazo de un año después de la fecha del accidente, única y exclusivamente si se ha asegurado una suma para la contingencia de fallecimiento.

III. En caso de estar establecido el deber de prestación en primera instancia sólo en lo relativo al motivo, el asegurador satisfará los debidos anticipos a petición del tomador del seguro.

IV. El tomador del seguro y el asegurador están autorizados a volver a ordenar la determinación del grado de invalidez cada año a un médico, como máximo hasta tres años después del accidente. Este derecho deberá ejercerse por parte del asegurador prestando su declaración según I, y por parte del tomador del seguro en el plazo de un mes a partir de la recepción de dicha declaración.

En el caso de que la determinación definitiva diese como resultado una prestación por invalidez mayor a la que el asegurador haya hecho efectiva previamente, se deberá aplicar a la diferencia un interés del 5 por ciento anual.

Art. 12 Relaciones jurídicas de los intervinientes en el contrato

I. En el caso de que el seguro formalizado cubra accidentes ocurridos a otra persona (seguro a terceros), el ejercicio de los derechos derivados del contrato no corresponden al asegurado, sino al tomador del seguro. Éste será responsable junto con el asegurado del cumplimiento de las obligaciones.

II. Todas las disposiciones aplicables al tomador del seguro serán aplicables en su debida forma a sus derechohabientes y a otros solicitantes.

III. Los derechos del seguro no podrán ser traspasados ni pignorados antes de su vencimiento sin el consentimiento del asegurador.

Art. 13 Notificación y declaración de voluntad

I. Todas las notificaciones y declaraciones destinadas al asegurador se entregarán por escrito. Deberán dirigirse a la administración central del asegurador o a las oficinas indicadas como competentes en la póliza del seguro o en sus anexos. Los agentes del seguro no están facultados para su recepción.

II. Si el tomador del seguro ha modificado su dirección, y no ha comunicado dicho cambio de dirección al asegurador, para una declaración de voluntad que deberá prestarse frente al tomador del seguro, bastará el envío de una carta certificada a la última dirección conocida por el asegurador. La declaración será efectiva en la fecha en la que llegase al tomador del seguro por transporte ordinario sin haberse producido el cambio de dirección.

Art. 14 Pago de pensiones en caso de invalidez

I. Siempre y cuando se prevea el pago de pensiones por invalidez (Art. 7 I. (1)), en caso de una aportación de capital de 500 EUR se originarán los siguientes importes de pensiones anuales. El cómputo se basa en el año cumplido en el cual se produjo el accidente.

Edad	Importe de la pensión anual para	
	Hombres	Mujeres
65	54,31	44,94
66	56,51	46,70

67	58,84	48,61
68	61,30	50,68
69	63,92	52,93
70	66,68	55,37
71	69,60	58,01
72	72,69	60,88
73	75,96	63,99
74	79,44	67,36
y superior	83,16	71,01

II. La pensión se hará efectiva a partir de la finalización del tratamiento médico, como máximo transcurrido el año siguiente al accidente, hasta finalizar el trimestre del año en el cual haya fallecido el asegurado. Ésta se hará efectiva anticipadamente el primer día de cada trimestre del año.

A los efectos de comprobación de los requisitos para la percepción de la pensión, el asegurador estará autorizado a solicitar documentos de fe de vida. En caso de que el certificado no sea remitido de inmediato, el pago de la pensión quedará interrumpido a partir del siguiente vencimiento.

III. El tomador del seguro y el asegurador podrán solicitar anualmente una nueva determinación de la pensión en un plazo de tres años a partir de la primera determinación.

Art. 15 Prescripción y plazo de interposición de demanda

I. Los derechos derivados del presente contrato de seguro prescriben a los dos años. El plazo empieza a contar con el final del año en que se puede exigir la prestación. Si se ha comunicado al asegurador un derecho del tomador del seguro, se interrumpirá la prescripción hasta la recepción de la decisión notificada por el asegurador por escrito.

II. Si el asegurador deniega la protección del seguro, no habrá reclamación por protección del seguro si el tomador del seguro no la ha hecho válida ante los tribunales en un período de seis meses. El plazo empezará a contar con la puesta en conocimiento de la declaración por escrito del asegurador. Las consecuencias jurídicas de la inobservancia del plazo sólo tendrán lugar si el asegurador ha indicado en su declaración la necesidad de la puntualidad en el ejercicio del derecho ante los tribunales.

Art. 16 Fuero

I. En caso de reclamaciones contra el asegurador derivadas del contrato de seguro, la autoridad judicial competente será en el domicilio del asegurador o el del establecimiento correspondiente al contrato del seguro. Si un agente de seguros ha intervenido en la realización del contrato, también lo será el tribunal del lugar en el que el agente desarrollaba su actividad profesional o, en defecto de un establecimiento profesional, su lugar de residencia.

II. Las reclamaciones del asegurador contra el tomador del seguro podrán presentarse en el tribunal competente del lugar de residencia del tomador del seguro. Siempre que el contrato sea relativo a una actividad empresarial, el asegurador también podrá hacer efectivas sus reclamaciones ante el tribunal competente de la sede o el establecimiento profesional.

Art. 17 Disposiciones finales

Siempre y cuando no se establezcan términos distintos en las condiciones del seguro, se aplicará la normativa legal. Esto será de aplicación especialmente en el caso de las disposiciones legales incluidas en el anexo, que forman parte del contenido del contrato del seguro de conformidad con las condiciones del seguro.

Extracto de la Ley sobre el contrato del seguro de 30 de mayo de 1908 (LCS) con enmiendas posteriores

Art. 16

(1) El tomador del seguro estará obligado a presentar por escrito al asegurador durante la celebración del contrato todas las circunstancias de peligro considerable para la asunción del riesgo. Las circunstancias de peligro considerable son aquellas necesarias para influir en la decisión del asegurador de celebrar o no el contrato con el contenido acordado. Una circunstancia por la cual el asegurador ha preguntado explícitamente y por escrito será considerada de peligro considerable en caso de duda.

(2) En caso de que, en oposición a esta prescripción, el tomador del seguro omita notificar una circunstancia de peligro considerable, el asegurador podrá desistir del contrato. Esta disposición también es aplicable si no se ha notificado una circunstancia considerable porque el tomador del seguro ha evitado revelar el conocimiento de la circunstancia de manera dolosa.

(3) El asegurador no tendrá derecho de desistimiento si conocía la circunstancia de peligro considerable no indicada o si se omitió la notificación de modo no culpable por parte del tomador del seguro.

Art. 17

(1) El asegurador también podrá desistir del contrato si se han proporcionado datos incorrectos en la notificación acerca de una circunstancia de peligro considerable.

(2) El asegurador no tendrá derecho de desistimiento si éste conocía el error o si los datos incorrectos no se indicaron de manera intencional por el tomador del seguro.

Art. 18

Si el tomador del seguro debía indicar las circunstancias de peligro considerable mediante preguntas por escrito efectuadas por el asegurador, éste sólo podrá desistir por omisión de especificación de una circunstancia por la que no había preguntado expresamente, sólo en caso de que el tomador del seguro lo callara con carácter doloso.

Art. 19

Si el contrato se celebra con un apoderado del tomador del seguro o con un representante sin poder de representación, se tendrá en consideración a los efectos del derecho de desistimiento del asegurador, no sólo el conocimiento y la actuación dolosa del representante, sino también el conocimiento y la actuación dolosa del tomador del seguro. El tomador del seguro podrá alegar la no culpabilidad al omitir la circunstancia de peligro considerable o al proporcionar indicaciones incorrectas únicamente si no se le imputa ninguna culpa ni a él ni a su representante.

Art. 20

(1) El desistimiento sólo podrá tener lugar en el período de un mes. El plazo empieza en el momento en que se pone en conocimiento del

asegurador la vulneración del deber de notificación.

(2) El desistimiento tendrá lugar mediante declaración ante el tomador del seguro. Siempre y cuando la ley no disponga términos distintos con relación a las primas, en caso de desistimiento ambas partes estarán obligadas a restituirse mutuamente las prestaciones recibidas; se pagarán intereses desde el momento de la recepción.

Art. 21

En caso de que el asegurador desista del contrato una vez se haya producido la situación de siniestro, éste no podrá negar la protección del seguro si el tomador del seguro demuestra que la circunstancia cuyo deber de notificación fue vulnerado, no ha tenido influencia en la aparición de la situación de siniestro ni al alcance de la prestación por parte del asegurador.

Art. 22

El derecho del asegurador a recurrir contra el contrato debido a engaño doloso sobre las circunstancias de peligro se mantiene intacto.

Art. 38

(1) En caso de que la primera prima o la prima extraordinaria no sea satisfecha puntualmente, el asegurador estará autorizado a desistir del contrato siempre y cuando el pago no se haya hecho efectivo. Se considerará desistimiento si no se reclama judicialmente el derecho a la prima en un plazo de tres meses a partir de la fecha de vencimiento.

(2) En caso de que la prima no se haya satisfecho en el momento de originarse el siniestro, el asegurador quedará libre del deber de prestación.

Art. 39

(1) En caso de que una prima de renovación no sea satisfecha puntualmente, el asegurador podrá fijar por escrito al tomador del seguro, con gastos a cargo de este último, un plazo de pago de como mínimo dos semanas; a los efectos de firma bastará una reproducción de la firma de su puño y letra. En tales términos deberán indicarse las consecuencias jurídicas, que según los apartados 2 y 3 estén relacionadas con la expiración del plazo. Si se fija un plazo sin tener en consideración estas normas, éste no será efectivo.

(2) En caso de que el siniestro se produzca una vez expirado el plazo y el tomador del seguro haya incurrido en mora en el momento de dicha circunstancia con respecto al pago de las primas o de los intereses debidos o gastos, el asegurador quedará libre del deber de prestación.

(3) Si el tomador del seguro siguiera demorándose en el pago, el asegurador podrá una vez transcurrido el plazo, rescindir el contrato sin tener que cumplir un plazo de rescisión. La rescisión ya puede declararse al fijarse el plazo de pago, de tal modo que la rescisión será efectiva en el transcurso del plazo de pago si el tomador del seguro aún se encuentra en demora con el pago. A continuación, deberá avisarse explícitamente al tomador del seguro en la rescisión. Si el tomador del seguro paga dentro del periodo de un mes después de la rescisión, si ésta ha sido vinculada a la determinación del plazo, dentro del periodo de un mes después del transcurso del plazo de pago de la cuota reclamada, el contrato continuará, siempre y cuando aún no se haya producido la situación de siniestro.

(4) En cuanto las consecuencias jurídicas mencionadas en los apartados 2 y 3 dependan del hecho de que no se hayan satisfecho los intereses o los gastos, éstas únicamente serán de aplicación si la fijación del plazo especifica la cuantía de los intereses o el importe de los costes.

Condiciones adicionales del seguro de accidentes para grupos

Art. 1 Estipulaciones de aplicación a seguros sin indicación del nombre

(1) Las personas objeto de seguro deberán adoptar una denominación para la cual al producirse el siniestro, no se plantee ninguna duda sobre la pertenencia al grupo de personas aseguradas.

(2) El tomador del seguro estará obligado a llevar listas ordenadas de personal, salario y miembros y permitir su consulta a petición de los órganos comisionados por el asegurador.

(3) El asegurador solicitará al tomador del seguro al finalizar los periodos de tiempo en que se haya satisfecho la cuota anual de forma proporcional, que especifique el número de las personas aseguradas durante ese periodo de tiempo. Dichos datos deberán especificarse por meses y por la cifra máxima de cada mes. No se aceptará un cálculo de la media.

(4) La cuota correspondiente se calculará sobre la base del número de personas aseguradas que se hayan constatado. En caso de hacerse efectivo un importe demasiado elevado o reducido para el periodo vencido, el asegurador deberá devolver el importe correspondiente (en el primer caso), y el tomador del seguro deberá completar el pago (en el segundo caso).

(5) En caso de que el tomador del seguro omita los datos relativos al número de personas durante un mes tras la recepción del requerimiento, el asegurador estará autorizado a exigir el importe sobre la base de la última cifra máxima de personas que se haya indicado. Ahora bien, el tomador del seguro tendrá derecho a acreditar el número correcto de personas durante el nuevo periodo de tiempo. En caso de que este número sea más reducido que el elegido para el cómputo de la cuota, se deberá devolver al tomador del seguro el importe que ha pagado de más. En caso de que el número fuera superior, éste deberá completar el pago con la diferencia.

Art. 2 Estipulaciones de aplicación a seguros con indicación del nombre

(1) Las personas que se desvinculen del seguro deberán darse de baja y darse de alta a las personas que se incluyeran en su lugar. Éstas últimas se considerarán aseguradas a partir del momento en que se envíe el documento de inscripción.

(2) Por otro lado, se pueden dar de alta en todo momento en el seguro personas aún no aseguradas si la profesión o la ocupación coinciden con las de las personas ya aseguradas. Se considerarán asegurados, aplicando las mismas cuotas que éstas últimas, desde el momento del envío de la inscripción.

(3) Las personas con otra profesión u ocupación se considerarán aseguradas para todos los efectos válidos una vez se hayan acordado las sumas del seguro y la cuota.

(4) El asegurador tiene derecho a denegar el seguro a cualquiera de las personas sin especificar ningún motivo. En caso de desestimación, la persona en cuestión se desvinculará del seguro en el plazo de un mes a partir de la fecha de desestimación. En concepto de cuota, ésta deberá satisfacer únicamente la correspondiente al periodo real de vigencia del seguro para esa persona.

Art. 3 Duración del contrato (anexo a art. 4 CGSA 88)

(1) El contrato de seguro finalizará cuando se disuelva la empresa o la asociación.

(2) La protección del seguro para cada asegurado se extinguirá:

a) Si cesa en la relación de servicio del tomador del seguro o de la asociación,

b) Si el asegurado inicia una nueva ocupación para la cual no se prevé ningún contrato de accidente según lo convenido,

c) Si se ha determinado por primera vez una invalidez a raíz de un accidente (Art. 11 CGSA 88) y el asegurador en el plazo de un mes tras la determinación primera ha advertido por escrito certificado que la protección del seguro caducará en el plazo de un mes a partir de la recepción de dicho escrito. En el caso de que el asegurador omita dicha advertencia en dicho plazo de un mes, seguirá estando vigente la protección del seguro

Limitación de las sumas del seguro

1. Riesgo de los pasajeros de vuelo

1.1 Se concederá protección en caso de riesgo de los pasajeros de vuelo (véase Art. 2. I (4) de las Condiciones Generales de Accidente (CGSA 88) por cada persona asegurada según las sumas del seguro acordadas, pero como máximo según las siguientes sumas:

EUR 1.000.000	para fallecimiento
EUR 2.000.000	para invalidez (prestación máxima de compensación en 100% invalidez)
EUR 250	para dietas diarias
EUR 250	para dietas hospitalarias / prestación en concepto de recuperación
EUR 10.000	para gastos de tratamiento
EUR 50.000	para prestación transitoria

1.2 En caso de que varias personas aseguradas mediante el presente contrato de seguro de accidentes para grupos, utilicen el mismo avión y si las sumas de seguro derivadas del contrato para dichas personas superan en total las cantidades de

EUR 10.000.000	para fallecimiento
EUR 20.000.000	para invalidez (prestación máxima de compensación en 100% invalidez)
EUR 2.500	para dietas diarias
EUR 2.500	para dietas hospitalarias / prestación en concepto de recuperación
EUR 100.000	para gastos de tratamiento
EUR 500.000	para prestación transitoria

dichos importes serán considerados sumas máximas del seguro para las personas en cuestión y las sumas del seguro de cada persona se reducirán en la proporción correspondiente.

2. En caso de otros accidentes, se aplicarán los siguientes términos:

En caso de que varias personas aseguradas sean afectadas por el mismo accidente, la prestación máxima del asegurador para el total de los asegurados estará limitada a EUR 10.000.000

Condiciones particulares del seguro de lesiones relacionadas con la salud en caso de inmersiones en el marco del seguro de accidente

A título complementario al Art. 1 III. de las Condiciones Generales del Seguro de Accidente (CGSA 88), también ofrecemos protección en caso de lesiones características a la salud en caso de inmersiones, como por ejemplo, síndrome de descompresión, o lesiones en la membrana del tímpano, así como fallecimiento por sumersión o por asfixia bajo el agua, incluso si no se ha producido ningún accidente.

Condiciones particulares del coaseguro del riesgo pasivo de guerra en el marco del seguro de accidentes (CE riesgo de guerra 92)

(1) A título de modificación del Art. 2. I. (3) de las Condiciones Generales de Seguro de Accidente (CGSA 88) la protección del seguro se extiende a accidentes que el asegurado sufra a raíz de situaciones de guerra, siempre y cuando éste no pertenezca al grupo de participantes activos en la guerra internacional o en la guerra civil (riesgo de guerra pasivo).

Participantes activos serán también aquellos que suministren, transporten o utilicen determinados equipos, instalaciones, aparatos, vehículos, armas u otros materiales para dirigir la guerra, apoyando a la parte beligerante.

Estarán coasegurados los accidentes a raíz de atentados terroristas en relación causal con una guerra internacional o guerra civil, que sean perpetrados fuera de los territorios de las partes beligerantes.

(2) Quedan excluidos de la protección del seguro:

a) Accidentes, siempre y cuando el asegurado acuda al territorio de guerra, una vez haya estallado la guerra internacional o la guerra civil.

b) Accidentes, siempre y cuando el asegurado acuda al territorio de guerra por motivos de su profesión (p. ej. periodista, camarógrafo) a la espera de una posible guerra internacional o guerra civil;

c) Accidentes producidos por armas ABC (atómicas, biológicas o químicas),

d) Accidentes relacionados con una guerra o situación similar a la guerra entre potencias mundiales (China, Francia, Gran Bretaña, Japón, Rusia, EE.UU.).

e) Los accidentes relacionados con una guerra internacional o guerra civil, en caso de que el país en el cual el asegurado posea su residencia o estancia habitual participe en la guerra como parte beligerante, o si los acontecimientos de guerra tienen lugar en el territorio de ese país.

(3) Ahora bien, la protección del seguro según estas condiciones particulares estará vigente como máximo por una duración de 7 días después de la medianoche del día en que se hayan desencadenado las hostilidades.

(Opcional: Para este efecto, se nombrará una persona con poderes legales que resida en uno de los países de la CE y a quien se le pueda comunicar esta finalización de modo que tenga efecto legal.)

Al asegurar a asegurados privados individuales, la oración 2 posición 3 del BB riesgo de guerra 92, que está en paréntesis, se considerará acordada sin paréntesis y sin la palabra "Opcional". Al asegurar a clientes empresariales, la oración 2 posición 3 del BB riesgo de guerra 92 se borrará sin sustitución.

Condiciones particulares sobre la inclusión de infecciones en el seguro de accidentes

En caso de seguros por accidente de médicos, dentistas, técnicos protésicos, médicos naturistas, terapeutas y comadronas, estudiantes de medicina, de odontología y personal auxiliar sanitario (enfermeros, enfermeras y ATS):

A título complementario del Art. 2 II. (3) párrafos 1 y 2 de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) también serán considerados accidentes aquellas infecciones aparecidas durante el ejercicio de la actividad profesional asegurada, para las cuales se obtenga del historial clínico, el examen médico o la naturaleza de la enfermedad, que el agente patógeno ha llegado al cuerpo a través de alguna lesión de la piel, debiendo separarse como mínimo la capa externa de la piel, o a través de la inoculación de masas infecciosas en el ojo, la boca o la nariz. Espirar, estornudar o toser no será equivalente a la circunstancia de la inoculación. En el caso de la tos, se contemplará únicamente en el caso de que mediante la acción de toser de un enfermo de difteria se introduzcan masas infecciosas en el ojo, la boca o la nariz.

En caso de seguros de accidente de veterinarios y estudiantes de veterinaria:

A título complementario del Art. 2 II. (3) párrafos 1 y 2 de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) también serán considerados accidentes aquellas infecciones aparecidas durante el ejercicio de la actividad profesional asegurada, para las cuales se obtenga del historial clínico, el examen médico o la naturaleza de la enfermedad, que el agente patógeno ha llegado al cuerpo a través de alguna lesión de la piel, debiendo separarse como mínimo la capa externa de la piel, o a través de la inoculación de masas infecciosas en el ojo, la boca o la nariz. Espirar, estornudar o toser no será equivalente a la circunstancia de la inoculación.

En caso de seguros de accidente de químicos y desinfectadores

Se incluirán en el seguro todas aquellas infecciones aparecidas durante el ejercicio de la actividad profesional asegurada, para las cuales se obtenga del historial clínico, el examen médico o la naturaleza de la enfermedad, que el agente patógeno ha llegado al cuerpo a través de alguna lesión de la piel, debiendo separarse como mínimo la capa externa de la piel, o mediante una infiltración súbita de masas infecciosas en el ojo, la boca o la nariz.

Estarán excluidas las lesiones que se produzcan paulatinamente por circunstancias inherentes a la profesión, sobre todo como consecuencia de la inhalación habitual en caso de tratar profesionalmente con productos químicos (enfermedades profesionales).

En caso de coaseguro de enfermedades infecciosas agudas en caso de seguros de enfermedad de expertos en desinfección

En caso de que el experto en desinfección, durante el ejercicio de su profesión, sea contagiado de la misma enfermedad que un enfermo de una dolencia infecciosa aguda (p. ej. tífus, cólera, viruela, difteria, sarampión, escarlatina, meningitis cerebroespinal), que pueda demostrarse en términos médicos que fue incubada a partir del día de la desinfección, las consecuencias de la enfermedad serán consideradas del mismo modo que las consecuencias de un accidente, efectuándose las mismas prestaciones.

Condiciones particulares sobre la inclusión en el seguro de accidentes de lesiones a la salud provocadas por rayos X y rayos láser

Las prescripciones contenidas en el art. 2 II (1) de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) serán modificadas en la medida en que las lesiones a la salud producidas por rayos X y rayos láser y rayos ultravioletas generados artificialmente estén aseguradas siempre y cuando constituyan un accidente en virtud del Art. III de las CGSA 88. En tales términos estarán excluidas de la protección del seguro por ejemplo aquellas lesiones producidas por rayos X o rayos láser que surjan como consecuencia del trabajo habitual con rayos X y rayos láser y que sean enfermedades profesionales.

Condiciones válidas únicamente con un acuerdo previo:**Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez 225% (si se ha acordado)**

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, las siguientes sumas del seguro se tomarán como base del cómputo de la prestación de invalidez:

- a) por la parte del grado de invalidez que no supere el 25 por ciento, la suma de invalidez establecida en la póliza del seguro,
- b) por la parte que supere el 25 por ciento, pero no el 50 por ciento del grado de invalidez, el doble de la suma de invalidez,
- c) por la parte del grado de invalidez que supere el 50 por ciento, el triple de la suma de invalidez.

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez 300% (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, las siguientes sumas del seguro se tomarán como base del cómputo de la prestación de invalidez:

- a) por la parte del grado de invalidez que no supere el 25 por ciento, la suma de invalidez establecida en la póliza del seguro,
- b) por la parte que supere el 25 por ciento, pero no el 50 por ciento del grado de invalidez, el triple de la suma de invalidez,
- c) por la parte del grado de invalidez que supere el 50 por ciento, cuatro veces la suma de invalidez.

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez 350 % de la suma de invalidez (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, las siguientes sumas del seguro se tomarán como base del cómputo de la prestación de invalidez:

- a) por la parte del grado de invalidez que no supere el 25 por ciento, la suma de invalidez establecida en la póliza del seguro,
- b) por la parte que supere el 25 por ciento, pero no el 50 por ciento del grado de invalidez, el triple de la suma de invalidez,
- c) por la parte del grado de invalidez que supere el 50 por ciento, cinco veces la suma de invalidez.

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez 500% (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, las siguientes sumas del seguro se tomarán como base del cómputo de la prestación de invalidez:

- a) por la parte del grado de invalidez que no supere el 25 por ciento, la suma de invalidez establecida en la póliza del seguro,
- b) por la parte que supere el 25 por ciento, pero no el 50 por ciento del grado de invalidez, cinco veces de la suma de invalidez,
- c) por la parte del grado de invalidez que supere el 50 por ciento, siete veces la suma de invalidez.

Condiciones particulares del seguro de accidentes con escala progresiva de invalidez (progresión 540%) (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

(1) En caso de que un accidente, según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), origine una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas, la siguiente tabla se tomará como base del cómputo de la prestación de invalidez:

Grado de invalidez en %	Prestación en % de la suma base de invalidez	Grado de invalidez en %	Prestación en % de la suma base de invalidez
1 to 25	Basic	86	280
26	28	87	285
27	31	88	290
28	34	89	295
29	37	90	300
30 to 39	70	91	305
40 to 49	100	92	310
50 to 59	150	93	315
60 to 69	200	94	320
70 to 80	250	95	325
81	255	96	368
82	260	97	411
83	265	98	454
84	270	99	497
85	275	100	540

(2) Los grados de invalidez con decimales se redondearán al número entero más elevado.

(3) En caso de que haya enfermedades o dolencias de efectos concomitantes a la lesión a la salud o sus consecuencias provocadas por un accidente, el grado de invalidez se reducirá en función del porcentaje de la enfermedad o de la dolencia, siempre y cuando dicho porcentaje sea de como mínimo 25 por ciento. 5. A esta escala progresiva de invalidez no se aplicará el Art. 8 CGSA 88.

Condiciones particulares sobre las prestaciones adicionales en caso de un grado de invalidez a partir del 70 por ciento o 90 por ciento (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

- (1) En caso de que un accidente que ocurra al asegurado antes de que haya cumplido 65 años, origine según los principios de determinación de los apartados (2) y (3) una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas de
 - a) como mínimo 70 por ciento, el asegurador efectuará el doble de la prestación de invalidez;
 - b) como mínimo 90 por ciento, el asegurador efectuará el triple de la prestación de invalidez;
- (2) La prestación adicional se limitará para cada persona asegurada a 200.000 EUR como máximo. En caso de que haya en vigor otros seguros de accidente en Generali Versicherung AG para la persona asegurada, se tendrá en consideración el importe máximo para todos los seguros juntos.

Condiciones particulares sobre las prestaciones adicionales en caso de un grado de invalidez a partir del 90 por ciento (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

- (1) En caso de que un accidente que ocurra al asegurado antes de que haya cumplido 65 años, origine según los principios de determinación de los apartados (2) y (3), una disfunción permanente de las capacidades físicas o psíquicas de como mínimo 90 por ciento, el asegurador efectuará el doble de la prestación de invalidez.
- (2) La prestación adicional se limitará para cada persona asegurada a 200.000 EUR como máximo. En caso de que haya en vigor otros seguros de accidente en Generali Versicherung AG para la persona asegurada, se tendrá en consideración el importe máximo para todos los seguros juntos.

Condiciones particulares sobre el coaseguro de gastos de salvamento en el marco del seguro general de accidentes (CE gastos de salvamento 91) (si se ha acordado)

(1) En caso de que el asegurado haya sufrido alguno de los accidentes objeto del contrato de seguro, el asegurador restituirá los gastos necesarios generados hasta la cuantía de la cuota establecida en la póliza para:

- a) Unidades de búsqueda, rescate o salvamento de servicios de rescate organizados en régimen de derecho público o privado, siempre y cuando se facturen tasas habitualmente,
- b) Transporte de los heridos al hospital más próximo o a una clínica especial, siempre y cuando sea necesario y así se indique desde el punto de vista médico,
- c) Gastos adicionales para el retorno del herido a su residencia habitual, siempre que los gastos adicionales se basen en indicaciones médicas o fueran inevitables debido al tipo de lesión,
- d) Transporte a la última residencia habitual, en caso de fallecimiento.

(2) En caso de que el asegurado deba responder por los gastos según 1. a), aunque no haya sufrido ningún accidente, pero que amenazara con ocurrir inmediatamente o que pudiera preverse según circunstancias concretas, el asegurador estará obligado igualmente a restituir el gasto.

(3) En caso de incluirse otra persona obligada al resarcimiento, el derecho a devolución frente al asegurador únicamente podrá hacerse valer por los gastos restantes. En caso de que el otro obligado al resarcimiento impugne su deber de prestación, el tomador del seguro podrá dirigirse inmediatamente al asegurador.

(4) En caso de existir varios seguros de accidente a favor del asegurado en Generali Versicherung AG, los gastos de salvamento coasegurados podrán reclamarse únicamente de uno de esos contratos.

(5) El importe máximo establecido en la póliza para el resarcimiento de gastos no se aplicará en caso de un incremento acordado según plan para otros tipos de prestaciones (incremento de prestación y cuota).

Condiciones particulares sobre el coaseguro de gastos de operaciones de cirugía cosmética en el marco del seguro de accidentes (si se ha acordado)

- (1) En caso de que a raíz de un accidente, la superficie corporal de la persona asegurada quede dañada o deformada de tal modo que al finalizar el tratamiento médico el aspecto externo de la persona asegurada presente una lesión permanente y que, por consiguiente, ésta decida someterse a una operación de cirugía cosmética para eliminar este defecto, el asegurador asumirá los gastos relativos a la operación y al tratamiento médico en lo que respecta a gastos de honorarios médicos pendientes, medicamentos, botiquín de urgencias y vendajes y otros medicamentos prescritos por el médico, además de los gastos derivados del ingreso y el cuidado en la clínica, hasta la cuantía de la suma del seguro convenida.
- (2) La operación y el tratamiento clínico de la persona asegurada deberán efectuarse antes de transcurrir el tercer año después del accidente. En caso de que la persona asegurada, al ocurrir el accidente, aún no haya cumplido 18 años de edad, el resarcimiento de los gastos se efectuará incluso si la persona asegurada no se somete a la operación y al tratamiento clínico dentro de ese periodo de tiempo, sino antes de cumplir los 21 años de edad.
- (3) Se excluirán del resarcimiento los gastos de alimentos, bebidas y tabaco, viajes a balnearios y viajes de recuperación, así como para asistencia de enfermería si el asistente sanitario no ha sido indicado por un médico.

Condiciones adicionales sobre ayuda para tratamientos en estaciones termales (si se ha acordado)

El Art. 7. I de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) se ampliará como sigue:

- (1) El asegurador satisfará tras un accidente en virtud del Art. 1 CGSA 88 el importe de 1.300 EUR si dentro de un periodo de tres años a partir de la fecha del accidente, el asegurado se ha sometido a una cura (tratamiento en una estación termal) de cómo mínimo tres semanas de duración, debido a las lesiones de salud aparecidas a raíz del accidente. Para la determinación de la ayuda se aplicará el art. 8 de las CGSA 88.
- (2) La necesidad médica de esta cura y la relación con el accidente se deberán acreditar mediante un certificado médico.
- (3) En caso de existir varios seguros de accidente a favor del asegurado en Generali Versicherung AG, la ayuda coasegurada para la cura podrá reclamarse únicamente de uno de esos contratos.
- (4) El importe máximo establecido en la póliza para la ayuda en concepto de cura no se aplicará en caso de un incremento acordado según plan para otros tipos de prestaciones (incremento de prestación y cuota).

Condiciones particulares sobre el seguro de accidentes de ocupantes de embarcaciones de recreo (si se ha acordado)

- (1) La protección del seguro se extenderá en el marco de las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) a todos los accidentes que sufran los ocupantes autorizados. La protección se inicia con la entrada en la embarcación y finaliza una vez ésta haya sido desocupada.
- (2) Estarán asegurados todos los ocupantes autorizados de la embarcación excepto aquellas personas que se ocupen profesionalmente del mantenimiento y cuidado de la embarcación (empleados y barqueros).
- (3) En caso de siniestro la suma del seguro se dividirá entre el número de personas que se encontrasen en la embarcación en el momento del accidente. Cada persona estará asegurada con la correspondiente cuota parcial de la suma del seguro.
- (4) A las personas menores de 18 años se aplicarán además de las CGSA 88, las condiciones particulares de seguro de accidente infantil incluyendo las intoxicaciones. En caso de coaseguro de dietas diarias, el importe de la dieta diaria para esta persona se dividirá entre los demás ocupantes de la embarcación.
- (5) En virtud del Art. 2. I (5) de CGSA 88 no existirá protección del seguro en caso de accidentes que le ocurran al asegurado al participar como conductor, acompañante u ocupante de un vehículo a motor con motivo de certámenes deportivos, inclusive los correspondientes ejercicios prácticos, en las cuales se superen velocidades elevadas.

Condiciones particulares sobre el seguro de accidentes ocurridos fuera del trabajo (si se ha acordado)

- (1) El seguro cubrirá de conformidad con las Condiciones Generales del Seguro de Accidentes (CGSA 88) única y exclusivamente los accidentes ocurridos fuera del ejercicio de la profesión y del trayecto directo desde y hacia el lugar de trabajo, es decir, aquellos accidentes que no son considerados como accidentes en virtud del Código de la Seguridad Social VII o como accidentes de trabajo en virtud de las normas de previsión del estatuto de funcionarios. En caso de duda, será preponderante la decisión de la institución del seguro legal de accidente o los servicios competentes en caso de accidentes laborales.
- (2) a) No será de aplicación el Art. 6 de las CGSA 88. Deberá comunicarse al asegurador sin la menor dilación si el asegurado lleva más de dos meses sin estar asegurado contra accidentes de trabajo por una asociación profesional o si no posee ningún derecho a previsión por accidente según las normas de previsión del estatuto de funcionarios.
b) No serán de aplicación las presentes condiciones particulares en el caso de que el asegurado lleve más de dos meses sin estar asegurado contra accidentes de trabajo por una asociación profesional o si hace dos meses que no posee ningún derecho a previsión por accidente según las normas de previsión del estatuto de funcionarios. El contrato conservará su vigencia en virtud del Art. 6 de las CGSA 88.
c) En caso de que el asegurado vuelva a estar asegurado contra accidentes de trabajo por una asociación profesional o bien si obtiene de nuevo derecho a asistencia en caso de accidente según las normas de previsión del estatuto de funcionarios, deberá comunicárselo al asegurador sin la menor dilación. A partir de la fecha en que la notificación obre en poder del asegurador, el contrato entrará en vigor en la forma solicitada según número 1 de estas condiciones particulares.
- (3) Quedarán excluidos de la protección del seguro los accidentes ocurridos en la práctica de deportes por la cual se perciba una remuneración.

Tenga presente que:

El presente texto constituye una traducción al español de las Condiciones de la Póliza y de la Cobertura y los Beneficios del seguro, cuyo original yace en alemán. En caso de discrepancias, prevalecerá siempre el texto original en alemán sobre esta o cualquier otra traducción. Se reserva, además, el derecho de errores u omisiones.

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUB 88, Fassung 01/02)

§ 1 Der Versicherungsfall

I. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei Unfällen, die dem Versicherten während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen. Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus § 7; aus Antrag und Versicherungsschein ist ersichtlich, welche Leistungsarten jeweils vertraglich vereinbart sind.

II. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

III. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

IV. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

(1) ein Gelenk verrenkt wird oder

(2) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

§ 2 Ausschlüsse

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:

I.

(1) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

(2) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

(3) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind;

Unfälle durch innere Unruhen, wenn der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

(4) Unfälle des Versicherten

a) als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;

b) bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;

c) bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

(5) Unfälle, die dem Versicherten dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

(6) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

II.

(1) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen.

(2) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

(3) Infektionen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diesen Vertrag fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzungen gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt (2) Satz 2 entsprechend.

(4) Vergiftungen infolge von Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

III.

(1) Bauch- oder Unterleibsbrüche.

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

(2) Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis im Sinne des § 1 III. die überwiegende Ursache ist.

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

§ 3 Nicht versicherbare Personen

I. Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf.

II. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne von I. nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

III. Der für dauernd pflegebedürftige Personen sowie Geisteskranke seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

§ 3a Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

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

§ 3b Widerrufs- und Widerspruchsrecht des Versicherungsnehmers

I. Der Versicherungsnehmer hat bei einem mehrjährigen Vertrag ein gesetzliches Widerrufsrecht, über das er belehrt werden muss. Das Widerrufsrecht besteht nicht, wenn und soweit der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers sofortigen Versicherungsschutz gewährt oder wenn die Versicherung nach dem Inhalt des Antrages für die bereits ausgeübte gewerbliche oder selbstständige Tätigkeit des Versicherungsnehmers bestimmt ist. Unterbleibt die Belehrung, erlischt das Widerrufsrecht einen Monat nach Zahlung des ersten Beitrages.

II. Werden die für den Vertrag geltenden Versicherungsbedingungen oder die weitere für den Vertragsinhalt maßgebliche Verbraucherinformation erst zusammen mit dem Versicherungsschein übersandt, hat der Versicherungsnehmer anstelle des Widerrufsrechts nach I. ein gesetzliches Widerspruchsrecht, über das er belehrt werden muss.

Fehlt diese Belehrung oder liegen dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein, die Versicherungsbedingungen oder die Verbraucherinformation nicht vollständig vor, kann dieser noch innerhalb eines Jahres nach Zahlung des ersten Beitrages widersprechen.

§ 4 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Vertragliche Gestaltungsrechte

I. Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der erste Beitrag gezahlt ist, jedoch frühestens zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Wird der erste Beitrag erst danach angefordert, dann aber innerhalb von 14 Tagen gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

II. Der Vertrag kann beendet werden durch schriftliche Kündigung eines der Vertragspartner

(1) zum Ablauf der vereinbarten Dauer.

Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem Ablauf zugegangen sein; anderenfalls verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr;

(2) zum Ende des fünften oder jedes darauf folgenden Jahres, wenn ein Vertrag für eine Dauer von mehr als fünf Jahren vereinbart wurde.

Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor Ablauf des fünften oder des jeweiligen folgenden Jahres dem Vertragspartner zugegangen sein:

(3) wenn der Versicherer eine Leistung nach § 7 erbracht hat oder gegen ihn Klage auf eine solche Leistung erhoben worden ist. Die Kündigung muss spätestens einen Monat nach Leistung oder - im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils zugegangen sein. Sie wird erst nach Ablauf eines Monats ab Zugang wirksam.

III. Der Vertrag endet ohne Kündigung, wenn die vereinbarte Dauer weniger als ein Jahr beträgt, zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

IV. Der Versicherungsschutz tritt außer Kraft, sobald der Versicherte im Krieg oder kriegsmäßigem Einsatz Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald dem Versicherer die Anzeige des Versicherungsnehmers über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

§ 5 Beiträge, Fälligkeit und Verzug

I. Die Beiträge enthalten die jeweilige Versicherungssteuer und die vereinbarten Nebenkosten. Der erste oder einmalige Beitrag ist, wenn nichts anderes bestimmt ist, sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages fällig. Folgebeiträge sind am Ersten des Fälligkeitsmonats zu zahlen, sofern nichts anderes vereinbart wurde.

II. Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Beitrages gelten die Bestimmungen der §§ 38 und 39 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG). Bei Teilzahlung des Jahresbeitrages werden die noch ausstehenden Raten des Jahresbeitrages sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate in Verzug gerät. Rückständige Folgebeiträge können nur innerhalb eines Jahres seit Ablauf der nach § 39 Abs. 1 VVG gesetzten Zahlungsfristen gerichtlich geltend gemacht werden.

III. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

IV. Im Fall des § 4 IV. wird die Pflicht zur Beitragszahlung unterbrochen.

§ 6 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Wehrdienst

I. Während der Vertragsdauer eintretende Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

II.

(1) Ergibt sich für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Änderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige an nur dieser zu zahlen.

(2) Ergibt sich ein höherer Beitrag, so wird noch für zwei Monate von dem Zeitpunkt der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung an Versicherungsschutz nach den bisherigen Versicherungssummen geboten. Tritt nach Ablauf dieser Frist ein Unfall ein, ohne dass eine Änderungsanzeige erfolgt oder eine Einigung über den Beitrag erzielt worden ist, so vermindern sich die Versicherungssummen im Verhältnis des erforderlichen Beitrages zum bisherigen Beitrag.

(3)

a) Bietet der Versicherer für eine neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach seinem Tarif keinen Versicherungsschutz, kann der Versicherer den Vertrag kündigen. Die Kündigung wird einen Monat nach Zugang wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt,

- wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, zu dem der Versicherer von der Änderung Kenntnis erlangt hat, oder

- wenn der Versicherte seine vorherige Berufstätigkeit oder Beschäftigung wieder aufgenommen hat.

b) Hat der Versicherungsnehmer die Änderungsanzeige nicht unverzüglich gemacht, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, zu welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu dem Zeitpunkt bekannt war, zu dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.

Das gleiche gilt, wenn bei Eintritt des Unfalls

- die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder

- wenn die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Einfluss auf den Eintritt des Unfalles und auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 7 Die Leistungsarten

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

I. Invaliditätsleistung

(1) Führt der Unfall zu einer dauernden Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (Invalidität) des Versicherten, so entsteht Anspruch auf Kapitalleistung aus der für den Invaliditätsfall versicherten Summe. Hat der Versicherte bei Eintritt des Unfalles das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Leistung als Rente gemäß § 14 erbracht. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sowie spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein.

(2) Die Höhe der Leistung richtet sich nach dem Grad der Invalidität.

a) Als feste Invaliditätsgrade gelten – unter Ausschluss des Nachweises einer höheren oder geringeren Invalidität – bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit

eines Armes im Schultergelenk	70 Prozent
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 Prozent
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	60 Prozent
einer Hand im Handgelenk	55 Prozent
eines Daumens	20 Prozent
eines Zeigefingers	10 Prozent
eines anderen Fingers	5 Prozent

eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 Prozent
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 Prozent
eines Beines bis unterhalb des Knies	50 Prozent
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	45 Prozent
eines Fußes im Fußgelenk	40 Prozent
einer großen Zehe	5 Prozent
einer anderen Zehe	2 Prozent
eines Auges	50 Prozent
des Gehörs auf einem Ohr	30 Prozent
des Geruchs	10 Prozent
des Geschmacks	5 Prozent

b) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung eines dieser Körperteile oder Sinnesorgane wird der entsprechende Teil des Prozentsatzes nach a) angenommen.

c) Werden durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betroffen, deren Verlust oder Funktionsunfähigkeit nicht nach a) oder b) geregelt sind, so ist für diese maßgebend, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit unter ausschließlicher Berücksichtigung medizinischer Gesichtspunkte beeinträchtigt ist.

d) Sind durch den Unfall mehrere körperliche oder geistige Funktionen beeinträchtigt, so werden die Invaliditätsgrade, die sich nach (2) ergeben, zusammengerechnet. Mehr als 100 Prozent werden jedoch nicht angenommen.

(3) Wird durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen, die schon vorher dauernd beeinträchtigt war, so wird ein Abzug in Höhe dieser Vorinvalidität vorgenommen. Diese ist nach (2) zu bemessen.

(4) Tritt der Tod unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall ein, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

(5) Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig, aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung nach (1) entstanden, so ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

II. Übergangsleistung

Besteht nach Ablauf von sechs Monaten seit Eintritt des Unfalles ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der normalen körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit im beruflichen oder außerberuflichen Bereich von mehr als 50 Prozent, und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die im Vertrag vereinbarte Übergangsleistung erbracht. Zur Geltendmachung wird auf § 9 VI. verwiesen.

III. Tagegeld

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

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

IV. Krankenhaustagegeld

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

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

V. Genesungsgeld

(1) Für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die der Versicherte Unfall-Krankenhaus-Tagegeld bezogen hat, erhält er ein Genesungsgeld in Höhe des versicherten Krankenhaustagegeldes, längstens jedoch für die Dauer von insgesamt 4 Wochen je Unfallereignis.

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

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

VI. Todesfallleistung

Führt der Unfall innerhalb eines Jahres zum Tode, so entsteht Anspruch auf Leistung nach der für den Todesfall versicherten Summe. Zur Geltendmachung wird auf § 9 VII. verwiesen.

§ 8 Einschränkung der Leistungen

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

§ 9 Die Obliegenheiten nach Eintritt eines Unfalles

I. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, ist unverzüglich ein Arzt hinzuzuziehen und der Versicherer zu unterrichten. Der Versicherte hat den ärztlichen Anordnungen nachzukommen und auch im Übrigen die Unfallfolgen möglichst zu mindern.

II. Die vom Versicherer übersandte Unfallanzeige ist wahrheitsgemäß auszufüllen und umgehend an den Versicherer zurückzusenden.

Darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte sind unverzüglich zu erteilen.

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

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

V. Die Ärzte, die den Versicherten – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

VI. Der Versicherungsnehmer hat einen Anspruch auf Zahlung der Übergangsleistung spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalles geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

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

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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

§ 11 Fälligkeit der Leistungen

I. Sobald dem Versicherer die Unterlagen zugegangen sind, die der Versicherungsnehmer zum Nachweis des Unfallherganges und der

Unfallfolgen sowie über den Abschluss des für die Bemessung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat, ist der Versicherer verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - zu erklären, ob und in welcher Höhe er einen Anspruch anerkennt. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernimmt der Versicherer
bei Invalidität bis zu 1 Promille der versicherten Summe,
bei Übergangsleistung bis zu 1 Prozent der versicherten Summe,
bei Tagegeld bis zu einem Tagegeldsatz,
bei Krankenhaustagegeld bis zu einem Krankenhaustagegeldsatz.

II. Erkennt der Versicherer den Anspruch, an oder haben sich Versicherungsnehmer und Versicherer über Grund und Höhe geeinigt, so erbringt der Versicherer die Leistung innerhalb von zwei Wochen. Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach Eintritt des Unfalles nur beansprucht werden, wenn und soweit eine Todesfallsomme versichert ist.

III. Steht die Leistungspflicht zunächst nur im Grunde nach fest, so zahlt der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse.

IV. Versicherungsnehmer und Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach Eintritt des Unfalles, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht muss seitens des Versicherers mit Abgabe seiner Erklärung entsprechend I., seitens des Versicherungsnehmers innerhalb eines Monats ab Zugang dieser Erklärung ausgeübt werden. Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als sie der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag mit 5 Prozent jährlich zu verzinsen.

§ 12 Rechtsverhältnisse am Vertrag beteiligter Personen

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

§ 13 Anzeigen und Willenserklärungen

- I. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben und sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden. Die Versicherungsagenten sind zu deren Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
- II. Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, die Änderung aber dem Versicherer nicht mitgeteilt, so genügt für eine Willenserklärung, die dem Versicherungsnehmer gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes nach der letzten dem Versicherer bekannten Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu welchem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

§ 14 Rentenzahlung bei Invalidität

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

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

- II. Die Rente wird vom Abschluss der ärztlichen Behandlung, spätestens vom Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres an, bis zum Ende des Vierteljahres entrichtet, in dem der Versicherte stirbt. Sie wird jeweils am Ersten eines Vierteljahres im Voraus gezahlt. Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- III. Versicherungsnehmer und Versicherer können innerhalb von drei Jahren nach erstmaliger Bemessung der Rente jährlich eine Neubemessung verlangen.

§ 15 Verjährung und Klagefrist

- I. Die Ansprüche aus diesem Versicherungsvertrag verjähren in zwei Jahren. Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers bei dem Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zum Eingang der schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt.
- II. Vom Versicherer nicht anerkannte Ansprüche sind ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer ab Zugang der Erklärung des Versicherers eine Frist von sechs Monaten verstreichen lässt, ohne die Ansprüche gerichtlich geltend zu machen. Die Frist beginnt mit dem Zugang der abschließenden schriftlichen Erklärung des Versicherers. Die Rechtsfolgen der Fristversäumnis treten nur ein, wenn der Versicherer in seiner Erklärung auf die Notwendigkeit der gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen hatte.

§ 16 Gerichtsstände

- I. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein Versicherungsagent am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsagent zur Zeit der Vermittlung oder des

Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

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

§ 17 Schlussbestimmung

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

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

§ 16

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

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

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

§ 17

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

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

§ 18

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

§ 19

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

§ 20

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

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

§ 21

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

§ 22

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

§ 38

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

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

§ 39

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

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

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

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

Zusatz-Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung

§ 1 Bestimmungen für Versicherungen ohne Namensangabe

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

§ 2 Bestimmungen für Versicherungen mit Namensangabe

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

§ 3 Vertragsdauer (Zusatz zu § 4 AUB 88)

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

Begrenzung der Versicherungssummen

1. Fluggastrisiko

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

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

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

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

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

2. Bei allen anderen Unfällen gilt:

Werden mehrere versicherte Personen vom selben Unfallereignis betroffen, so ist die Höchstleistung des Versicherers für alle Versicherten zusammen begrenzt auf EUR 10.000.000,-.

Besondere Bedingungen für die Versicherung von tauchtypischen Gesundheitsschäden in der Unfallversicherung

Ergänzend zu § 1 III. der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) bieten wir auch Versicherungsschutz für
- tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzungen, sowie

- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist.

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

(1) In Abänderung des § 2 I. (3) der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle, die dem Versicherten durch Kriegsereignisse zustoßen, ohne dass er zu den aktiven Teilnehmern an dem Krieg oder Bürgerkrieg gehört (Passives Kriegsrisiko). Aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf Seiten einer Kriegführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht. Mitversichert sind Unfälle durch Terroranschläge in ursächlichem Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, die außerhalb der Territorien der kriegführenden Parteien ausgeführt werden.

(2) Von dem Versicherungsschutz bleiben ausgeschlossen:

- a) Unfälle, wenn sich der Versicherte nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Kriegsgebiet begibt;
- b) Unfälle, wenn sich der Versicherte wegen seiner Berufsausübung (z.B. Journalist, Kameramann) in Erwartung eines eventuellen Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
- c) Unfälle durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen),
- d) Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen Weltmächten (China, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland, USA),
- e) Unfälle im Zusammenhang mit einem Krieg oder Bürgerkrieg, wenn der Staat, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als Kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

(3) Der Versicherungsschutz nach diesen Besonderen Bedingungen kann durch den Versicherer mit einer Frist von sieben Tagen gekündigt werden. (Fakultativ: Hierfür ist ein Bevollmächtigter mit Wohnsitz in einem Staat der Europäischen Gemeinschaft zu benennen, dem gegenüber diese Kündigung rechtswirksam erfolgen kann.)

Der in Klammern gesetzte Satz 2 der Pos. 3 der BB Kriegsrisiko 92 gilt im Privatkundengeschäft ohne Klammern und ohne das Wort "fakultativ" als vereinbart.

Im Firmengeschäft entfällt Satz 2 der Pos. 3 der BB Kriegsrisiko 92 ersatzlos.

Besondere Bedingungen für den Einschluss von Infektionen in die Unfallversicherung

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

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

Für Unfallversicherungen von Tierärzten und Studierenden der Tierheilkunde:

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

Für Unfallversicherungen von Chemikern und Desinfektoren

Eingeschlossen in die Versicherung sind alle bei Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei aber mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Ausgeschlossen sind die durch den Beruf an sich bedingten, insbesondere auch die durch gewöhnliche Einatmung bei der berufsmäßigen Beschäftigung mit Chemikalien allmählich zustande kommenden Schädigungen (Gewerbekrankheiten).

Im Falle Mitversicherung von akuten Infektionskrankheiten bei Unfallversicherungen von Desinfektoren

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

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

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

Bedingungen, die nur bei Vereinbarung gelten:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) Invaliditätsgrade mit Dezimalstellen werden auf die nächst höhere ganze Zahl gerundet.

(3) Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, so wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Für diese Progressive Invaliditätsstaffel findet § 8 AUB 88 keine Anwendung.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- (1) Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.
- (2) Die Operation und die klinische Behandlung der versicherten Person müssen bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall erfolgt sein. Hat die versicherte Person bei Eintritt des Unfalles das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfolgt ein Ersatz der Kosten auch dann, wenn die Operation und die klinische Behandlung nicht innerhalb dieser Frist, aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person durchgeführt werden.
- (3) Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Zusatzbedingungen für Kurbeihilfe - sofern vereinbart -

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

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

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

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

Besondere Bedingungen für die Versicherung gegen außerberufliche Unfälle – sofern vereinbart

- (1) Die Versicherung umfasst nach Maßgabe der Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 88) ausschließlich Unfälle außerhalb des Berufes und des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte, d.h. solche Unfälle, die nicht als Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches VII oder als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststellen maßgebend.
- (2)
 - a) § 6 der AUB 88 entfällt. Dem Versicherer ist unverzüglich Anzeige zu erstatten, wenn der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert ist oder keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften hat.
 - b) Ist der Versicherte länger als zwei Monate nicht mehr gegen Arbeitsunfälle durch eine Berufsgenossenschaft versichert oder hat er länger als zwei Monate keinen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so entfallen die vorstehenden Besonderen Bedingungen. Der Vertrag besteht gemäß § 6 der AUB 88 fort.
 - c) Wird der Versicherte wieder durch eine Berufsgenossenschaft gegen Arbeitsunfälle versichert oder erwirbt er erneut einen Anspruch auf Unfallfürsorge nach beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften, so ist dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten. Von dem Tage ab, der dem Eingang der Anzeige beim Versicherer folgt, gilt der Vertrag in der beantragten Form nach Nummer 1 dieser besonderen Bedingungen.
- (3) Unfälle beim Sport, der gegen Entgelt betrieben wird, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

General Terms of Insurance for Baggage (AVB Reisegepäck 1992)

§ 1 Insured Objects and People

(1) The insurance policy covers the entire baggage of the insured person, of family members traveling with the insured person, and of his/her common law spouse and any spouse's children listed in the insurance policy, as long as these individuals live with the policyholder in a joint household.

Persons living in a joint household with the policyholder who undertake travel alone or separately shall only be covered by the policy if a special agreement has been made.

(2) All objects pertaining to personal travel requirements taken on a trip, carried on the body or in clothing, or conveyed by a conventional means of transportation shall be deemed to be baggage. Gifts and souvenirs acquired on the trip shall also be considered to be baggage. Objects that are usually only carried for professional purposes shall only be insured if a special agreement has been made.

Objects that are permanently kept in a place that is not the policyholder's principal residence (e.g., in second homes, boats, trailers/mobile homes) shall only be deemed to be baggage in the event that they are taken from this place on trips, journeys, or walks.

(3) Collapsible boats, folding canoes, inflatables, and other sports equipment, including accessories hereto, shall only be covered while they are not being put to their intended use. Outboard motors are always excluded regardless of the situation.

(4) Furs, jewelry, objects made of precious metals, photographic and film equipment and portable video systems, including their accessories in each case, shall only be insured – notwithstanding the compensation limit specified in § 4 (1) – if they:

- a) are carried/used properly,
- b) are carried securely in personal safekeeping,
- c) are handed over to a hotel or other form of lodging for safekeeping, or
- d) are located in a properly locked room of a building, passenger ship, or guarded check room (however, this shall only apply to objects made of precious metals if, in addition, they are accommodated in a sealed container, which offers an increased level of security that also protects against removal of the container itself).

Furs, photographic and film equipment and portable video systems, including their accessories in each case, shall also be covered if they are placed in a properly sealed container, which does not allow the contents to be seen, belonging to a transport company or baggage room/checkroom.

(5) The following are not insured: money, securities, tickets, certificates and documents of any kind, objects of predominantly artistic or sentimental value, contact lenses, prostheses of any kind, as well as land, air, and water vehicles, including accessories thereto, including bicycles, hang-gliders and windsurfing equipment (however, see (3) in relation to collapsible boats and inflatables). However, the insurance does cover identification papers (§ 9 (1) d).

§ 2 Insured Risks and Damage

Insurance coverage shall apply:

(1) if insured objects are lost, destroyed, or damaged while the baggage is in the safekeeping of a transport company, a hotel or other form of lodging, a porter, or a baggage room/check room;

(2) during the remainder of the journey for the forms of damage listed in (1) caused by:

- a) theft, burglary, robbery, extortion with robbery, willful destruction, or maliciousness on the part of third parties (malicious damage to property);
- b) loss – not including leaving something behind – up to the limit of compensation stipulated in § 4 (2);
- c) an accident involving a means of transportation or an accident on the part of an insured party;
- d) the nonintentional effects of water, including rain and snow;
- e) storms, fires, lightning strikes, or explosions;
- f) force majeure;

(3) if baggage is not handed over in due time (if baggage does not reach the destination on the same day as the insured).

The substantiated cost of replacement purchases up to 10 percent of the sum insured shall be reimbursed to a maximum of EUR 400.

§ 3 Exclusions

(1) Excluded Risks

The following risks are excluded:

- a) war, civil war, warlike events, or civil unrest;
- b) nuclear energy *;
- c) confiscation, deprivation or removal, or other interventions by the authorities.

(2) Damage Not Subject to Compensation

The insurer shall not compensate for damage that:

- a) is caused by the natural or deficient properties of the insured objects, or by wear and tear;
- b) occurs during camping within the area utilized for this purpose, unless a special agreement has been made in this respect.

* In the Federal Republic of Germany, compensation for loss or damage resulting from nuclear energy is governed by the Atomic Energy Act. Operators of nuclear facilities are obliged to provide coverage and conclude liability insurance policies for this purpose.

§ 4 Damage Subject to Limited Compensation

(1) Damage to furs, jewelry, objects made of precious metals, photographic and film equipment and portable video systems, including their accessories in each case (§ 1 (4)), are covered to a maximum total of 50 percent of the insured sum per insured event. This does not affect § 5 (1) d) and the second sentence of (2).

(2) Damage:

- a) as a result of loss (§ 2 (2) b)
- b) to gifts and souvenirs acquired on the trip is in each case covered to a maximum total of 10 percent of the insured sum, up to a maximum of EUR 400 per insured event.

§ 5 Insurance Coverage in Motor Vehicles and Recreational Watercraft

(1)

- a) Coverage only extends to theft or burglary from motor vehicles or trailers parked without supervision on condition that the baggage is located in a fully enclosed and properly locked interior or trunk.

- b) The insurer shall only be liable for the full insured sum if it can be proven that:
 - aa) the damage took place between 6 a.m. and 10 p.m., or
 - bb) the motor vehicle or trailer was parked in a locked garage (parking lots and underground car parks for public use are not sufficient), or
 - cc) the damage occurred during a break in the journey of no longer than two hours.
- c) If the policyholder is unable to demonstrate any of the conditions cited under b), then compensation shall be limited to EUR 250 per insured event.
- d) Furs, jewelry, objects made of precious metals, photographic and film equipment and portable video systems, including their accessories in each case, are not insured in motor vehicles or trailers parked without supervision.
- (2) With regard to unsupervised recreational watercraft, the policy only covers theft, burglary, and willful destruction or maliciousness on the part of third parties (malicious damage to property) if the objects are located in a fully enclosed interior of the watercraft, which is secured with a security lock (cabin, box, or similar). Furs, jewelry, objects made of precious metals, photographic and film equipment and portable video systems, including their accessories in each case, are not covered in unsupervised recreational watercraft.
- (3) Supervision shall only be deemed as being the constant presence with the object to be safeguarded of an insured person or a person of trust appointed by the insured, not, however, the guarding of a place that is open to general public use or a similar situation.
- (4) Should the policyholder or the insured neglect one of these obligations, then the insurer shall be entitled to terminate the agreement or refuse to pay for claims to the extent stipulated in § 6 (1) and (2) of the German Insurance Act ["VVG" – Versicherungsvertragsgesetz].

§ 6 Commencement and End of Coverage, Scope

- (1) Within the agreed term of the agreement, coverage commences at the point at which insured objects are removed from the permanent residence of the insured for the purpose of immediately embarking on the journey and ends as soon as the insured objects are returned to said permanent residence. If, in the event of a trip taken by motor vehicle, the baggage is not unloaded immediately upon arrival at the permanent residence, then coverage shall end upon said arrival.
- (2) In the case of insurance agreements of less than one year's duration, coverage shall be extended beyond the agreed term up until the end of the journey, if this is delayed for reasons that fall outside the scope of the insured's responsibility and if the insured is not in a position to apply for a renewal.
- (3) However, insurance agreements of at least one year's duration are automatically renewed from one year to the next unless they are cancelled by one of the parties in writing at least three months prior to their expiration.
- (4) The insurance coverage applies to the agreed region.
- (5) Trips, walks, and stays within the insured's permanent place of residence are not deemed to be travel.

§ 7 Insurable Value, Sum Insured

- (1) The sum insured should correspond to the insurable value of the entire insured baggage according to § 1. Gifts and souvenirs acquired on the journey are not taken into consideration.
- (2) The insurable value shall be the amount that is generally required to procure new items of the same type and quality at the permanent residence of the insured, minus an appropriate amount to reflect the condition (age, wear, use, etc.) of the insured objects (current value).

§ 8 Premium

The policyholder shall pay the first premium upon the insurance policy being issued; in the case of agreements extending over several years, the policyholder shall pay the subsequent premiums in each case upon the first day of the month in which the year of coverage commences.

§ 9 Compensation, Underinsurance

- (1) In the event of a claim, the insurer shall reimburse:
 - a) the agreed value at the time the damage occurred for destroyed and lost objects;
 - b) required repair costs and, if applicable, the remaining reduction in value, to a maximum of the insurable value, for damaged objects that can be repaired;
 - c) only the value of the materials for films, image media, sound media, and data media;
 - d) official charges for the replacement of identity cards, passports, motor vehicle documents, and other identification documents.
- (2) Consequential financial loss shall not be reimbursed.
- (3) If the insured sum according to § 7 is lower than the insurable value of the insured event (underinsurance), then the insurer shall only indemnify in line with the proportional relationship between the insured sum and the insurable value.

§ 10 Obligations

- (1) The policyholder or insured party shall
 - a) report all cases of damage to the insurer without delay;
 - b) avert and minimize damage wherever possible, in particular, by submitting claims against third parties for compensation properly and in due time (e.g., against railway companies, mail forwarding companies, shipping firms, airlines, or hotel proprietors) or securing these claims in another manner and by following the insurer's instructions;
 - c) do everything in their power that could help clarify and resolve the matter. All documents that substantiate the reason for and level of the claim for compensation must be submitted, to the extent that the procurement of said documents can reasonably be expected of the policyholder or the insured. On request, the policyholder or the insured shall also submit a list of all the objects insured according to § 1 at the point at which the damage occurred.
- (2) Damage that occurs in the safekeeping of a transport company (including damage resulting from failure to deliver items in due time according to § 2 (3)) or of a hotel or other form of lodging must be reported to said transport company, hotel, or other form of lodging without delay. Certification of this shall be submitted to the insurer. In the case of damage that is not visible externally, the transport company shall be requested to view the damage and certify it immediately after its discovery. The relevant deadlines for making complaints in each case shall be observed.
- (3) Damage resulting from criminal action (e.g., theft, robbery, and malicious damage to property) must in addition, be reported to the competent police station without delay, including submission of a list of all the objects lost. The insured shall ensure that this is officially certified by the police. In the case of damage resulting from loss (§ 2 (2) b), the insured shall make inquiries at the lost and found.
- (4) If the policyholder or insured violates one of the above obligations, the insurer shall be exempt from the duty to pay, unless said violation was neither deliberate nor due to gross negligence. In the case of gross negligence with regard to the obligations stipulated in sections (1) a) and c), (2), and (3), the insurer shall remain obliged to pay as long as the violation has had no influence on the determination or scope of the indemnification. In the case of gross negligence with regard to the obligations stipulated in section (1) b), the insurer remains obliged to pay to the extent that the scope of the damage would not have been reduced even if the obligation had been properly fulfilled. This does not affect §

6 of the German Insurance Act.

(5) If a deliberate violation of an obligation has no influence, either on the assessment of the claim or the determination or scope of the compensation, then the right to refuse to pay according to (4) shall not apply if the violation was not of a nature that would seriously impair the interests of the insurer and if, in addition, no major blame lies with the policyholder or the insured.

§ 11 Special Reasons for Forfeiture

(1) The insurer shall be exempt from the obligation to pay if the policyholder or insured have caused the insurance claim deliberately or through gross negligence or if, as a result of the claim, they deliberately make untrue statements, particularly in reporting the damage, even if this has no disadvantageous impact on the insurer.

(2) If no legal action is taken to enforce the claim for compensation within six months of receiving a written refusal from the insurer that includes details of the legal consequences, then the insurer shall be exempt from the obligation to pay.

§ 12 Payment of Compensation

(1) If the insurer's obligation to pay has been established in terms of the reasons and the level of compensation payable, then payment of the compensation shall be made within two weeks. However, one month after the damage has been reported, the minimum amount to be paid according to the situation may be demanded as payment on account.

(2) The compensation shall be paid interest of one percent below the German Bundesbank discount rate from the date on which the damage is reported to a minimum of 4 percent and a maximum of 6 percent per year.

There shall be no obligation to pay interest if the compensation is paid within one month of the damage being reported. Interest shall only become due when the compensation is due.

(3) The right to payment on account and the start of interest payments shall be deferred by the amount of time by which the determination of the reasons behind or level of the insurer's obligation to pay has been delayed through the fault of the policyholder.

(4) If official investigations or criminal proceedings against the insured have been commenced in connection with the insurance claim, the insurer may defer payment until the final and absolute conclusion of these proceedings.

§ 13 Termination in the Event of a Claim

(1) Both parties to the insurance agreement may terminate the agreement upon the occurrence of an insured event. Termination must be submitted in writing. It must be received no later than one month after conclusion of the negotiations regarding the compensation. The insurer shall give one month's notice; the insurer's termination shall in no case take effect prior to conclusion of the journey that is currently ongoing. If the policyholder decides to terminate the agreement, the policyholder may stipulate whether the termination takes effect immediately or at a later point in time, though no later than the end of the current period of coverage.

(2) If the insurer terminates the agreement, then the insurer is obliged to refund the corresponding portion of the premium for the period of coverage that has not yet expired.

Agreed Provisions and Special Agreements

Clause No. 9 – Replacement Cost Insurance

1. Deviating from §7 No. 2 AVB Baggage 1992, the insurance value is defined as the amount generally required to purchase new items of the same type and quality at the permanent place of residence of the insured (replacement value).

2. For technical devices older than five years, as well as for clothing and linens older than three years, the insurance value is defined only as the current value if the value that results after deducting for age, wear and tear, and use is less than 50% of the cost of replacement (replacement value).

Technical devices include, in particular, household and cooking appliances, photographic and filming devices, as well as portable video systems, each with accessories, phonographic, radio, and television equipment, camping, and sports equipment. Shoes and furs are also included with clothing and linens.

Clause No. 13 – Exclusion of car phones and cell phones

Deviating from §1 No. 2 AVB Baggage 1992, mobile car phones and cell phones are excluded from insurance coverage.

Clause No. 15 – No deduction due to underinsurance.

1. Deviating from §9 No. 3 AVB Baggage 1992 and §56 WG, the insurer shall not make any deductions due to underinsurance.

2. Adhering to an advance notice period of three months to the end of the current year of coverage, the insured and the insurer may request by means of a written statement that this Clause be omitted as of the beginning of the next year of coverage.

If the insurer makes use of this right, the insured may terminate the agreement within one month following receipt of the statement of the insurer as of the end of the current year of coverage.

Special Agreement

Laptops are not covered by the insurance policy. To the extent that coverage for laptops has been applied for as an exception, this will be expressly stated in the insurance policy of the insured. Should this be the case, the maximum liability limit per laptop shall be EUR 750 with a deductible to be carried by the insured of at least 20% of the damages but not under EUR 100.

The general deductible in the amount of EUR 100 shall not apply in this case.

Special Agreement

As an amendment to § 2 of AVB (General Insurance Conditions) for luggage 1992, the temporary domicile abroad shall not be considered as a residence or permanent residence as defined by these conditions. Accordingly, trips, walks, and the sojourn within/at the temporary domicile shall be also included in the insurance.

Deductible per Occurrence of Damage

For each case of damage for which compensation must be made, the insured shall pay a deductible of €100.

Please note:

For the translation into English we assume no liability. In case of doubt the content of the original insurance conditions (German) applies.

Condiciones generales para el Seguro de equipaje de viaje (CGS de equipaje de viaje 1992)

§ 1 Objetos y personas asegurados

(1) El seguro incluye todo el equipaje de viaje del tomador del seguro, de los parientes que le acompañen así como de la pareja e hijos indicados en la póliza de seguro, siempre y cuando dichas personas convivan con el tomador del seguro.

Los viajes que lleven a cabo las personas que convivan con el tomador del seguro, en virtud del párr. 1, ya sean sola o de forma separada, estarán incluidos en la cobertura del seguro únicamente cuando se acuerde expresamente.

(2) Se considerará como equipaje de viaje todos los objetos personales necesarios para el viaje que se lleven durante el mismo, ya sea en el cuerpo o en la ropa o por un medio de transporte habitual. Asimismo, se considerará como equipaje de viaje los regalos y souvenirs adquiridos durante el viaje. Los objetos llevados habitualmente con fines meramente profesionales se asegurarán conforme a un acuerdo especial. Los objetos depositados de forma permanente fuera de la vivienda principal del asegurado (por. ej. en una segunda vivienda, embarcaciones, caravanas) se considerarán como equipaje de viaje únicamente si se han llevado consigo desde dicho lugar a trayectos, paseos o viajes.

(3) Las embarcaciones hinchables o plegables o artículos deportivos con sus correspondientes accesorios únicamente estarán asegurados mientras no se encuentren en uso de acuerdo al fin dispuesto a ello. Quedan excluidos los fuerabordas.

(4) Sin perjuicio del límite de indemnización indicado en el Art. 4 nº 1 las pieles, piezas de valor, objetos de metales preciosos así como aparatos de fotos y filmación y sistemas de vídeo portátiles con sus correspondientes accesorios se asegurarán únicamente siempre y cuando

a) se lleven o utilicen de acuerdo al fin dispuesto a ello o,

b) se lleven en custodia personal y a buen recaudo o,

c) se transfiera a un establecimiento hotelero para su depósito o

d) se encuentren en la habitación de un edificio debidamente cerrada, barco para pasajeros o guardarropas vigilados; no obstante, las piezas de valor y los objetos de metales preciosos tan sólo en el supuesto de que se coloquen en un caja cerrada con llave que ofrezca por sí misma la seguridad considerable frente a la sustracción de dicha caja.

Las pieles, aparatos de fotos o filmación o sistemas de vídeo portátiles además de sus correspondientes accesorios también estarán asegurados cuando se dejen a cargo de una empresa de transporte o consigna en un recipiente opaco y debidamente cerrado con llave.

(5) No se asegurará oro, valores, billetes, documentos de todo tipo, objetos con un considerable valor artístico o sentimental, lentes de contacto, prótesis de cualquier clase así como vehículos, aeronaves y embarcaciones con sus correspondientes accesorios, incluido bicicletas, parapentes y equipos de windsurf (para embarcaciones hinchables o plegables, véase nº 3). Sin embargo, estará asegurada la documentación (Art. 9 nº 1 d).

§ 2 Riesgos y daños asegurados

La cobertura del seguro cubrirá:

(1) cuando los Objetos Asegurados se pierdan, destruyan o deterioren mientras el equipaje de viaje se encuentre en custodia en una empresa de transporte, en un establecimiento hotelero o en una consigna de equipaje;

(2) durante el resto del viaje por los daños indicados en el apartado nº 1 por

a) robo, robo con rotura, atraco, extorsión, mala fe por parte de terceros (daños causados a la propiedad con premeditación);

b) pérdidas (no incluyen los objetos abandonados o colgados) hasta el límite de indemnización indicado en el Art. 4 nº 2;

c) accidente de un medio de transporte o de un asegurado;

d) agua con un efecto contrario a su fin, incluido lluvia y nieve;

e) tormenta, incendio, rayos o explosión;

f) fuerza mayor;

(3) cuando el equipaje de viaje se entregue fuera de plazo (no llega al lugar de destino el mismo día que el asegurado).

Se compensarán los gastos demostrados para la compra de reemplazo hasta un 10% de la suma asegurada, máximo 400 EUR.

§ 3 Exclusiones

(1) Riesgos excluidos

Quedan excluidos los riesgos por:

a) guerra internacional, guerra civil, acontecimientos bélicos o disturbios internos;

b) energía nuclear *;

c) embargo, sustracción u otras intervenciones por parte de las autoridades.

(2) Daños sin indemnización

El asegurador no indemnizará por daños que:

a) se hayan producido por el uso habitual o negligente de los objetos asegurados, desgaste o deterioro;

b) haya tenido lugar en una acampada o en un camping dentro del terreno utilizado para ello, a menos que exista un acuerdo especial al respecto.

* Indicación: La indemnización de daños por energía nuclear se rige por la legislación relativa a energía nuclear en la República Federal de Alemania. Los explotadores de plantas de energía nuclear están obligados al principio de provisión de fondos por lo que deben suscribir seguros de responsabilidad civil.

§ 4 Daños con indemnización limitada

(1) Los daños en pieles, piezas de valor u objetos de metales preciosos así como aparatos de fotos o filmación y sistemas de vídeo portátiles además de sus correspondientes accesorios (Art. 1 nº 4) se compensarán hasta un 50% máximo de la suma asegurada. Art. 5 nº 1 d) y nº 2 párr. 2 no se verán afectados.

(2) Daños:

a) por pérdida (Art. 2 nº 2 b),

b) en regalos o souvenirs adquiridos durante el viaje,

se compensarán hasta un 10% de la suma asegurada, máximo 400 EUR por siniestro.

§ 5 Cobertura del seguro en automóviles y embarcaciones de recreo

(1)

a) La cobertura del seguro contra robo o robo con rotura en automóviles o remolques estacionados sin vigilancia será válida únicamente cuando el equipaje de viaje se encuentre en un maletero o habitáculo cerrado con llave o bien sujetado.

b) El asegurador responderá por el total de la suma asegurada únicamente cuando se demuestre que:

aa) el daño ha tenido lugar de día entre las 6:00 y las 22:00 o

- bb) el automóvil o el remolque está estacionado en un garaje cerrado (no serán válidos los aparcamientos al aire libre o aparcamientos subterráneos de uso público) o
- cc) el daño se ha producido durante una detención en ruta no superior a dos horas.
- c) En caso de que el tomador del seguro no pueda demostrar los requisitos enumerados en b), la indemnización por cada siniestro se limitará a 250 EUR.
- d) En automóviles o remolques estacionados sin vigilancia no se asegurarán pieles, piezas de valor y objetos de metales preciosos así como aparatos de fotos o filmación y sistemas de vídeo portátiles con sus correspondientes accesorios.
- (2) En embarcaciones de recreo sin vigilancia existirá cobertura del seguro contra robo, robo con rotura y mala fe por parte de terceros (daños causados a la propiedad con premeditación) únicamente cuando los objetos se encuentren en un habitáculo bien cerrado o con cerradura de seguridad (cabinas, cajones, etc.) de la embarcación de recreo. No se asegurarán pieles, piezas de valor u objetos de metales preciosos así como aparatos de fotos o filmación y sistemas de vídeo portátiles con sus correspondientes accesorios dentro de una embarcación de recreo sin vigilancia.
- (3) Se considerará como vigilancia únicamente la presencia constante de un asegurado o una persona de confianza nombrada por él junto al objeto que se asegura, aunque no en el caso de por ej. la custodia en un lugar accesible y de uso público, etc.
- (4) En caso de que el tomador del seguro o el asegurado incumpliera alguna de estas obligaciones, el asegurador estará autorizado a la rescisión conforme al Art. 6 párr. 1 y párr. 2 LCS y liberado de la obligación de prestación.

§ 6 Inicio y conclusión de la cobertura del seguro, ámbito de aplicación

- (1) La cobertura del seguro por el periodo acordado en el contrato comenzará en el momento en el que se retiren del domicilio habitual los objetos asegurados con el fin de emprender el viaje y concluirá tan pronto como se restituyan los objetos asegurados. En caso de que en un viaje en automóvil no se descargara el equipaje de viaje inmediatamente tras la llegada, la cobertura del seguro concluirá en el momento de dicha llegada.
- (2) En contratos de seguro inferiores a un año, la cobertura del seguro se prorrogará por el periodo acordado hasta el final del viaje si éste no se retrasa por motivos que el asegurado no pueda justificar y si el asegurado no está en condiciones de solicitar una prórroga.
- (3) No obstante, los contratos de seguro inferiores a un año se prorrogarán de año en año si no se rescinden por escrito por una de las partes al menos tres meses antes de su vencimiento.
- (4) El seguro se aplicará para el ámbito acordado.
- (5) Los trayectos, paseos y estancias dentro del domicilio habitual no se considerarán viajes.

§ 7 Valor del seguro, suma asegurada

- (1) La suma asegurada corresponderá al valor del seguro de todo el equipaje de viaje asegurado de conformidad con el Art.1. Los regalos y souvenirs adquiridos en el viaje no se tendrán en consideración.
- (2) Se considerará como valor del seguro a cada uno de los importes, en general necesarios, para adquirir nuevos objetos del mismo tipo y calidad en el lugar de residencia habitual del asegurado, deduciendo una cantidad correspondiente del estado de los objetos asegurados (tiempo, deterioro, uso, etc.) (valor actual).

§ 8 Prima

El tomador del seguro abonará la primera prima (cuota) contra entrega de la póliza de seguros. En contratos de varios años las siguientes primas se iniciarán el primer día del mes en el que comience el año del seguro.

§ 9 Indemnización, infraseguro

- (1) En caso de siniestro el asegurador indemnizará:
- a) el valor del seguro en el momento en el que se producen los daños por los objetos extraviados o deteriorados;
- b) los costes de reparación precisos, y en caso necesario, una depreciación constante, hasta un máximo del valor del seguro por los objetos dañados pero con posibilidad de reparación;
- c) únicamente el valor del material en películas, soporte de datos, imágenes y audio;
- d) las tasas oficiales por la renovación de documentos de identidad, pasaportes, documentación del automóvil u otro tipo de documentación.
- (2) No se indemnizarán los daños resultantes en los bienes.
- (3) En caso de que, en virtud del Art. 7, la suma asegurada sea inferior al valor del seguro (infraseguro) en el momento en el que se produzca el siniestro, el asegurador responderá por el valor del seguro en proporción a la suma asegurada.

§ 10 Obligaciones

- (1) El tomador del seguro o el asegurado deberá:
- a) notificar de inmediato cada siniestro al asegurador;
- b) prevenir o reducir lo posible los daños, en concreto, alegar, dentro del plazo estipulado, el derecho a indemnización frente a terceros (por ej. empresa ferroviaria, postal o naviera, línea aérea, hosteleros) o garantizarlo de otro modo y tener en cuenta las indicaciones del asegurador;
- c) hacer todo lo que pueda resultar útil para la resolución de los hechos. Entregará todos los justificantes que demuestren el derecho a indemnización en cuanto a su fondo y cuantía, siempre y cuando se le pueda exigir debidamente su compra, y presentará, a requerimiento, una relación de todos los objetos asegurados en los que se han producido daños en virtud del Art. 1.
- (2) Los daños que se hayan producido en custodia de una empresa de transporte (incluidos los daños por una entrega fuera de plazo en virtud del Art. 2 nº 3) o de un establecimiento hotelero deberán notificarse de inmediato. Se presentará al asegurador un certificado al respecto. En caso de daños externos imperceptibles la empresa de transporte exigirá sin demora tras su descubrimiento la inspección de los daños y su certificación. Se cumplirán los correspondientes plazos de reclamación al respecto.
- (3) Asimismo, los daños por actos punibles (por ej. robo, atraco, daños materiales premeditados) se comunicarán de inmediato a la comisaría de policía competente donde se presentará una lista de todos los objetos perdidos. El asegurado hará que lo certifique la policía. En caso de daños por pérdidas (Art. 2 nº 2 b) el asegurado preguntará en la oficina de objetos perdidos.
- (4) En caso de que el tomador del seguro o el asegurado infringiera unas de las obligaciones precedentes, el asegurador quedará liberado de la obligación de prestación, a menos que la infracción no sea debida a negligencia grave o dolo. En caso de infracción por negligencia grave de las obligaciones dispuestas en los apartados 1 a), c), 2 y 3, el asegurador estará obligado a prestación cuando el daño no haya influido en la constatación o en el alcance de la indemnización. En el supuesto de infracción por negligencia grave de las obligaciones dispuestas en el apartado nº 1 b) el asegurador estará obligado en tanto que el alcance de los daños, aún cumpliendo debidamente las obligaciones, no haya sido inferior. El Art. 6 LCS no se verá afectado.
- (5) En caso de que la infracción premeditada de las obligaciones no influyera en la constatación del siniestro ni en la constatación o alcance de la indemnización, la exención a

prestación en virtud del nº 4 quedará suprimida si la infracción no sirviera para perjudicar gravemente a los intereses del asegurador y cuando además el tomador del seguro o el asegurado no cometiera ninguna falta importante.

§ 11 Motivos especiales de prescripción

- (1) El asegurador quedará liberado del deber de prestación cuando el tomador del seguro o el asegurado haya incurrido en dolo o grave negligencia o haya proporcionado premeditadamente datos falsos sobre el siniestro, especialmente, en la notificación de daños, aún cuando esto no vaya en perjuicio del asegurador.
- (2) En caso de que no se alegue judicialmente y por escrito el derecho a indemnización en un máximo de seis meses, indicando la negativa del asegurador en cuanto a las consecuencias jurídicas, el asegurador quedará liberado del deber a prestación.

§ 12 Pago de la indemnización

- (1) En caso de que se establezca el deber a prestación por parte del asegurador en cuanto a su fondo y cuantía, el pago de la indemnización se efectuará en el plazo de dos semanas. Sin embargo, se podrá exigir, un mes tras la notificación de los daños, el importe como pago en cuenta que se abonará conforme a estas condiciones.
- (2) A partir de la notificación de los daños la indemnización se devengará en un 1 por cierto de acuerdo al tipo de descuento del Deutsche Bundesbank, como mínimo el 4 por cierto y máximo el 6 por cierto anual.
El pago de intereses quedará suprimido, en cuanto se abone la indemnización en el plazo de un mes desde la notificación de los daños. Los intereses vencerán en el momento que venza la indemnización.
- (3) El origen del derecho al pago a plazos y el comienzo del pago de intereses se aplazará, de acuerdo con la falta del tomador del seguro, durante el tiempo que se retrase la comprobación del deber a prestación del asegurador en cuanto a su fondo y cuantía.
- (4) En el supuesto de que se inicie un proceso penal o registros oficiales relativos al siniestro contra el asegurado, el asegurador podrá aplazar el pago hasta el término firme de este proceso.

§ 13 Rescisión en caso de siniestro

- (1) Tras un siniestro, ambas partes podrán rescindir el contrato del seguro. La rescisión se presentará por escrito. Tendrá lugar a más tardar un mes tras la conclusión de las vistas por indemnización. El asegurador cumplirá un plazo de rescisión de un mes; su rescisión no se hará en ningún caso efectiva antes de la conclusión del viaje en curso. En caso de que el tomador del seguro lo rescindiera, éste podrá determinar que la rescisión se haga efectiva de inmediato o en una fecha posterior, aunque como máximo a la finalización del periodo de seguro actual.
- (2) En el supuesto que lo rescindiera el asegurador, éste se compromete a rembolsar la cuota de la prima correspondiente al periodo de seguro no disfrutado.

Cláusulas estipuladas y acuerdos especiales

Cláusula N ° 9 - Seguro de costo de reposición

1. Desviándose de § 7 N° 2 AVB Equipaje de 1992, el valor del seguro se define como la cantidad generalmente necesaria para comprar artículos nuevos del mismo tipo y calidad en el lugar de residencia permanente del asegurado (valor de reposición).
2. Para los dispositivos técnicos de más de cinco años de antigüedad, así como para las prendas de vestir y la ropa de cama de más de tres años, el valor del seguro se define sólo como el valor actual si el valor que resulte después de deducir la edad, el desgaste y el uso es menor de 50 % del costo de reposición (valor de reposición).
Los dispositivos técnicos incluyen, en particular, los aparatos domésticos y de cocina, aparatos de fotografía y filmación, así como los sistemas portátiles de video, cada uno con sus accesorios, el equipo de radio, fonográfico y de televisión, y el equipo de campamento y deportivo. Los zapatos y pieles se incluyen también en la ropa y ropa de cama.

Cláusula N° 13 - Exclusión de los teléfonos de coches y teléfonos celulares

Desviándose de §1 N° 2 AVB Equipaje de 1992, los teléfonos de automóviles y celulares están excluidos de la cobertura del seguro.

Cláusula N ° 15 - No hay deducción por seguro insuficiente.

1. Desviándose de §9 N° 3 AVB equipaje de 1992 y §56 WG, el asegurador no podrá realizar deducciones por seguro insuficiente.
2. Respetando un período de aviso previo de tres meses hasta el final del año actual de la cobertura, el asegurado y el asegurador podrán solicitar, por medio de una declaración por escrito, que esta cláusula se omita a partir del inicio del próximo año de cobertura.
Si el asegurador hace uso de este derecho, el asegurado podrá dar por terminado el contrato en un plazo de un mes siguiente a la recepción de la declaración de la aseguradora al final del año actual de cobertura.

Acuerdo especial

Las portátiles no están cubiertas por la póliza de seguro. En la medida en que la cobertura para las computadoras portátiles se haya solicitado como una excepción, esto se indicará explícitamente en la póliza de seguro del asegurado. Si este fuera el caso, el límite máximo de responsabilidad por cada computadora portátil será de 750.00 euros con un deducible del que debe responsabilizarse el asegurado de al menos un 20% de los daños, pero no menos de 100.00 euros.

El deducible general por la cantidad de 100.00 euros no se aplicará en este caso.

Acuerdo especial

A título complementario al art. 2 de las CGS Equipaje 1992, el domicilio temporal en el extranjero no se considera domicilio o lugar de residencia permanente en el sentido de las presentes condiciones. En tales términos, están coasegurados los viajes, trayectos y la estancia al/en el domicilio temporal.

Participación por siniestro

El asegurado contribuirá en cada daño reembolsable con una aportación de 100 EUROS.

Tenga presente que:

El presente texto constituye una traducción al español de las Condiciones de la Póliza y de la Cobertura y los Beneficios del seguro, cuyo original yace en alemán. En caso de discrepancias, prevalecerá siempre el texto original en alemán sobre esta o cualquier otra traducción. Se reserva, además, el derecho de errores u omisiones.

Allgemeine Bedingungen für die Versicherung von Reisegepäck (AVB Reisegepäck 1992)

§ 1 Versicherte Sachen und Personen

(1) Versichert ist das gesamte Reisegepäck des Versicherungsnehmers, seiner mitreisenden Familienangehörigen sowie seines namentlich im Versicherungsschein aufgeführten Lebensgefährten und dessen Kinder, soweit diese Personen mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben. Für Reisen, die mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebende Personen gem. Satz 1 getrennt oder allein unternehmen, besteht Versicherungsschutz nur, wenn dies besonders vereinbart ist.

(2) Als Reisegepäck gelten sämtliche Sachen des persönlichen Reisebedarfs, die während einer Reise mitgeführt, am Körper oder in der Kleidung getragen oder durch ein übliches Transportmittel befördert werden. Als Reisegepäck gelten auch Geschenke und Reiseandenken, die auf der Reise erworben werden. Gegenstände, die üblicherweise nur zu beruflichen Zwecken mitgeführt werden, sind nur gemäß besonderer Vereinbarung versichert. Sachen, die dauernd außerhalb des Hauptwohnsitzes der Versicherten aufbewahrt werden (z. B. in Zweitwohnungen, Booten, Campingwagen), gelten nur als Reisegepäck, solange sie von dort aus zu Fahrten, Gängen oder Reisen mitgenommen werden.

(3) Falt- und Schlauchboote sowie andere Sportgeräte, jeweils mit Zubehör, sind nur versichert, solange sie sich nicht in bestimmungsgemäßem Gebrauch befinden. Außenbordmotoren sind stets ausgeschlossen.

(4) Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall sowie Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme, jeweils mit Zubehör, sind – unbeschadet der Entschädigungsgrenze in § 4 Nr. 1 – nur versichert, solange sie

- a) bestimmungsgemäß getragen bzw. benutzt werden oder
- b) in persönlichem Gewahrsam sicher verwahrt mitgeführt werden oder
- c) einem Beherbergungsbetrieb zur Aufbewahrung übergeben sind oder
- d) sich in einem ordnungsgemäß verschlossenen Raum eines Gebäudes, eines Passagierschiffes oder einer bewachten Garderobe befinden; Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall jedoch nur, solange sie außerdem in einem verschlossenen Behältnis untergebracht sind, das erhöhte Sicherheit auch gegen die Wegnahme des Behältnisses selbst bietet.

Pelze, Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme, jeweils mit Zubehör, sind auch dann versichert, wenn sie in ordnungsgemäß verschlossenen, nicht einsehbaren Behältnissen einem Beförderungsunternehmen oder einer Gepäckaufbewahrung übergeben sind.

(5) Nicht versichert sind Geld, Wertpapiere, Fahrkarten, Urkunden und Dokumente aller Art, Gegenstände mit überwiegendem Kunst- oder Liebhaberwert, Kontaktlinsen, Prothesen jeder Art sowie Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge, jeweils mit Zubehör, einschließlich Fahrräder, Hänggleiter und Segelsurfgeräte (Falt- und Schlauchboote s. aber Nr. 3). Ausweispapiere (§ 9 Nr. 1 d) sind jedoch versichert.

§ 2 Versicherte Gefahren und Schäden

Versicherungsschutz besteht:

(1) wenn versicherte Sachen abhanden kommen, zerstört oder beschädigt werden, während sich das Reisegepäck im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens, Beherbergungsbetriebs, Gepäckträgers oder einer Gepäckaufbewahrung befindet;

(2) während der übrigen Reisezeit für die in Nr. 1 genannten Schäden durch

- a) Diebstahl, Einbruchdiebstahl, Raub, räuberische Erpressung, Mord- oder Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung);
- b) Verlieren – hierzu zählen nicht Liegen-, Stehen- oder Hängenlassen – bis zur Entschädigungsgrenze in § 4 Nr. 2;
- c) Transportmittelunfall oder Unfall eines Versicherten;
- d) bestimmungswidrig einwirkendes Wasser, einschließlich Regen und Schnee;
- e) Sturm, Brand, Blitzschlag oder Explosion;
- f) höhere Gewalt;

(3) wenn Reisegepäck nicht fristgerecht ausgeliefert wird (Bestimmungsort nicht am selben Tag wie der Versicherte erreicht).

Ersetzt werden die nachgewiesenen Aufwendungen für Ersatzkäufe bis zu 10 v. H. der Versicherungssumme, höchstens EUR 400.

§ 3 Ausschlüsse

(1) Ausgeschlossene Gefahren

Ausgeschlossen sind die Gefahren:

- a) des Krieges, Bürgerkrieges, kriegsähnlicher Ereignisse oder innerer Unruhen;
- b) der Kernenergie *;
- c) der Beschlagnahme, Entziehung oder sonstiger Eingriffe von hoher Hand.

(2) Nicht ersatzpflichtige Schäden

Der Versicherer leistet keinen Ersatz für Schäden, die

- a) verursacht werden durch die natürliche oder mangelhafte Beschaffenheit der versicherten Sachen, Abnutzung oder Verschleiß;
- b) während des Zeltens oder Campings innerhalb des hierfür benutzten Geländes eintreten, es sei denn, dass hierüber eine besondere Vereinbarung besteht.

* Hinweis: Der Ersatz von Schäden durch Kernenergie richtet sich in der Bundesrepublik Deutschland nach dem Atomgesetz. Die Betreiber von Kernanlagen sind zur Deckungsvorsorge verpflichtet und schließen hierfür Haftpflichtversicherungen ab.

§ 4 Begrenzt ersatzpflichtige Schäden

(1) Schäden an Pelzen, Schmucksachen und Gegenständen aus Edelmetall sowie an Foto-, Filmapparaten und tragbaren Videosystemen, jeweils mit Zubehör (§ 1 Nr. 4), werden je Versicherungsfall insgesamt mit höchstens 50 v. H. der Versicherungssumme ersetzt. § 5 Nr. 1 d) und Nr. 2 Satz 2 bleiben unberührt.

(2) Schäden

- a) durch Verlieren (§ 2 Nr. 2 b),
- b) an Geschenken und Reiseandenken, die auf der Reise erworben wurden, werden jeweils insgesamt mit bis zu 10 v. H. der Versicherungssumme, maximal mit EUR 400 je Versicherungsfall ersetzt.

§ 5 Versicherungsschutz in Kraftfahrzeugen und Wassersportfahrzeugen

(1)

a) Versicherungsschutz gegen Diebstahl oder Einbruchdiebstahl aus unbeaufsichtigt abgestellten Kraftfahrzeugen oder Anhängern besteht nur, soweit sich das Reisegepäck in einem fest umschlossenen und durch Verschluss gesicherten Innen- oder Kofferraum befindet.

b) Der Versicherer haftet im Rahmen der Versicherungssumme in voller Höhe nur, wenn nachweislich

- aa) der Schaden tagsüber zwischen 6.00 und 22.00 Uhr eingetreten ist oder
- bb) das Kraftfahrzeug oder der Anhänger in einer abgeschlossenen Garage – Parkhäuser oder Tiefgaragen, die zur allgemeinen Benutzung offen stehen, genügen nicht – abgestellt war oder
- cc) der Schaden während einer Fahrtunterbrechung von nicht länger als zwei Stunden eingetreten ist.

- c) Kann der Versicherungsnehmer keine der unter b) genannten Voraussetzungen nachweisen, ist die Entschädigung je Versicherungsfall auf EUR 250 begrenzt.
- d) In unbeaufsichtigt abgestellten Kraftfahrzeugen oder Anhängern nicht versichert sind Pelze, Schmucksachen und Gegenstände aus Edelmetall sowie Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör.
- (2) Im unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeug besteht Versicherungsschutz gegen Diebstahl, Einbruchdiebstahl sowie Mut- und Böswilligkeit Dritter (vorsätzliche Sachbeschädigung) nur, solange sich die Sachen in einem fest umschlossenen und durch Sicherheitsschloss gesicherten Innenraum (Kajüte, Packkiste o. ä.) des Wassersportfahrzeuges befinden. Pelze, Schmucksachen, Gegenstände aus Edelmetall sowie Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör, sind im unbeaufsichtigten Wassersportfahrzeug nicht versichert.
- (3) Als Beaufsichtigung gilt nur die ständige Anwesenheit eines Versicherten oder einer von ihm beauftragten Vertrauensperson beim zu sichernden Objekt, nicht jedoch z.B. die Bewachung eines zur allgemeinen Benutzung offen stehenden Platzes o. ä.
- (4) Verletzt der Versicherungsnehmer oder Versicherte eine dieser Obliegenheiten, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 und Abs. 2 VVG zur Kündigung berechtigt oder auch leistungsfrei.

§ 6 Beginn und Ende des Versicherungsschutzes, Geltungsbereich

- (1) Innerhalb der vereinbarten Laufzeit des Vertrages beginnt der Versicherungsschutz mit dem Zeitpunkt, an dem zum Zwecke des unverzüglichen Antritts der Reise versicherte Sachen aus der ständigen Wohnung des Versicherten entfernt werden, und endet, sobald die versicherten Sachen dort wieder eintreffen. Wird bei Reisen im Kraftfahrzeug das Reisegepäck nicht unverzüglich nach der Ankunft vor der ständigen Wohnung entladen, so endet der Versicherungsschutz bereits mit dieser Ankunft.
- (2) Bei Versicherungsverträgen von weniger als einjähriger Dauer verlängert sich der Versicherungsschutz über die vereinbarte Laufzeit hinaus bis zum Ende der Reise, wenn sich diese aus vom Versicherten nicht zu vertretenden Gründen verzögert und der Versicherte nicht in der Lage ist, eine Verlängerung zu beantragen.
- (3) Versicherungsverträge von mindestens einjähriger Dauer verlängern sich jedoch von Jahr zu Jahr, wenn sie nicht jeweils spätestens drei Monate vor Ablauf durch eine Partei schriftlich gekündigt werden.
- (4) Die Versicherung gilt für den vereinbarten Bereich.
- (5) Fahrten, Gänge und Aufenthalte innerhalb des ständigen Wohnorts des Versicherten gelten nicht als Reisen.

§ 7 Versicherungswert, Versicherungssumme

- (1) Die Versicherungssumme soll dem Versicherungswert des gesamten versicherten Reisegepäcks gemäß § 1 entsprechen. Auf der Reise erworbene Geschenke und Reiseandenken bleiben unberücksichtigt.
- (2) Als Versicherungswert gilt derjenige Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte am ständigen Wohnort des Versicherten anzuschaffen, abzüglich eines dem Zustand der versicherten Sachen (Alter, Abnutzung, Gebrauch etc.) entsprechenden Betrages (Zeitwert).

§ 8 Prämie

Der Versicherungsnehmer hat die erste Prämie (Beitrag) gegen Aushändigung des Versicherungsscheins zu zahlen, bei mehrjährigen Verträgen die Folgeprämien jeweils am ersten Tag des Monats, in dem das Versicherungsjahr beginnt.

§ 9 Entschädigung, Unterversicherung

- (1) Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer
- a) für zerstörte und abhandengekommene Sachen ihren Versicherungswert zur Zeit des Schadeneintritts;
 - b) für beschädigte reparaturfähige Sachen die notwendigen Reparaturkosten und gegebenenfalls eine bleibende Wertminderung, höchstens jedoch den Versicherungswert;
 - c) für Filme, Bild-, Ton- und Datenträger nur den Materialwert;
 - d) für die Wiederbeschaffung von Personal-Ausweisen, Reisepässen, Kraftfahrzeug-Papieren und sonstigen Ausweispapieren die amtlichen Gebühren.
- (2) Vermögensfolgeschäden werden nicht ersetzt.
- (3) Ist die Versicherungssumme gemäß § 7 bei Eintritt des Versicherungsfalles niedriger als der Versicherungswert (Unterversicherung), so haftet der Versicherer nur nach dem Verhältnis der Versicherungssumme zum Versicherungswert.

§ 10 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer oder Versicherte hat
- a) jeden Schadenfall unverzüglich dem Versicherer anzuzeigen;
 - b) Schäden nach Möglichkeit abzuwenden und zu mindern, insbesondere Ersatzansprüche gegen Dritte (z. B. Bahn, Post, Reederei, Fluggesellschaft, Gastwirt) form und fristgerecht geltend zu machen oder auf andere Weise sicherzustellen und Weisungen des Versicherers zu beachten;
 - c) alles zu tun, was zur Aufklärung des Tatbestandes dienlich sein kann. Er hat alle Belege, die den Entschädigungsanspruch nach Grund und Höhe beweisen, einzureichen, soweit ihre Beschaffung ihm billigerweise zugemutet werden kann, und auf Verlangen ein Verzeichnis über alle bei Eintritt des Schadens gemäß § 1 versicherten Sachen vorzulegen.
- (2) Schäden, die im Gewahrsam eines Beförderungsunternehmens (einschließlich Schäden durch nicht fristgerechte Auslieferung gem. § 2 Nr. 3) oder Beherbergungsbetriebes eingetreten sind, müssen diesen unverzüglich gemeldet werden. Dem Versicherer ist hierüber eine Bescheinigung einzureichen. Bei äußerlich nicht erkennbaren Schäden ist das Beförderungsunternehmen unverzüglich nach der Entdeckung aufzufordern, den Schaden zu besichtigen und zu bescheinigen. Hierbei sind die jeweiligen Reklamationsfristen zu berücksichtigen.
- (3) Schäden durch strafbare Handlungen (z. B. Diebstahl, Raub, vorsätzliche Sachbeschädigung) sind außerdem unverzüglich der zuständigen Polizeidienststelle unter Einreichung einer Liste aller in Verlust geratenen Sachen anzuzeigen. Der Versicherte hat sich dies polizeilich bescheinigen zu lassen. Bei Schäden durch Verlieren (§ 2 Nr. 2 b) hat der Versicherte Nachforschungen beim Fundbüro anzustellen.
- (4) Verletzt der Versicherungsnehmer oder Versicherte eine der vorstehenden Obliegenheiten, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung der unter den Nrn. 1 a), c), 2 und 3 bestimmten Obliegenheiten bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Entschädigungsleistung gehabt hat. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer der unter Nr. 1 b) bestimmten Obliegenheiten bleibt der Versicherer insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Obliegenheit nicht geringer gewesen wäre. § 6 VVG bleibt unberührt.
- (5) Hatte eine vorsätzliche Obliegenheitsverletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der Entschädigung, so entfällt die Leistungsfreiheit gemäß Nr. 4, wenn die Verletzung nicht geeignet war, die Interessen des Versicherers ernsthaft zu beeinträchtigen und wenn außerdem den Versicherungsnehmer oder Versicherten kein erhebliches Verschulden trifft.

§ 11 Besondere Verwirkungsgründe

- (1) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer oder Versicherte den Versicherungsfall durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit herbeigeführt hat oder aus Anlass des Versicherungsfalles insbesondere in der Schadenanzeige, vorsätzlich unwahre Angaben macht, auch wenn hierdurch dem Versicherer ein Nachteil nicht entsteht.
- (2) Wird der Anspruch auf die Entschädigung nicht spätestens sechs Monate nach schriftlicher, mit Angabe der Rechtsfolgen verbundener Ablehnung durch den Versicherer gerichtlich geltend gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.

§ 12 Zahlung der Entschädigung

- (1) Ist die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so hat die Auszahlung der Entschädigung binnen zwei Wochen zu erfolgen. Jedoch kann ein Monat nach Anzeige des Schadens als Abschlagszahlung der Betrag beansprucht werden, der nach Lage der Sache mindestens zu zahlen ist.
- (2) Die Entschädigung ist seit Anzeige des Schadens mit 1 Prozent unter dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank zu verzinsen, mindestens jedoch mit 4 Prozent und höchstens mit 6 Prozent pro Jahr. Die Verzinsung entfällt, soweit die Entschädigung innerhalb eines Monats seit Anzeige des Schadens gezahlt wird. Zinsen werden erst fällig, wenn die Entschädigung fällig ist.
- (3) Die Entstehung des Anspruchs auf Abschlagszahlung und der Beginn der Verzinsung verschieben sich um den Zeitraum, um den die Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde oder der Höhe nach durch Verschulden des Versicherungsnehmers verzögert wurde.
- (4) Sind im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall behördliche Erhebungen oder ein strafgerichtliches Verfahren gegen den Versicherten eingeleitet worden, so kann der Versicherer bis zum rechtskräftigen Abschluss dieser Verfahren die Zahlung aufschieben.

§ 13 Kündigung im Schadenfall

- (1) Nach Eintritt eines Versicherungsfalles können beide Parteien den Versicherungsvertrag kündigen. Die Kündigung ist schriftlich zu erklären.
- Sie muss spätestens einen Monat nach dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zugehen. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten; seine Kündigung wird in keinem Falle vor Beendigung der laufenden Reise wirksam. Kündigt der Versicherungsnehmer, so kann er bestimmen, dass seine Kündigung sofort oder zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, jedoch spätestens zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode.
- (2) Hat der Versicherer gekündigt, so ist er verpflichtet, für die noch nicht abgelaufene Versicherungszeit den entsprechenden Anteil der Prämie zu vergüten.

Vereinbarte Klauseln und besondere Vereinbarungen

Klausel Nr. 9 – Neuwertversicherung

1. Abweichend von § 7 Nr. 2 AVB Reisegepäck 1992 ist Versicherungswert derjenige Betrag, der allgemein erforderlich ist, um neue Sachen gleicher Art und Güte am ständigen Wohnort des Versicherten anzuschaffen (Neuwert).
2. Für technische Geräte, die älter als fünf Jahre, sowie für Bekleidung und Wäsche, die älter als drei Jahre, ist der Versicherungswert nur der Zeitwert, wenn der durch einen Abzug für Alter, Abnutzung und Gebrauch sich ergebende Wert unter 50 v. H. des Wiederbeschaffungspreises (Neuwert) liegt.
- Technische Geräte sind insbesondere Haushalts- und Küchengeräte, Foto-, Filmapparate und tragbare Videosysteme jeweils mit Zubehör, Phono-, Radio- und Fernsehgeräte, Camping- und Sportgeräte. Zu Bekleidung und Wäsche rechnen auch Schuhe und Pelzwerk.

Klausel Nr. 13 – Ausschluss von Auto- und Mobiltelefonen

Abweichend von § 1 Nr. 2 AVB Reisegepäck 1992 sind tragbare Autotelefone und Mobiltelefone vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Klausel Nr. 15 – Kein Abzug wegen Unterversicherung

1. Der Versicherer nimmt abweichend von § 9 Nr. 3 AVB Reisegepäck 1992 und § 56 WG keinen Abzug wegen Unterversicherung vor.
2. Versicherungsnehmer und Versicherer können unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende des laufenden Versicherungsjahres durch schriftliche Erklärung verlangen, dass diese Bestimmung mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres entfällt.
- Macht der Versicherer von diesem Recht Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Erklärung des Versicherers zum Ende des laufenden Versicherungsjahres kündigen.

Besondere Vereinbarung

Laptops sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Sofern im Ausnahmefall eine Deckung für Laptops beantragt wurde, ist dies in der Versicherungspolice des Versicherten vermerkt. Sofern dies der Fall ist, beträgt die Höchsthaftungssumme je Laptop 750 EUR und der Versicherte trägt einen Selbstbehalt von 20 % mindestens jedoch 100 EUR des Schadens. Der allgemeine Selbstbehalt in Höhe von 100 EUR findet hier keine Anwendung.

Besondere Vereinbarung

In Ergänzung von § 2 der AVB Reisegepäck 1992 gilt das vorübergehende Domizil im Ausland nicht als Wohnsitz oder ständiger Aufenthaltsort im Sinne dieser Bedingungen. Somit sind Fahrten, Gänge und der Aufenthalt im/am vorübergehenden Domizil mitversichert.

Selbstbehalt je Schadenfall

Der Versicherte trägt an jedem ersatzpflichtigen Schaden einen Selbstbehalt von EUR 100.

General Conditions of Insurance for Liability Insurance (AHB)

Scope of the insurance

I. The Insurance Cover (§§ 1-4)

§ 1 Scope of the insurance

1. The insurer provides the policyholder with insurance cover for the event that a third party makes a compensation claim against him/her on the basis of statutory liability provisions in private law for an event occurring during the period of the insurance which has resulted in the death, injury or harm to health of persons (personal injury) the damage or destruction of property (material damage).
2. The insurance cover extends to the legal liability
 - a) arising from the properties, legal relationships or activities of the policyholder set out in the insurance certificate and its supplements (insured risk)
 - b) arising from increases or expansions of the insured risk insofar as they do not consist in the keeping or operating of aircraft, motor vehicles or water-borne craft (apart from rowing boats). In the event of increases of the assumed risk as a result of changes in existing or the issuing of new legal regulations, the following applies: The insurer is entitled to terminate the insurance relationship observing a period of notice of one month. The right of termination ceases however if it is not exercised within one month of the time at which the insurer becomes aware of the increased risk, or if the situation which existed before the increase is restored.
 - c) arising from risks which newly arise for the policyholder after taking out the insurance, in accordance with §2 (Provident insurance)
3. The insurance cover can be extended by special agreement to statutory liability for pecuniary damages which have occurred neither through personal injury nor material damage, as well for mislaid articles. The provisions for material damage apply to mislaid articles.

Provident insurance

§ 2 Provident insurance

For provident insurance (§ 1 no. 2 c) the following special conditions apply in addition to the other provisions of the policy:

1. The insurance cover begins immediately with the start of a new risk without special notification being required. However, the policyholder must, at the request of the insurer, which can also be in the form of a note attached to the premium invoice, notify every newly occurring risk within one month of receipt of this request. If the policyholder does not notify the new risk in time or if within one month of receipt of the notification by the insurer agreement about the premium for the new risk has not been reached, the insurance cover for this lapses retrospectively as of the start of the risk. In the event of an insurance claim before the new risk has been notified the policyholder must provide evidence that the new risk only occurred after taking out the insurance and at a time at which the notification deadline had not expired.
2. The insurance cover is limited to the sum that has been set out in the insurance certificate.
3. The insurance cover does not extend to risks associated with:
 - a) the ownership, operation of railways, theatres, cinema and film enterprises, circuses and platforms, also of aircraft and water-borne craft of any type (apart from rowing boats) and driving such vehicles as well as hunting
 - b) manufacturing, processing, storing, transporting, using and trading in explosive substances insofar as a separate official licences is required for this
 - c) the keeping or driving of motor vehicles

Start and extent of the insurance cover, payment of the first premium

§ 3 Start and extent of the insurance cover, payment of the first premium

1. The insurance cover begins at the time indicated on the insurance certificate if the policyholder has paid the first or one-off premium in time.
2. The charged amount includes the insurance tax, which the policyholder has to pay in accordance with the legally stipulated sum.

II.

1. Unless otherwise agreed the first or one-off premium is due immediately on taking out the policy. The payment is considered to be on time if it is made immediately after receipt of the insurance certificate and the payment request, as well as at the end of the objection deadline of 14 days set out in the insurance certificate. If payment of the annual premium in instalments is agreed the first premium is considered to be the first instalment of the first annual premium.
2. If the policyholder does not pay the first or one-off premium at the due time, but at a later time, the insurance cover only begins as of this time.
3. If the policyholder does not pay the first or one-off premium in time, the insurer can withdraw from the policy as long as the premium has not been paid. It is considered as withdrawal if the insurer does not legally claim the first or one-off premium within three months of taking out the policy.
4. If the direct debiting of the premium from an account has been agreed the payment is considered as being on time if the premium can be debited on the due date as indicated in the insurance certificate and the policyholder does not object to an authorised debit. If the due premium could not be debited by the insurer through no fault of the policyholder the payment is still on time if it is made immediately after a written payment request by the insurer. If the policyholder is responsible for the premium not being able to be debited on repeated occasions the insurer is entitled to request future payment without direct debit.
5. If the first premium is not paid on time the policyholder is considered as being in default 30 days after the expiry of the objection period of 14 days as set out in the insurance certificate and after receipt of a payment request, unless the policyholder is not responsible for the delayed payment. The insurer is entitled to request compensation for the loss incurred through the delay.

III.

1. The insurer's payment obligation includes checking the liability question, the rejection of unjustified claims as well as the repayment of compensation which the policyholder has to pay on the basis of an acknowledgment issued or approved by the insurer, a concluded or approved settlement or a judicial decision. If the payment obligation of the insurer has been established the payment must be made within two weeks. If in criminal proceedings based on a damages event which could result in a liability claim covered by the insurance, the appointment of a defence lawyer for the policyholder is requested or approved, the insurer bears the fee-related, possibly specially agreed higher costs of the defence lawyer. If the policyholder has to stand surety in accordance with the law for an annuity owed as a result of the insurance claim or if he/she can defer the implementation of a judicial decision through standing surety or depositing, the insurer must stand surety or deposit in his/her place.
2. The insured sums indicated in the insurance certificate constitute the maximum limit per claim for the extent the insurer's payment. This also applies if the insurance cover extends to several persons liable to pay damages. Several claims linked in time due to the same cause or several claims resulting from delivery of the same defective products are considered as one claim. It can be agreed that the policyholder pays an excess in the event of each incident amounting to a sum determined in the insurance certificate.

It can also be agreed that the insurer limits his overall payment for all claims in an insurance year to a multiple of the agreed insured sums.

3. If in a claim there is dispute about the entitlement between the policyholder and the injured party or his/her legal successor the insurer conducts the legal dispute on behalf of the policyholder at his expense.

IV.

1. If the liability claims exceed the insured sum the insurer only has to bear the cost of the proceedings as a proportion of the insured sum to the overall amount of the claims, even if several proceedings arising out of one incident are involved. In such cases the insurer is entitled to exempt himself from all further payment by paying the insured sum and his share of the costs corresponding to the insured sum.

2. If the policyholder has to pay annuity payments to the injured party and if the capital value of the annuity exceeds the insured sum or the remainder of the insured sum after deduction of any other payments arising out of the claim, the annuity to be paid will only be paid by the insurer at the proportion of the insured sum or its residual amount to the capital value of the annuity. The annuity value is calculated on the basis of the general mortality tables for Germany with an endowment nature 1987 R men and women and on the basis of accounting interest which takes the actual capital market interest in Germany into consideration. The arithmetic mean of the public yields of the past 10 years, as published by the German Federal Bank is taken as the basis for this.

Subsequent increases and reductions in the annuity are calculated at the time of the original start of the annuity with the cash value of a deferred annuity in accordance with the above calculation principle. For calculating orphan benefits the age of 18 is agreed as the earliest end date. For the calculation of injured party benefits the age of 65 is agreed as the earliest end date in the case of wage-earners, unless otherwise agreed by a judgement, settlement or other decision, or the circumstances forming the basis of the determination change. In calculating the sum with which the policyholder must participate in the on-going annuity payments, if the capital value of the annuity exceeds the insured sum or remainder of the insured sum after deduction of other payments the other payments are deducted to their full amount from the insured sum.

3. If the handling of a liability claim through acknowledgment, satisfaction or settlement requested by the insurer fails through the resistance of the policyholder, the insurer is not responsible for the additional costs of the main proceedings, interests and costs incurred by the refusal.

Exclusions

§ 4 Exclusion

Unless otherwise expressly set out in the insurance certificate the insurance cover does not extend to:

1. Liability claims which on the basis of agreement or special consent go beyond the statutory liability of the policyholder
2. Claims for salaries, pensions, wages and other stipulated payments, care, medical treatment in the event of inability to work, benefit claims (cf. for example §§ 616, 616 Federal Code, 63 Commercial Code, 39 and 49 Seamen's law and the appropriate provisions of the business order of the Social Welfare Code VII and the Federal Social Welfare law) as well as claims on the basis of tumult claims laws.
3. Liability claims on the basis of incidents occurring abroad, though claims on the basis of §110 Social Welfare Code VII are, however, covered.

4. Liability claims as a result of participation in horse, cycle or motor vehicle races, boxing or wrestling as well as the preparations therefor (training).

5. Liability claims based on material damage due to the gradual effect of temperature, gases, vapours or moisture, precipitation (smoke, soot, dust and suchlike), also waste water, mould formation, subsidence of land (also of works or parts thereof erected thereon), landslides, vibrations due to pile-driving work, floods or stationary or flowing waterways as well as damage to land by grazing animals and wild animals.

6. Claims for damage to third-party effects and all pecuniary damage arising therefrom if

a) the policyholder has rented, leased, borrowed this property or acquired them through unlawful acts, or they are subject to a special administration agreement

b) the damage

- has occurred through business or occupational activities of the policyholder on these effects (processing, repair, transportation, testing etc); in the case of immovable effects this exclusion only applies if these effects or parts thereof were directly affected by the activity, has occurred through the policyholder using these effects to carry out his/her commercial or occupational activities (as tools, auxiliary agents, material storage area etc);

- in the case of immovable effects this exclusion only applies if these effects or parts thereof were directly affected by the use;

- has occurred through a business or occupational activity of the policyholder and the effects – if immovable effects are involved – or parts thereof were in the immediate area of influence of the activity; this exclusion does not apply if the policyholder can prove that at the time of the activity he/she had taken all the necessary measures to prevent damage.

If the prerequisites for the above exclusion are present in the persons of the employees, workers, officials, authorised representatives or agents of the policyholder the insurance cover also lapses, both for the policyholder and for any persons coinsured through the policy.

There is no insurance cover for claims:

- relating to the fulfilment of contracts, subsequent fulfilment, self-undertaking, withdrawal, reduction, compensation instead of payment

- relating to damage caused in order to implement improvement

- due to failure of use of the subject matter of the policy or absence of success of the contractual obligation

- relating to the reimbursement of futile expenses in anticipation of correct contract fulfilment

- relating to compensation for pecuniary losses due to delayed performance

- relating to substitute performance in place of fulfilment

This also applies if statutory claims are involved.

7. Liability claims for damages directly or indirectly connected to energy-rich ionising radiation (e.g. alpha, beta and gamma radiation emitted from radioactive substances, as well as neutrons or radiation generation in particle accelerators), as well as laser and maser radiation *

8. Liability claims for damages due to environmental effects and all further damage resulting from this. This also includes damage caused by fire and/or explosion.

This does not apply

a) as part of the insurance of private liability risks

or

b) if liability claims are made against the policyholder for damage due to environmental effects as a result of products (also waste) produced or delivered by the policyholder, through work or other activities after implementation or after completion of the work (product liability) unless this is a result of the planning, production, delivery, assembly, dismantling, repair or maintenance of

- installations intended for the production, processing, storage, depositing, conveying or disposal of substances harmful to waterways (Waterways Act [WHG] installations)

- installations in accordance with appendix 1 or 2 to the Environment Liability Law (UmweltHG installations)

- installations which in accordance with environmental protection regulations must be authorised or notified, insofar as they are not WHG or UmweltHG installations,

- waste water installations of part which are evidently intended for such installations

9. Claims relating to damages due to asbestos, substances or products containing asbestos

II.

Excluded from the insurance are:

1. Insurance claims by all persons who have deliberately caused the damage. In the case of delivery or manufacturing of goods, products or work, knowledge of the defective nature or harmfulness of the goods etc is the equivalent of malicious intent.

2. Liability claims

a) based on incidents involving relatives of the policyholder, who live in a joint household or who are persons coinsured in the insurance policy

b) between several policyholders of the same insurance policy

c) by legal representatives of persons incapable or incapable to a limited extent of managing their own affairs

d) by partners of companies without legal status who are personally liable without limitation

e) by legal representatives of juridical persons in private or public law as well as associations without legal status

f) by liquidators

Relatives are spouses, partners in accordance with the cohabiting partnership law or equivalent partnerships in accordance with the law of other countries, parents and children, adopted parents and children, parents and children in law, step-parents and children, grandparents and grandchildren, siblings as well as foster parents and children (persons who are associated with each other through a family-like, long-term relationship as parents and children). The exclusions under b) to f) also extend to liability claims by relatives of the persons cited therein if they live in a joint household.

3. Liability claims based on the fact that the policyholder has not within an appropriate period rectified particularly dangerous circumstances which the insurer can by rights request, and has requested, to have eliminated. A circumstance which had resulted in damage continues to be considered as particularly risky.

4. Liability claims for personal harm resulting from the transmission of an illness of the policyholder, as well as material damage caused by animals belonging to, kept by or sold by the policyholder, unless the policyholder has not acted in a malicious or in a grossly negligent manner.

5. Liability claims for damage caused to work or effects produced or supplied by the policyholder (or third parties acting on his/her instructions or behalf) as a result of a cause lying in the production or supply and all pecuniary losses arising there from.

* The compensation of damage caused by nuclear energy is determined by the Nuclear Act. The operators of nuclear installations are liable for cover provision and taking out liability insurance for this.

Obligations of the policyholder, procedure

II. In the event of a claim (§§ 5, 6)

§ 5 Obligations of the policyholder, procedure

1. A claim in accordance with this policy is the incident, which could result in liability claims against the policyholder.

2. Every claim must be notified in writing to the insurer (§14) immediately, within one week at the latest. If investigation proceedings are initiated or a notice of prosecution or a warning is issued, the policyholder must notify the insurer immediately, even if the claim has already been notified. If the injured party enforces his/her claim against the policyholder, he/she must notify this within one week of making the claim. If a claim is judicially made against the policyholder, if assistance with the proceedings costs is applied for or if the action is judicially notified, he/she must also notify this immediately. The same applies in the case of an arrest, a restraining order or evidence collection proceedings.

3. The policyholder must if possible, observing the directions of the insurer, ensure avoidance and reduction of the claim and do everything to clarify the incident if nothing undue is assumed of him/her. He/she must support the insurer in avoiding the claim and in assessing and settling the claim, submit comprehensive and truthful damage reports, inform him of all circumstances relating to the claim and forward all documents which in the view of the insurer are of relevance to assessing the claim.

4. If the liability claims results in a lawsuit the policyholder must leave the conduct of the case to the insurer, grant power of attorney to the lawyer appointed or designated by the insurer and provide all explanations deemed necessary by this person or the insurer. Without awaiting the insurer's instructions, the policyholder must object in time to warning notices or orders relating to compensation from administration authorities or make use of the required legal remedies.

5. The policyholder is not entitled, without the prior consent of the insurer, to accept or satisfy a liability claim in full or in part or to agree a compromise. In the event of infringement the insurer is exempted from payment obligations, unless the policyholder could not in accordance with the circumstance refuse the satisfaction or acceptance without evident pre-justice.

6. If as a result of changed circumstances the policyholder acquires the right to request the cancellation or reduction of a payable annuity, he/she must have the insurer exercise this right in his/her name. The provisions of numbers 3 to 5 apply accordingly.

7. The insurer is considered as being authorised to give on behalf of the policyholder all declarations he deems expedient to settle or avoid the claim.

Legal consequences of breach of obligations

§ 6 Legal consequences of breach of obligations

I.

If one of the obligations set out in § 5 or if another obligation to be fulfilled in the event of or following a claim is breached the policyholder loses his/her insurance cover, unless he/she has breached the obligation neither in a malicious or grossly negligent manner. In the event of a grossly negligent breach the policyholder retains his/her insurance cover if the breach has had no effect on the establishment of the claim or on the assessment of the performance. If the breached obligation is intended to avoid or reduce the claim, the policyholder retains his/her insurance cover in the event of gross negligence if the scope of the claim would not have been any less if the obligation had been fulfilled. In the event of a negligent breach the policyholder retains his/her insurance cover only if the breach would not have seriously impaired the interests of the insurer, or if no great blame is being apportioned to the policyholder.

II.

If an obligation is breached which must be fulfilled vis-à-vis the insurer before the claim or to avoid/reduce risk, the policyholder has no insurance cover if the insurer exercises his right to cancel the policy without notice within one month of becoming aware of the breach of obligation. The insurer has no right of cancellation and the insurance cover remains intact if no blame could be attached to the breach of obligation. If the breached obligation was intended to reduce the risk or prevent an increase in risk, the policyholder does not lose his/her insurance cover if the breach has had no effect on the occurrence of the claim or the extent of the insurer's payment obligations.

Insurance on behalf of others, transfer of the insurance claim

III. The insurance relationship (§§ 7-14)

§ 7 Insurance on behalf of others, transfer of the insurance claim

1. If the insurance extends to liability claims against persons other than the policyholder himself/herself, all the provisions in the insurance policy relating to the policyholder apply to these persons accordingly. Exercising the rights arising out of the insurance policy is the exclusive responsibility of the policyholder, who remains responsible for fulfilling the obligations along with the insured person.

2. Claims by the policyholder himself/herself or the persons named in § 4 number II.2 against the insured persons as well as claims among the insured persons are excluded from the insurance.

3. Before having been definitively established, the insurance claims cannot be transferred without the express consent of the insurer.

Premium payment, premium regulation, premium adjustment, premium in the event of early termination of the policy

§ 8 Premium payment, premium regulation, premium adjustment, premium in the event of early termination of the policy

I.

1. Unless otherwise agreed the subsequent premiums are due on the first of the month of the agreed premium payment period. The payment is considered to be on time if it has been made at the time indicated on the insurance certificate or in the premium invoice. The charged premium includes the insurance tax which the policyholder has to pay at the statutory rate.

2. If the direct debiting of the premium from an account has been agreed the payment is considered as being on time if the premium can be debited on the due date as indicated in the insurance certificate and the policyholder does not object to an authorised debit.

If the due premium could not be debited by the insurer through no fault of the policyholder the payment is still on time if it is made immediately after a written payment request by the insurer. If the policyholder is responsible for the premium not being able to be debited on repeated occasions the insurer is entitled to request future payment without direct debit.

3. If the subsequent premium is not paid on time the policyholder is in default without a reminder, unless he/she is not responsible for the late payment. The insurer will request payment in writing and set a payment deadline of at least two weeks. The insurer is entitled to claim compensation for the loss incurred by the delay.

4. If the policyholder is still in default on expiry of this payment deadline, no insurance cover exists as of this time until payment is made if this has been indicated to him/her in the payment request.

* The compensation of damage caused by nuclear energy is determined by the Nuclear Act. The operators of nuclear installations are liable for cover provision and taking out liability insurance for this.

5. If on expiry of this payment period the policyholder is still in default with the payment, the insurer can cancel the policy without notice if he has pointed this out to the policyholder in the payment request. Cancellation can also be announced when determining the payment deadline. In this case the cancellation takes effect on expiry of the payment period if the policyholder is still in default with the payment at this time. This must be pointed out to the policyholder in the payment request. If the insurer has cancelled the policy and the policyholder pays the outstanding sum within one month of the cancellation, or if the cancellation is linked to the deadline determination within one month of expiry of the payment deadline, the policy is continued. For claims arising between the receipt of the cancellation and the payment there is, however, no insurance cover.

6. If payment of the annual premium in instalments has been agreed the still outstanding instalments become due immediately if the policyholder is in arrears with the payment of one instalment. The insurer can also demand annual premium payment in future.

II.

1. The policyholder must, when requested by the insurer, which can be by way of a notice printed on the premium invoice, indicate whether and what changes to the insured risk have occurred in the details given for the purpose of assessing the premium. This information must be provided within one month of receipt of the request. At the request of the insurer these details must be verified by way of the business books or other evidence. Incorrect details to the detriment of the insurer entitle the insurer to impose on the policyholder a contractual penalty amounting to three times the amount of the determined premium difference if the policyholder cannot prove that the incorrect details were provided through no fault of his/her own.

2. On the basis of the notification of changes or other findings the premium is corrected in accordance with the time of the change. However, it may not be less than the minimum premium that applied in accordance with the insurer's prices at the time of taking out the policy. All increases occurring in accordance with § 8 number III after taking out the insurance, or reductions in the minimum premium are taken into account. In the event of a risk ceasing to exist any reduced premium is calculated as of the time of notification.

3. If the policyholder does not submit the above notification in time, the insurer can, for the period for which the details were to be given, demand a subsequently payable sum amounting to the premium already paid for this period instead of premium regulation (number II.1). If the details are subsequently provided, but still within two months of receipt of the request for subsequent payment, the insurer must repay any premium sum paid in excess.

4. The above provisions also apply to insurance policies with premiums paid in advance for several years.

III.

1. On 1st July of each year an independent trustee determines by which percentage the average claims payments which insurers approved for providing general liability insurance have made in the past calendar year have increased or decreased compared to the previous year. The determined percentage is rounded down to the next lowest whole number divisible by five. Claims payments are also considered to be costs arising through individual claims for damage investigation which have been incurred in order to determine the basis and amount of the insurance payments. The average of the claims payments in a calendar year is the sum of the claims payments made during the year divided by the number of newly registered claims within the same period.

2. In the event of an increase the insurer is entitled, and in the event of a decrease obliged to adjust the following year's premium by the percentage resulting from number 1 paragraph 1 clause 2 (premium adjustment). If the average of the insurer's claims payments has increased in each of the last five calendar years by a percentage lower than that determined by the trustee for each of these years in accordance with number 1 paragraph 1 clause 1, the insurer may only increase the premium for the following year by the percentage by which his claims payments have increased in the previous calendar year in accordance with his internal company figures, this increase must not exceed that which would result in accordance with the above paragraph.

3. If the change in accordance with number 1 paragraph 1 or number 2 paragraph 2 is under 5 percent, premium adjustment does not take place. However, this change must be taken into consideration in the following years.

4. The premium adjustment applies to the following year's premiums due after 1st July. It is notified to the policyholder with the premium invoice.

5. If the following year's premium is calculated on the basis of a salary, building or turnover sum no premium adjustment takes place. This does not apply to minimum premiums.

IV.

In the event of early termination of the policy unless otherwise agreed the insurer is only entitled to the portion of the premium which corresponds to the expired policy period. In the event of full or partial cessation of insured risk the following applies: The insurer is entitled to the premium which he could have charged if the insurance of these risks had only been applied for up to the time at which he became aware of the cessation.

Duration of the policy, notice, transfer of company, cessation of the insured risk, double insurance

§ 9 Duration of the policy, notice, transfer of company, cessation of the insured risk, double insurance

I.

1. The policy is taken out for the period indicated on the insurance certificate.

2. With a policy duration of at least one year the policy is extended by one year at the end of the agreed period unless the other party has received written notice of cancellation at least three months before expiry.

3. In the case of a policy duration of less than one year the policy ends at the envisaged time without notice being required.

II.

1. If the premium increases on the basis of the premium adjustment in accordance with § 8 number III.2 without the scope of the insurance cover changing, the policyholder can cancel the insurance policy with immediate effect within one month of notification by the insurer, but at the earliest at the time at which the premium increase was to take effect. An increase in insurance tax does not constitute a cancellation right.

2. The insurance relationship can also be cancelled if the insurer has made a compensation payment on the basis of a claim or the liability claim is pending in court or the insurer has refused to pay the due insurance.

3. The cancellation notice must be received by the other party within one month of the claim payment or liability claim becoming pending in court or the payment refusal by the insurer.

4. If the policyholder cancels, his/her cancellation becomes effective immediately on receipt by the insurer. However, the policyholder can determine that the cancellation should take effect at a later point in time, but at the latest at the end of the current insurance year.

5. If the policy is cancelled the insurer is only entitled to the portion of the premium which corresponds to the elapsed policy period.

6. In the case of a policy duration of more than five years the policy can be cancelled at the end of the fifth year or each following year, notice of cancellation must be received by the other party at least three months before the end of the insurance year in question.

III.

1. If a company for which company liability insurance exists is sold to a third party, this third party assumes the rights and obligations of the policyholder arising for the duration of ownership from the insurance relationship. This also applies if a company is taken over by a third party on the basis of a usufruct, lease agreement or a similar relationship.

2. In this event the insurance relationship can be cancelled

- by the insurer vis-à-vis the third party with a period of notice of one month

- by the third party vis-à-vis the insurer with immediate effect of at the end of the current insurance period.

3. The right of cancellation lapses

- if the insurer does not exercise it within one month of the time of becoming aware of the transfer to the third party

- if the third party does not exercise it within one month of the transfer, whereby the cancellation right remains in existence to the end of one month from the time the third party became aware of the insurance.

4. If the transfer to a third party takes place during a current insurance period, the former policyholder and the third party are jointly liable for the insurance premium for this period.

5. The transfer of a company must be notified to the insurer immediately by the former policyholder or the third party. In the event of a culpable breach of the notification obligation there is no insurance cover if the claim arises more than one month after the time at which the insurer should have been notified, unless this legal consequence is out of proportion to the severity of the breach.

The insurance cover does not cease despite breach of the notification obligation if the insurer was aware of the sale at the time he should have been notified. The insurance cover is restored and applies to all claims which arise at least one month after the time the insurer becomes aware of the sale. This only applies if the insurer has not exercised his right of cancellation during this month.

IV.

If insured risks completely and permanently cease to exist the insurance relating to these risks lapses.

V.

1. Double insurance is present if an interest is insured against the same risk in several insurance policies.

2. If double insurance has come about without the knowledge of the policyholder, he/she can request the cancellation of the policy taken out later.

3. The right of cancellation lapses if the policyholder does not exercise it immediately he/she becomes aware of the double insurance. The cancellation takes effect on expiry of the insurance period during which it is requested.

Expiry, claim limitation

§ 10 Expiry, claim limitation

1. Claims arising from the insurance policy expire in two years. The period begins at the end of the year in which the claim can be made. If a claim by the policyholder has been registered with the insurer, the period from the claim notification to the receipt of the written decision by the insurer is not included when determining the deadline.

2. If the insurer has rejected the insurance cover, insurance cover cannot be claimed if the policyholder does not judicially enforce this within six months. The deadline begins with receipt of the written rejection by the insurer. The legal consequences of missing the deadline only come into force if the insurer has pointed out the necessity of timely judicial enforcement.

Precontractual notification obligations of the policyholder

§ 11 Precontractual notification obligations of the policyholder

I.

1. The policyholder or his/her authorised representative are obliged to notify the insurer at the time of taking out the policy of all known risk-relevant circumstances in writing, truthfully and completely, and, in particular, to answer the questions in the insurance application in the same manner. Risk-relevant are circumstances which could have an influence on the insurer's decision to conclude the policy at all or conclude it with the agreed contents. In cases of doubt a circumstance which the insurer has expressly asked about in writing is considered as being of relevance to the risk.

2. If the policy is taken out by an authorised representative of the policyholder or by a representative without representative authority and if this person is aware of the risk-relevant circumstance, the policyholder must be treated as if he/she was aware of it or has deliberately concealed it.

II.

1. Incomplete and incorrect details relating to risk-relevant circumstances entitle the insurer to withdraw from the insurance policy. This also applies if a circumstance has been incorrectly or incompletely notified because the policyholder has deliberately concealed knowledge of the truth. Withdrawal can only take place within one month. The deadline begins at the time the insurer becomes aware of the breach of the notification obligation. Withdrawal takes place by way of a declaration vis-à-vis the policyholder.

2. The insurer is not entitled to withdraw if he did not know about the unnotified risk-relevant circumstances or their incorrect notification. The same applies if the policyholder proves that neither he/she nor his/her authorised representative deliberately provided incorrect or incomplete details. If the policyholder had to notify the risk-relevant details on the basis of written questions posed by the insurer, the insurer can only withdraw due to omission to notify a circumstance that was not expressly asked about if this circumstance was deliberately concealed by the policyholder or his/her authorised representative.

3. In the event of withdrawal there is no insurance cover.

If the claim has already arisen the insurer may not refuse insurance cover if the policyholder can prove that the incompletely or incorrectly notified circumstance has had no influence on the occurrence of the claim or the extent of the payment. In the event of withdrawal the insurer and the policyholder must return the received payments; interest is

payable on a sum of money from the time of receipt. However, the insurer retains his entitlement to the part of the premium which corresponds to the policy period that had elapsed at the time of withdrawal.

III.

If the insurer's right of withdrawal is ruled out because a policyholder's notification obligation was breached through no fault of the policyholder, the insurer is entitled to this premium as of the start of the current insurance period if a higher premium is appropriate for the increased risk. The same applies if on taking out the policy a circumstance of greater relevance to assuming the risk has not been notified to the insurer because the policyholder was not aware of it. If the increased risk in accordance with the principles governing the insurer's business is not assumed even for a higher premium, the insurer can cancel the insurance policy with a period of notice of one month of the insurer becoming aware of the breach of obligation. The cancellation comes into effect one month after notice has been received by the policyholder.

The right to increase premiums or cancellation lapses if it is not exercised within one month of the time at which the insurer becomes aware of the breach of the notification obligation or the unnotified circumstance.

IV.

The right of the insurer to dispute the policy due to wilful deception with regard to the risk circumstances remains unaffected.

Applicable law

§ 12 Applicable law

German law applies to the policy.

Places of jurisdiction

§ 13 Places of jurisdiction

1. For complaints against the insurer arising out of the insurance policy the legal jurisdiction is determined on the basis of the domicile of the insurer or the subsidiary of the insurer responsible for the insurance policy. If an insurance agent has been involved in bringing about the policy the court of the location in which the insurance agent has his/her business premises for brokering or concluding policies, or in the absence of commercial premises, his/her place of residence, is also responsible.

2. Claims by the insurer against the policyholder can be lodged with the competent court at the place of residence of the policyholder. If the insurance policy involves company insurance the insurer can also enforce the claims at the court responsible for the company domicile or subsidiary of the policyholder.

Notifications and declarations of intention

§ 14 Notifications and declarations of intention

1. All notifications and declarations intended for the insurer must be submitted in writing. They should be addressed to the insurer's head office or to the office designated on the insurance certificate or its appendices.

2. If the policyholder has changed his/her address but has not informed the insurer, for a declaration of intention to be delivered to the policyholder it is sufficient to send a registered letter to last address known to the insurer. The declaration becomes effective at the time it would have been delivered to the policyholder by normal means of conveyance if the address had not changed.

3. If the policyholder has taken out company insurance, the provisions of number 2 apply accordingly in the event of relocation of the company

Special terms and descriptions of risk relating to liability insurance for travelers – AH 0800

Insured are those persons who are being enrolled by the policyholder. The insured receives a confirmation issued by the policyholder. The insured person is not considered a policyholder.

1. Personal Liability Insurance

Within the scope of the German General Terms and Conditions of Liability Insurance [Allgemeine Haftpflichtversicherungsbedingungen, hereinafter referred to as the "AHB"] and the following provisions, and applicable to the person cited by name in the insurance policy (hereinafter referred to as the Insured), coverage shall apply to the legal liability of the Insured in his/her capacity as a private individual arising from everyday perils.

The policy does not cover perils:

of the Insured's or a third party's business or trade, of a profession, duty, or official position (including honorary posts);

of pursuits entailing responsibility in an organization of any kind;

of unusual and perilous occupations.

1.1 Participation in Practical Training

The legally required personal liability of the insured person is also insured in the context of participating in a practical training course, for damages, which the person causes the provider of the practical training through the activities, in which the person engages during the participation in the practical training course.

The compensation ceiling for such damages shall be Euro 5,000 per individual occurrence. The deductible for each such damage case shall be Euro 250.00.

No insurance coverage shall exist for damages inflicted upon third parties during the participation in the practical training course, e. i. not upon the provider of the practical training. Also not insured are claims for personal damages that are occupational accidents or occupational diseases in the borrower's firm according to Social Law VII;

2. Family/Sports

The insurance includes cover for legal liability:

2.1 as a head of the family and household, e.g., resulting from the legal obligation to exercise proper supervision of minors;

2.2 as a cyclist;

2.3 arising from the practice of sport, including the practice of hunting, if no compulsory insurance is mandated during the practice of hunting in the respective country.

3. Damage to Rented Property

3.1 Contrary to § 4 (I) (6) a) of the AHB, the policy covers legal liability for damage to property and all economic loss arising therefrom, which is caused to rented buildings, accommodation, and other spaces in buildings rented for private purposes.

3.2 Coverage does not apply to:

3.2.1 liability claims due to:

- wear and tear, loss in value from normal use, and excessive usage;

- damage to heating installations, machinery, boiler plants and water heating systems, and to electrical and gas appliances;

- damage to glass, insofar as the Insured is able to take out a separate policy for this purpose;
3.2.2 claims of recourse that fall under the waiver of recourse according to the German Fire Underwriters' Agreement for overall loss events [Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Schadenereignissen].
3.3 Sum insured EUR 50,000. Overall coverage for all losses for each year of coverage is limited to twice this sum.

4. Sewage

In partial derogation of § 4 (l) (5) of the AHB, coverage includes liability claims due to damage to property caused by domestic sewage.

5. Gradual Damage

In partial derogation of § 4 (l) (5) of the AHB, coverage includes liability claims due to property damage arising through the gradual effects of temperature, gases, vapors or moisture, and precipitations (smoke, soot, dust, and the like).

6. Animals

Coverage also applies to legal liability:

- 6.1 arising as the keeper or custodian of tame pets, small tame domestic animals and bees, though not of dogs, cattle, horses, other riding animals and draft animals, wild animals, and animals that are kept for commercial or agricultural purposes;
 - 6.2 arising as a rider when using horses belonging to a third party for private purposes;
 - 6.3 arising from the minding of dogs belonging to a third party, provided this is not conducted on a commercial basis.
- Obligations under the animal keeper's liability insurance shall take precedence over this policy coverage.
Coverage does not extend to the minding of dogs, which are kept or owned by additional insured persons.
6.4 This policy does not cover any claims on the part of the animal keeper or owner.

7. Motor Vehicles, Aircraft, and Watercraft

7.1 This policy does not cover the liability of the owner, proprietor, keeper, or driver of a motor vehicle, aircraft, or watercraft due to damage caused by use of the vehicle or craft.

7.2 However, the policy does cover legal liability due to loss or damage caused through the use

7.2.1 of the following self-propelled land vehicles, as far as they are not subject to compulsory insurance coverage:

- motor vehicles, with no stipulated maximum speeds, which only operate on non-public ways or areas;
- motor vehicles with a design-based maximum speed of no more than 6 km/h;
- remote-controlled model cars.

7.2.2 of the following watercraft:

- recreational watercraft, excluding the Insured's own sailboats and any own or third-party recreational watercraft with a motor (including auxiliary or outboard motors) or propulsion element (see Section 8, however);
- windsurfing boards/sailboards;
- remote-controlled model cars.

7.3 The insurer is released from the obligation to pay if, upon the occurrence of the insured event, the driver of a vehicle listed under Section 7.2:

- does not have the mandatory official driver's license;
- was not authorized to be driving the vehicle.

The obligation to pay shall continue to apply with respect to the Insured, if the Insured, through no fault of his/her own, might have assumed that the authorized driver was in possession of the required driver's license, or if an unauthorized person was in charge of the vehicle.

8. Occasional Use of Motor-Assisted Boats Belonging to Third Parties

Contrary to Section 9.2.3, the policy covers legal liability due to loss or damage caused by the use of motor-assisted boats belonging to third parties (including motor-assisted sailboats) with an engine power of up to 55 kW (75 HP), as far as this use is occasional and is only exercised temporarily in each case up to a maximum of four weeks.

Coverage shall apply only insofar as the liability insurance of the keeper of the third-party boat is not obliged to grant coverage to the authorized driver of the boat.

Coverage does not apply to the use of watercraft, which:

- are kept by or are in the possession of additional insured persons;
- are taken into safekeeping or possession for an uninterrupted period of more than four weeks.

The insurer is exempt from the obligation to pay if, upon the occurrence of the insured event, the driver of the vehicle:

- does not have the mandatory official driver's license;
- was not authorized to be driving the vehicle.

The obligation to pay shall continue to apply with respect to the Insured, if the Insured, through no fault of his/her own, might have assumed that the authorized driver was in possession of the required driver's license, or if an unauthorized person was in charge of the vehicle.

9. Insured Events during Periods Spent Abroad

9.1 Contrary to § 4 (l) (3) of the AHB, coverage includes legal liability arising from insured events occurring abroad during a period spent abroad.

9.2 Coverage also applies to legal liability arising from temporary usage or rental (not possession) of houses and apartments situated abroad.

9.3 The insurer shall make all payments in euros. If the place of payment should be situated outside the countries that belong to the European Monetary Union, then the insurer's obligations shall be considered to have been fulfilled at the point at which the sum in euros is remitted to a financial institution situated within the European Monetary Union.

10. Weapons, Ammunition, and Projectiles

Coverage also applies to legal liability arising from the licensed private ownership and from the use of cutting weapons, thrust weapons, and firearms, as well as ammunition and projectiles, including the practice of hunting, if no compulsory insurance is mandated during the practice of hunting in the respective country. Coverage shall not apply to the use of the aforementioned weapons for criminal offenses.

11. Changes in Water Quality

Coverage (including the handling of economic loss and damage to property) applies to the Insured's legal liability for the direct or indirect consequences of changes to the physical, chemical, or biological conditions of a body of water, including the groundwater (damage done to waterways), with the exception of the Insured's liability as the owner of facilities

used to store water-endangering substances and arising from the use of these stored substances (coverage for this purpose is exclusively granted through a separate agreement).

11.1 Insured Facilities

- Contrary to Section 14, coverage does, however, apply to the Insured's legal liability as the owner of facilities for storing water- endangering substances in containers with a capacity of up to 50 liters/kilograms (small containers), insofar as the overall capacity of the available small containers does not exceed 500 liters/kilograms, as well as the legal liability arising from the use of these substances.

- If these quantities are exceeded, then coverage shall no longer apply. § 1 (2) of the AHB (Increase and Extension of Insured Risk) and § 2 of the AHB (Insurance of Future Risks) do not apply.

11.2 Costs of Rescue Operations

Any expenditure, whether effective or not, which the Insured might reasonably have supposed to have been necessary in order to prevent or minimize the damage or loss in an insured event (costs of rescue operations), as well as the out-of-court costs of expert appraisers, shall be borne by the insurer to the extent that, when taken together with the compensation, they do not exceed the sum insured for damage to property. The provisions of the AHB shall continue to apply in relation to legal costs and lawyers' fees.

The costs of rescue operations and out-of-court expert appraisals expended in accordance with the insurer's instructions shall also be reimbursed, even to the extent that, when taken together with the compensation, they exceed the sum insured for damage to property. Sanction or endorsement on the part of the insurer of measures taken by the Insured or third parties to prevent or minimize damage or loss shall not be considered to be instructions issued by the insurer.

11.3 Violations/Breaches of Duty

Coverage excludes liability claims against persons who have brought about the loss or damage through deliberate deviation from the laws and regulations or decrees and official orders directed at the Insured for the purpose of protecting waters and waterways.

11.4 Dangers to the Public

Coverage does not include liability claims for loss or damage demonstrably due to events of war or hostilities, riots and civil commotions, general strikes, illegal strikes, or directly due to the actions or orders of public authorities. The same applies to loss or damage through force majeure as far as natural forces have operated.

12. Loss of Private Keys Belonging to Third Parties

Supplementing § 1 (3) of the AHB and contrary to § 4 (I) (6) a) of the AHB, coverage includes legal liability arising from the loss of private keys belonging to third parties (including primary/master keys for central locking systems), which were lawfully in the safekeeping of the Insured.

Coverage extends to legal liability claims due to the costs incurred in the necessary replacement of locks and locking systems, as well as to temporary security measures (emergency locking) and protection of property for up to 14 days, calculated from the moment at which the loss of the key was detected.

In the case of individual owners, the insurance covers liability claims of the community of condominium owners. Liability to pay does not extend, however, to the co-ownership share in the joint property.

12.1 The policy excludes claims arising from:

- consequential loss or damage resulting from loss of a key (e.g., due to a burglary);
- the loss of keys that were relinquished to the Insured's employer by customers or other third parties;
- the loss of keys to safes and items of furniture and of other keys to personal property.

12.2 Sum insured EUR 20,000. Overall coverage for all losses for each year of coverage is limited to twice this sum.

13. Economic Loss

Coverage also includes legal liability due to economic loss within the meaning of § 1 (3) of the AHB arising from insured events that occur during the policy period.

The policy excludes claims arising from:

- loss or damage arising through work performed or items produced or delivered by the Insured (or by third parties on behalf or on account of the Insured);
- loss or damage caused by the harmful effects of the continuous impact of air pollution, noise, odor, vibrations, and similar phenomena;
- work involving planning, consulting, site supervision, construction supervision, testing, or expert appraisal;
- activities in connection with financial and credit transactions or the conduct of insurance, property, leasing, or other similar commercial business, as well as from payment transactions of all kinds, cash management, and from embezzlement and fraud;
- the infringement of intellectual property rights and copyright;
- failure to adhere to deadlines, time limits, cost estimates, and quotations;
- advice, recommendations, or orders given to economically linked companies;
- rationalization and automation, provision of information, translation, travel agency, and travel arrangements;
- deliberate deviation from statutory or official provisions, from the client's instructions or terms, or from any other deliberate breach of duty;
- the loss of property, including money, securities, and valuables, for example.

Sum insured EUR 200,000. Overall coverage for all losses for each year of coverage is limited to twice this sum.

14. Material Damage – Acts of Kindness

The following applies to property damage arising from acts of kindness:

The insurer shall not invoke a tacit exclusion of liability in the event of acts of kindness on the part of the Insured or additional insured persons, as far as this satisfies the wishes of the Insured and as far as a different insurer (e.g., an insurer providing comprehensive insurance) is not liable to pay. Contributory negligence of the injured party shall be taken into account. Insured sum: see insurance policy.

15. Restrictions on Location of Insurance Cover

Coverage shall not apply in countries in which the traveler's permanent residence is situated or in countries to whose nationality the traveler belongs.

Please note:

For the translation into english we assume no liability. In case of doubt the content of the original insurance conditions (German) applies.

Las condiciones del seguro de responsabilidad civil (AHB)

Objeto del seguro

I. Protección del seguro (Art. 1 – 4)

§ 1 Objeto del seguro

1. El asegurador garantiza al tomador del seguro protección en caso de que durante el período de vigencia del seguro se produzca un siniestro que tenga como consecuencia la muerte, lesiones o daños a la salud de personas (daños personales) o daños o desaparición de cosas (daños materiales), para estas consecuencias se tomará en consideración la indemnización de un tercero según las disposiciones legales sobre responsabilidad civil del derecho privado.

2. La protección del seguro se extiende sobre la responsabilidad civil legal

a) derivada de las propiedades indicadas en la póliza y en sus anexos, de las relaciones jurídicas o las actividades del tomador del seguro ("riesgo" asegurado).

b) derivada de los aumentos o ampliaciones del riesgo asegurado siempre que no consistan en la tenencia o la conducción de vehículos terrestres, aéreos o acuáticos (excepto embarcaciones de remos). En caso de aumento del riesgo asumido mediante modificación de normas jurídicas existentes o promulgación de nuevas normas, se aplicará lo siguiente:

El tomador del seguro está legitimado a rescindir la relación de seguro manteniendo un plazo de rescisión de un mes. El derecho de rescisión prescribirá si no se ha ejercido dentro de un período de un mes a partir del momento en el que se pone en conocimiento del asegurador el aumento del peligro o cuando se ha vuelto a producir la situación anterior al aumento.

c) derivada de riesgos surgidos de nuevo para el tomador del seguro tras finalizar éste según el artículo 2 (seguro de previsión).

3. La protección del seguro, mediante acuerdos especiales, podrá extenderse sobre la responsabilidad civil por daños patrimoniales que no se hayan producido por daños personales ni materiales, sino por extravío de cosas. Las disposiciones sobre daños materiales se aplicarán en el seguro por extravío.

Seguro de previsión

§ 2 Seguro de previsión

Para el seguro de previsión (art. 1, apartado 2 c) se aplicarán, además del resto de disposiciones contractuales, las siguientes condiciones especiales:

1. La protección del seguro empieza inmediatamente después de la aparición de un nuevo riesgo sin que se requiera un aviso especial. Sin embargo, por requerimiento del asegurador, que también puede llevarse a cabo mediante una nota adjunta a la factura de la cuota, el tomador del seguro está obligado a notificar todo riesgo nuevo en el período de un mes después de la recepción de dicho requerimiento. Si el tomador del seguro no lo notifica a tiempo o no se ha producido un acuerdo sobre la cuota para un nuevo riesgo en el plazo de un mes después de la recepción de la notificación por parte del asegurador, la protección del seguro se quedará suprimida para el mismo con efecto retroactivo desde la aparición del peligro. Si el siniestro se produce antes de que se haya efectuado la notificación del nuevo riesgo, el tomador del seguro deberá probar que el nuevo riesgo se ha producido después de la celebración del seguro y en un momento en el que no había transcurrido el plazo de notificación.

2. La apertura de seguro está limitada a la suma que se ha establecido en el certificado de seguro.

3. La protección del seguro no se extiende a peligros vinculados a:

a) La propiedad o tenencia de trenes, de empresas cinematográficas, teatros, cines, circos o palcos, además de vehículos aéreos y acuáticos de todo tipo (con la excepción de embarcaciones de remo) y de la conducción de dichos vehículos, así como de la práctica de la caza.

b) Fabricación, modificación, almacenamiento, transporte, uso de sustancias explosivas y de su comercio, siempre que se exija un permiso especial de las autoridades.

c) La conducción o tenencia de vehículos terrestres.

Inicio y alcance de la protección del seguro, pago de la cuota inicial

§ 3 Inicio y alcance de la protección del seguro, pago de la cuota inicial

I.

1. La protección del seguro empieza en el momento indicado en la póliza, cuando el tomador del seguro paga la cuota inicial o extraordinaria dentro del plazo establecido.

2. La cuota indicada en la factura incluye el impuesto sobre seguros cuyo importe, establecido legalmente, el tomador del seguro deberá abonar.

II.

1. La primera cuota, o cuota extraordinaria, vencerá inmediatamente después de la conclusión del contrato si no se ha acordado algo diferente.

El pago se considerará efectuado puntualmente si se hace efectivo inmediatamente después de la recepción de la póliza y de la nota de pago, así como después del transcurso del plazo de oposición de 14 días indicado en la póliza. Si se conviene que el pago de la cuota anual se efectuará a plazos, sólo el primer plazo de la cuota anual se considerará primera cuota.

2. Si el tomador del seguro no paga puntualmente la primera cuota o la cuota extraordinaria, sino que lo hace en un momento posterior, la protección del seguro se iniciará a partir de dicho momento.

3. Si el tomador del seguro no paga puntualmente la primera cuota o la cuota extraordinaria, el asegurador puede renunciar al contrato siempre que la cuota no se haya pagado. Se considerará renuncia si el asegurador no ha conseguido la ejecución judicial del pago en un período de tres meses a partir de la conclusión del contrato.

4. Si se acuerda efectuar el pago desde una cuenta, el pago se considerará efectuado puntualmente si la cuota se puede cobrar en el día del vencimiento indicado en la póliza y el tomador del seguro no se opone a un cobro autorizado. Si se ha producido el vencimiento de la cuota y no ha sido cobrada por el asegurador sin haber concurrido negligencia por parte del tomador del seguro, el pago seguirá siendo puntual si se hace efectivo inmediatamente después de una nota de pago por escrito del asegurador. Si el tomador del seguro ha sido responsable

reiteradamente de que la cuota no se haya podido cobrar, el asegurador estará legitimado a exigir un pago futuro fuera del adeudo en cuenta.

5. Si la primera cuota no se ha pagado puntualmente, el tomador del seguro incurrirá en demora a partir de los 30 días posteriores al plazo de oposición de 14 días indicado en la póliza y la llegada de una orden de pago, a no ser que el tomador del seguro no sea responsable de la demora en el pago. El asegurador está legitimado a exigir una indemnización por los daños causados por la demora.

III.

1. El deber de prestación del asegurador abarca el examen de la responsabilidad civil, la defensa ante reclamaciones ilegítimas y la compensación por la indemnización, que el tomador del seguro deberá pagar a causa de un reconocimiento otorgado o aceptado por el asegurador, de un acuerdo cerrado o aceptado por el mismo o de una decisión judicial.

Si se ha establecido la obligación del asegurador a pagar, la indemnización se deberá prestar en un plazo de dos semanas. Si en un proceso penal por un siniestro que pudiera haber tenido como consecuencia una reclamación por responsabilidad civil bajo la protección del seguro, se nombrara un abogado defensor para el tomador del seguro requerido o aceptado por el asegurador, le corresponderán al asegurador las costas del abogado según el reglamento sobre tasas acordadas con él, si se da el caso. Si el tomador del seguro deja de prestar una renta derivada de un siniestro en virtud de una ley o se interrumpe la ejecución por una decisión judicial mediante garantía o depósito, el asegurador está obligado en su lugar a la garantía o al depósito.

2. Para el alcance de la prestación del asegurador, las sumas del seguro indicadas en la póliza constituyen el límite máximo en cada siniestro. Esto también será aplicable cuando la protección del seguro se extienda a varias personas sujetas a indemnización. Varios daños conectados temporalmente por la misma causa o varios daños derivados de suministros de las mismas mercancías defectuosas se consideran un siniestro. Es posible acordar que, en todo siniestro, el tomador del seguro puede participar en una compensación con un importe establecido en la póliza.

También es posible acordar que el asegurador limite la totalidad de prestación de servicios para todos los siniestros de una anualidad del seguro en un múltiplo de la suma del seguro acordada.

3. Si en una situación de siniestro se llega a un conflicto jurídico sobre la reclamación entre el tomador del seguro y el perjudicado o sus sucesores legales, el asegurador llevará el proceso en nombre del tomador del seguro a su costa. Los gastos del asegurador por los costes no se calcularán como prestaciones sobre la suma del seguro (pero compárese con el apartado IV. 1).

IV.

1. Si las reclamaciones por responsabilidad civil superan la suma del seguro, el asegurador sólo deberá cargar con las costas procesales en relación a la suma del seguro como importe total de las reclamaciones, y también cuando se trate de un proceso derivado de más de un siniestro. En estos casos, el asegurador está legitimado a liberarse de otras cargas mediante pago de la suma del seguro y su parte correspondiente en los costes que se hayan derivado.

2. Si el tomador del seguro debe pagar pensiones al perjudicado y el valor del capital de la pensión sobrepasa la suma del seguro o el importe restante de la suma del seguro sobrante después de la reducción de otras prestaciones derivadas del siniestro, la pensión que debe prestarse se reembolsará como el valor de capital de la pensión sólo con relación con la suma del seguro o con el importe restante. El valor de la pensión se calculará según la tabla de mortalidad general de Alemania con carácter de caso de vida de 1987 (seguro de pensiones) para hombres y mujeres, tomando como base los intereses del mercado de capitales de Alemania. A este respecto, se tendrá en cuenta el valor medio aritmético sobre los réditos circulantes de los poderes públicos en los últimos 10 años publicados por el Banco Federal de Alemania. Los aumentos o reducciones posteriores de la pensión se calcularán en el momento del inicio original de la pensión con el valor efectivo de una pensión abierta según la base de cálculo nombrada. Para el cálculo de pensiones de orfandad se acuerda el 18º año de vida como edad final mínima. Para el cálculo de pensiones a damnificados, se acuerda el 65º año completo como edad final, siempre que no haya ninguna sentencia, acuerdo u otra resolución que disponga algo diferente o si se produce algún cambio en las circunstancias por las que se estableció la resolución. En el cálculo del importe con el que el tomador del seguro debe participar en los pagos de pensiones si el valor del capital de la pensión supera la suma del seguro o el resto de la suma del seguro restante después del pago de otras prestaciones, dichas prestaciones se deducirán de la suma del seguro en la totalidad de su importe.

3. En caso de que la tramitación exigida de una demanda de responsabilidad civil mediante reconocimiento, satisfacción o acuerdo a la resistencia del asegurado fracase, el asegurador no pagará el aumento de gastos en la cosa principal, intereses o costos derivados de la negativa.

Exclusiones

§ 4 Exclusiones

I.

Si en la póliza o en sus anexos no se establece explícitamente otra cosa, la protección del seguro no cubrirá:

1. Demandas de responsabilidad civil, siempre que supere el alcance de la responsabilidad civil legal del tomador del seguro en virtud del contrato o de declaraciones especiales.

2. Reclamaciones sobre sueldo, pensión por jubilación, salario y otras adquisiciones establecidas, manutención, tratamiento médico en caso de impedimento del servicio, derechos de asistencia (ver, por ejemplo, art. 616, 617 del Código Civil Alemán; 63 del Código de Comercio; 39 y

42 de la ley de navegación y las disposiciones generales del reglamento industrial de la legislación del Código Social VII y de la ley general de la ayuda social), así como derechos derivados de las leyes de daños causados por tumultos.

3. Demandas de responsabilidad civil por siniestros producidos en el extranjero, aunque los derechos derivados del art. 110 del Código Social VII están cubiertos.

4. Demandas de responsabilidad civil por daños causados por la participación en carreras hípcas, ciclistas o con vehículos; boxeo o lucha, así como la preparación de las mismas (entrenamiento).

5. Demandas de responsabilidad civil por daños materiales causados por la influencia paulatina de la temperatura, de gases, vapores o humedad; por humo, hollín, polvo o similares; por aguas residuales, enmohecimiento, hundimiento de terrenos (también de una obra edificada sobre estos), por desprendimientos de tierra, sacudidas como consecuencia de trabajos de percusión; por inundaciones de aguas estancadas o corrientes, así como por daños en las cosechas provocados por el ganado y por daños en la fauna.

6. Las demandas por daños a cosas ajenas y todos los daños patrimoniales resultantes de dichos daños si:

a) El tomador del seguro ha alquilado, contratado en leasing, arrendado, prestado o adquirido mediante uso ilícito de la propia fuerza o que sean objeto de un contrato de depósito específico.

b) Los daños

- se han producido por una actividad comercial o profesional del tomador del seguro sobre dichas cosas (modificación, reparación, transporte, examen y actividades similares); en el caso de bienes inmuebles, la exclusión sólo tiene validez cuando dichos bienes o sus partes han sido afectados directamente por la actividad;

- se han producido porque el tomador del seguro ha utilizado dichas cosas para llevar a cabo sus actividades comerciales o profesionales (como herramienta, recurso, superficie de depósito de materiales y similares); en el caso de bienes inmuebles, esta exclusión sólo será aplicable cuando estas cosas o sus partes hayan sido afectadas directamente por el uso.

- se han producido por una actividad comercial o profesional del tomador del seguro y estas cosas o sus partes, siempre que se trate de bienes inmuebles, se encuentren en el área de influencia directa de la actividad. Esta exclusión no será aplicable si el tomador del seguro demuestra que en el momento del ejercicio de la actividad era evidente que había tomado las medidas necesarias para la prevención de daños.

Si las condiciones previas de las exclusiones anteriormente mencionadas se dan en la persona de empleados, trabajadores, agentes, apoderados o encargados del tomador del seguro, la protección del seguro queda igualmente excluida, tanto para el tomador del seguro como las personas coaseguradas mediante el contrato del seguro.

No habrá protección del seguro para demandas:

- de cumplimiento de contratos, cumplimiento posterior, por acciones consigo mismo, dimisión, reducción, de compensación por daños en

lugar de la prestación;

- por daños causados por efectuar retoques;
- por falta de utilización del objeto del contrato o por ausencia del resultado debido con la prestación contractual;
- de indemnización de gastos inútiles confiando en un cumplimiento del contrato acorde al ordenamiento;
- de indemnización por daños patrimoniales debidos al retraso en la prestación;
- por otras indemnizaciones producidas en lugar del cumplimiento.

Esto también será aplicable si se trata de reclamaciones legales.

7. Reclamaciones por responsabilidad civil por daños relacionados directa o indirectamente con rayos ionizantes (por ejemplo, rayos alfa, beta y gama emitidos por sustancias radioactivas, así como neutrones o rayos generados en aceleradores de partículas), rayos láser y máser *.

8. Reclamaciones por daños causados por la acción del medio ambiente y todos los daños resultantes, incluyendo daños provocados por incendios y/o explosiones.

Esto no se aplicará:

a) En el marco de los seguros de riesgos privados de responsabilidad civil

o

b) si se presentan demandas de responsabilidad civil contra el tomador del seguro por daños causados por la acción del medio ambiente producidos por el tomador del contrato o por los productos suministrados (también residuos), por trabajo u otras prestaciones después de la ejecución de la prestación o la finalización de los trabajos (responsabilidad civil del producto), a no ser que:

sean resultado de la planificación, fabricación, suministro, montaje, desmontaje, conservación o mantenimiento de:

- Instalaciones destinadas a la fabricación, uso, almacenamiento, depósito, transporte o conducción de materiales perjudiciales para las aguas (disposiciones de la ley del régimen hidráulico).
- Instalaciones según el anexo 1 o 2 de la ley de responsabilidad ecológica (disposiciones de la ley de responsabilidad ecológica).
- Instalaciones sujetas a las disposiciones sobre medio ambiente de una obligación de permiso o de notificación, siempre que no se traten de disposiciones de la ley del régimen hidráulico o la ley de responsabilidad ecológica.
- Planta de tratamiento de aguas residuales o partes preparadas claramente para este tipo de instalaciones.

9. Reclamaciones contra daños debidos al amianto, a sustancias o a productos con contenido de amianto.

II.

Quedan excluidos del seguro:

1. Reclamaciones de seguros de todas las personas que hayan provocado daños premeditadamente. En caso de entrega o fabricación de mercancías, productos o trabajos el conocimiento de la existencia de deficiencias o de nocividad de las mercancías, etc. es equiparable a la intención.

2. Reclamaciones por responsabilidad civil:

a) Por daños de parientes del tomador del seguro que convivan en el mismo domicilio o que pertenezcan a las personas coaseguradas en el contrato del seguro.

b) Entre varios tomadores del seguro del mismo contrato.

c) De representantes legales de personas sin capacidad contractual o con dicha capacidad restringida.

d) De socios con responsabilidad personal ilimitada de sociedades comerciales sin capacidad jurídica.

e) De representantes legales de personas jurídicas de derecho privado o público, así como de asociaciones sin capacidad jurídica.

f) De liquidadores.

Se considerarán parientes los cónyuges, parejas según la ley de parejas de hecho o parejas similares según el derecho de otros estados, padres e hijos, padres e hijos adoptivos, suegros y cuñados, padrastros e hijastros, abuelos y nietos, hermanos, acogientes y acogidos (personas ligadas a otras por una relación similar a la familiar, como entre padres e hijos, establecida a largo plazo). Las exclusiones de b) a f) se extienden a las reclamaciones por responsabilidad civil de los parientes de las personas nombradas en dichos apartados si conviven en el mismo domicilio.

3. Las reclamaciones por responsabilidad civil que se deriven del hecho de que el tomador del seguro no haya solucionado en el plazo adecuado circunstancias especialmente amenazadoras, cuya solución el asegurador podía exigir y había exigido. Una circunstancia que haya conducido a un daño se considerará directamente especialmente amenazadora.

4. Las reclamaciones por responsabilidad civil debidas a daños personales causados por la transmisión de una enfermedad del tomador del seguro, así como de daños materiales causados por animales pertenecientes, transferidos o mantenidos por el tomador del seguro, siempre que el tomador del seguro no haya actuado intencionada o negligentemente.

5. Reclamaciones por responsabilidad civil provocadas por trabajos u objetos fabricados o entregados por el tomador del seguro (o por encargo del mismo o por cuenta de terceros) a consecuencia de alguna causa surgida en la fabricación o entrega y todos los daños patrimoniales resultantes de ésta.

* Las indemnizaciones por daños causados por energía nuclear dependerán de la ley sobre energía nuclear. Las personas que trabajan con energía nuclear están obligadas a la previsión de garantía y, por lo tanto, tendrán un seguro de responsabilidad civil.

Competencias del tomador del seguro, procedimiento

II. Situación del siniestro (§§ 5, 6)

§ 5 Competencias del tomador del seguro, procedimiento

1. Situación del siniestro en virtud de este contrato es el acontecimiento del siniestro que podría tener como consecuencia la reclamación por responsabilidad civil contra el tomador del seguro.

2. Toda situación de siniestro debe ser notificada inmediatamente y por escrito al asegurador (art. 14), como máximo en el transcurso de una semana. Si se instruye un sumario o se decreta una orden penal o una orden de pago, el tomador del seguro informará inmediatamente al asegurador, aunque él ya haya denunciado la situación de siniestro. Si el perjudicado consigue hacer valer su reclamación frente al tomador del seguro, éste queda obligado a notificarlo en el periodo de una semana a partir de la presentación de la demanda. Si en el juzgado se hace valer una reclamación contra el tomador del seguro que comporte ayuda en los costes procesales o se le declara judicialmente el litigio, el tomador del seguro deberá también informar inmediatamente. Lo mismo se aplicará en caso de arresto, de una disposición provisional o de un proceso de aseguramiento de la prueba.

3. El tomador del seguro está obligado a actuar siguiendo las instrucciones del asegurador para la prevención y la reducción de los daños, y a hacer todo lo posible para la aclaración del siniestro, siempre que no se le obligue a nada inequitativo. Tiene que apoyar al asegurador en la defensa de los daños, así como en la investigación y regulación de los daños, a presentar informes de los daños detallados y veraces, a comunicar todas las circunstancias de los hechos relacionados con el siniestro y a enviar todos los documentos importantes que el asegurador considere para la valoración del siniestro.

4. Si se llega al pleito sobre la responsabilidad civil, el tomador del seguro debe dejar la dirección del proceso al asegurador, autorizar al abogado designado o requerido por el asegurador y dar las explicaciones que el abogado o el asegurador considere pertinentes. Deberá

formular oposición o interponer el recurso necesario contra las órdenes de pago o las disposiciones de las autoridades administrativas sobre indemnización por daños dentro del plazo, sin esperar a las instrucciones del asegurador.

5. El tomador del seguro no está legitimado a admitir o a satisfacer total, parcial o comparativamente una reclamación por responsabilidad civil sin la previa aprobación del asegurador. En caso de infracción, el asegurador está libre del deber de prestación, a no ser que el tomador del seguro no haya podido negarse a la satisfacción o a la aceptación después de los hechos sin una inequidad manifiesta.

6. Si el tomador del seguro, como consecuencia del cambio en las relaciones exige el derecho de reclamar la supresión o la disminución de una pensión a pagar, estará obligado a dejar que el asegurador ejercite dicho derecho en su nombre. Se aplicarán las disposiciones de los apartados 3 – 5.

7. El asegurador se considera autorizado a entregar en nombre del tomador del seguro todas las declaraciones para el arreglo o el acuerdo de la reclamación que considere adecuadas.

Consecuencias jurídicas en caso de vulneración de obligaciones

§ 6 Consecuencias jurídicas en caso de vulneración de obligaciones

I.

Si se vulnera una de las obligaciones del artículo 5 u otra durante o con posterioridad al siniestro, el tomador del seguro perderá su protección, siempre que no haya vulnerado la obligación ni intencionadamente ni por negligencia grave. En caso de vulneración por negligencia grave, el tomador del seguro conserva la protección del seguro si la vulneración no ha tenido influencia en la determinación del siniestro ni en el establecimiento de la prestación.

Si la obligación vulnerada tiene por objeto la prevención o la reducción de los daños, el tomador del seguro conserva la protección en caso de negligencia grave siempre que el alcance de los daños tampoco hubiera sido menor en el cumplimiento de la obligación. En caso de vulneración intencionada, el tomador del seguro sólo conservará la protección si la vulneración no podía mermar seriamente los intereses del asegurador o si el tomador del seguro no incurría en una culpa considerable.

II.

Si se vulnera una obligación que debe cumplirse antes del inicio de la situación de siniestro para la previsión o reducción del peligro ante el asegurador, el tomador del seguro no tendrá protección si el asegurador hace uso de su derecho de rescisión inmediata del contrato dentro del periodo de un mes a partir del conocimiento de la vulneración de obligación. El asegurador no tiene derecho a la rescisión y se mantiene la protección si la vulneración de la obligación se ha cometido sin culpabilidad. No obstante, si la obligación vulnerada tenía como objetivo la reducción del peligro o la protección ante un aumento del peligro, el tomador del seguro no pierde la protección del seguro si la vulneración no ha influido en el inicio de la situación de siniestro o en el alcance de la prestación correspondiente al asegurador.

Seguro por cuenta ajena, cesión de la reclamación del seguro

III. Relación de seguro (§§ 7-14)

§ 7 Seguro por cuenta ajena, cesión de la reclamación del seguro

1. Siempre que el seguro se extienda a la reclamación por responsabilidad civil contra otras personas que no sean el propio tomador del seguro, todas las disposiciones relativas al tomador del seguro en el contrato del seguro son aplicables también a estas personas. El ejercicio de los derechos derivados del contrato del seguro corresponde exclusivamente al tomador del seguro, que sigue siendo responsable del cumplimiento de las obligaciones junto al asegurado.

2. Las reclamaciones del tomador del propio tomador del seguro o de las personas indicadas en el artículo 4 apartado II 2 contra el asegurado y las reclamaciones de los asegurados entre ellos quedan excluidas del seguro.

3. Las reclamaciones del seguro no se pueden transmitir antes de su conclusión definitiva sin la aprobación explícita del asegurador

Pago de cuotas, regulación de cuotas, amortización de cuotas, cuota en caso de extinción prematura del seguro

§ 8 Pago de cuotas, regulación de cuotas, amortización de cuotas, cuota en caso de extinción prematura del seguro

I.

1. Las cuotas complementarias vencerán, salvo si se dispone algo distinto, el primero de cada mes del periodo de cuotas acordado. El pago se considerará puntual si se hace efectivo en el momento establecido en la póliza o en la factura de la cuota. El importe indicado en la factura contiene el impuesto sobre seguros que el tomador del seguro debe abonar y cuyo importe depende de lo establecido en la ley.

2. Si se acuerda que el cobro de la cuota se efectúe desde una cuenta, al pago se considerará puntual si la cuota se puede cobrar dentro del periodo de vencimiento indicado en la póliza y el tomador del seguro no se opone a un pago autorizado. Si el cobro de la cuota vencida por parte del asegurador no pudo llevarse a cabo sin que sea culpa del tomador del seguro, el pago sigue siendo puntual si se hace efectivo inmediatamente después de un requerimiento de pago por escrito del asegurador. Si el tomador del seguro debe responder por la imposibilidad reiterada del cobro de la cuota, el asegurador está legitimado a exigir un futuro pago fuera del procedimiento de nota de cargo.

3. Si la cuota complementaria no se paga a tiempo, el tomador del seguro incurre en demora sin amonestación, siempre que no sea responsable de la demora en el pago. El asegurador requerirá el pago al tomador del seguro y establecerá un plazo de un mínimo de dos semanas. El asegurador está legitimado a exigir una compensación por los daños que hayan podido surgir debidos a la demora.

4. Si el tomador del seguro sigue incurriendo en demora del pago una vez pasado el plazo de pago, no habrá protección del seguro desde ese momento hasta el pago cuando se le avise de ello con el requerimiento de pago.

5. Si el tomador del seguro sigue demorándose en el pago una vez finalizado el plazo, el asegurador puede rescindir el contrato sin tener que cumplir un plazo de rescisión si se ha avisado al tomador del seguro con el requerimiento de pago. La rescisión ya puede declararse en la determinación del plazo de pago. En este caso, la rescisión será efectiva en el transcurso del plazo de pago si el tomador del seguro aún se encuentra en demora con el pago. A continuación deberá avisarse al tomador del seguro en el requerimiento de pago.

Si el asegurador ha efectuado la renuncia y el tomador del seguro paga dentro del periodo de un mes después de la rescisión, si ésta ha sido vinculada a la determinación del plazo, dentro del periodo de un mes después del transcurso del plazo de pago de la cuota reclamada, el contrato continuará. No obstante, para siniestros acaecidos entre el inicio de la rescisión y el pago no habrá protección del seguro.

6. Si se ha acordado pagar la cuota anual en plazos mensuales, los plazos pendientes vencerán inmediatamente cuando el tomador del seguro incurra en la demora del pago de un plazo. El asegurador también podrá exigir en el futuro el pago anual de la cuota.

II.

1. Después de la recepción de un requerimiento del asegurador, que se deberá efectuar mediante nota adjunta a la factura de la cuota, el tomador del seguro estará obligado a comunicar si hay cambios y qué cambios se han producido en el riesgo asegurado respecto a los datos indicados con el fin de calcular la cuota. Si el asegurador lo requiere, los datos se presentarán mediante libros de contabilidad u otros comprobantes. Los datos incorrectos desfavorables para el asegurador legitiman al mismo a imponer al tomador del seguro una pena contractual con el triple del importe de la diferencia de la cuota que se haya detectado si éste no demuestra que los datos incorrectos no son atribuibles a su culpa.

2. Basándose en el anuncio de modificación u otras declaraciones, la cuota se rectificará según el momento de la modificación. Sin embargo, la cuota no podrá ser menor a la cuota mínima aplicable según la tarifa del asegurador en el momento de la conclusión del seguro. Se tendrán en cuenta todas las disposiciones del artículo 8 apartado III sobre los

aumentos o reducciones de la cuota mínima efectuados después de la conclusión del seguro. En caso de supresión de un riesgo, se calculará la posible cuota más baja a partir de la recepción de la notificación.

3. Si el tomador del seguro omite presentar la notificación anteriormente mencionada, el asegurador puede exigir una cuota como pago posterior de un importe de la cuota ya pagada para ese momento en lugar de la regulación de la cuota (apartado II. 1). Si los datos son posteriores, pero aún se encuentran dentro de un periodo de dos meses a partir de la recepción del requerimiento de pago posterior, el asegurador estará obligado a rembolsar el importe excesivo de la cuota pagada.

4. Las disposiciones mencionadas anteriormente también serán aplicables a los seguros con pago anticipado de cuotas por varios años.

III.

1. El 1 de julio de cada año, un fiduciario independiente se encargará del cálculo del aumento o disminución del porcentaje de la media de los pagos por daños que el asegurador había establecido en el año natural anterior para el funcionamiento del seguro de responsabilidad civil general. El porcentaje determinado se redondeará al número cercano más bajo dividido por la quinta parte.

También se consideran pagos por daños los gastos efectuados de forma especial debidos a siniestros aislados para la evaluación de daños que se hayan utilizado para establecer las prestaciones del seguro según la causa y la magnitud. Como promedio de los pagos por daños de un año natural, la suma de los pagos por daños en este año se dividirá por el número de los nuevos siniestros indicados en el mismo periodo.

2. En caso de un aumento, el asegurador está legitimado y en caso de una disminución está obligado a modificar la cuota del año siguiente en el porcentaje resultante de lo dispuesto en el apartado 1, inciso 1, frase 2 (reajuste de la cuota). Si el promedio de los pagos por daños del asegurador aumenta en cada uno de los últimos cinco años en un porcentaje bajo calculado por el fiador para cada año según el apartado 1, inciso 1, frase 2, el asegurador puede aumentar el porcentaje de la cuota del año siguiente para aumentar el porcentaje de los pagos por daños según las cifras de su empresa en el último año natural. Este aumento no puede superar el indicado en el inciso anterior.

3. Si la modificación según el apartado 1, inciso 1 o el apartado 2, párrafo 2 se encuentra por debajo del 5 por ciento, no se llevará a cabo el reajuste de la cuota, aunque esta modificación deberá tenerse en cuenta durante los siguientes años.

4. El reajuste de la cuota se considerará vencido a partir del 1 de julio, en las cuotas del año siguiente. Se pondrá en conocimiento del tomador del seguro con la factura de la cuota.

5. Siempre que la cuota del año siguiente se calcule según la suma de salario, obra o volumen de ventas, no tendrá lugar un reajuste de la cuota. Esta disposición no se aplicará en las cuotas mínimas.

IV.

En caso de extinción prematura del contrato, el asegurador, siempre que no se acuerde algo distinto, sólo tendrá derecho a la parte de la cuota que corresponda al tiempo del contrato transcurrido. En caso de pérdida total o parcial de los riesgos asegurados: Corresponderá al asegurador la cuota que habría podido imponer si el seguro de estos riesgos se hubiera solicitado sólo hasta el momento en el que se ponga en su conocimiento la pérdida.

Duración del contrato, rescisión, sucesión de empresa, desaparición del riesgo asegurado, doble seguro

§ 9 Duración del contrato, rescisión, sucesión de empresa, desaparición del riesgo asegurado, doble seguro

I.

1. El contrato tendrá la duración que se establezca en la póliza.

2. Si la duración del contrato es de un año, como mínimo, éste se prorrogará cada vez un año después del transcurso de la duración acordada si no se dirige a una de las partes contractuales una rescisión por escrito a los tres meses del final del periodo, como máximo.

3. Si la duración del contrato es de menos de un año, el contrato se extinguirá en la fecha prevista sin que sea necesaria la rescisión.

II.

1. Si la cuota aumenta basándose en el reajuste de cuota según el artículo 8, apartado III. 2 sin que cambie el alcance de la protección, el tomador del seguro puede rescindir el contrato del seguro en el periodo de un mes después de la recepción de la notificación del asegurador con efecto inmediato, aunque como mínimo debe hacerlo en la fecha en la que el aumento de la cuota debería hacerse efectivo. Un aumento del impuesto sobre seguros no justifica el derecho de rescisión.

2. La relación de seguro también podrá rescindirse si se efectúa el pago de una compensación por daños basándose en una situación de siniestro por parte del asegurador, si la reclamación por responsabilidad civil se ha dejado en manos de los tribunales o si el asegurador se ha negado a la prestación de la indemnización exigible.

3. La rescisión debe haber sido comunicada a la otra parte contractual como muy tarde un mes después del pago por daños o de la litisdependencia de la reclamación por responsabilidad civil o de la denegación de prestación del asegurador.

4. Si el tomador del seguro rescinde el contrato, su rescisión será efectiva inmediatamente después de haber informado al asegurador. No obstante, el tomador del seguro también puede establecer que la rescisión puede empezar a tener efecto en una fecha posterior, aunque ésta será como máximo el final del corriente año del seguro. La rescisión del asegurador será efectiva un mes con posterioridad a la fecha en que se haya informado al tomador del seguro.

5. Si se rescinde en contrato, el asegurador sólo tiene derecho a una parte de la cuota correspondiente al periodo contractual vencido.

6. En el caso de una duración de más de cinco años, el contrato puede rescindirse al final del quinto año o cada año consecutivo. La rescisión deberá ser comunicada como muy tarde tres meses antes del final del presente año del seguro.

III.

1. Si una empresa para la cual existe un seguro de responsabilidad civil para empresas es transferida a un tercero, éste pasa a ocupar el lugar del tomador del seguro en los derechos y deberes derivados de la relación de seguro durante su propiedad. Esta disposición también es aplicable si una empresa es cedida a un tercero en virtud de un contrato de usufructo, de arrendamiento o de una relación similar.

2. En estos casos, la relación de seguro puede rescindirse:

- por el asegurador ante el tercero con un plazo de un mes.

- por el tercero ante el asegurador con efecto inmediato o al final del presente periodo del seguro.

3. El derecho de rescisión se extinguirá:

- Si el asegurador no lo ejercita en el plazo de un mes a partir de la fecha en la que se ponga en su conocimiento la transmisión al tercero.

- Si el tercero, en un periodo de un mes después de la transmisión, no ejercita el derecho de rescisión del que dispone en un periodo de un Mes a partir de la fecha en la que el asegurador ha puesto en su conocimiento la existencia del seguro.

4. Si el traspaso al tercero tiene lugar durante un periodo de seguro corriente, el tomador del seguro hasta el momento y el tercero responden como deudores solidarios por la cuota del seguro de este periodo.

5. El tomador del seguro hasta el momento o el tercero deben comunicar el traspaso de la empresa al asegurador. En caso de una vulneración culpable del deber de notificación no existe protección del seguro si la situación de siniestro se produce un mes después de la fecha en la que se debería haber enviado la notificación al asegurador, a no ser que estas consecuencias jurídicas no tengan relación con la gravedad de la violación. La protección del seguro no quedará suprimida aunque se haya producido una vulneración de la obligación de notificación si el asegurador conocía la enajenación en el momento en el que debería haberle llegado la notificación. La protección del seguro se restablecerá y estará vigente para todos los casos del seguro que se produzcan un mes después de la fecha en la que el asegurador haya recibido noticia de la enajenación. Esto sólo será aplicable si el asegurador no ha hecho uso de su derecho de rescisión en dicho mes.

IV.

Si se produce una pérdida total y constante de los riesgos asegurados se extinguirá el seguro con relación a estos riesgos.

V.

1. Existirá un seguro doble si un interés contra el mismo peligro está asegurado en varios contratos de seguro.
2. Si se celebra un seguro doble sin que el tomador del seguro lo sepa, éste puede exigir la revocación del contrato celebrado posteriormente.
3. El derecho a la revocación se extinguirá si el tomador del seguro no lo hace efectivo inmediatamente después de que se haya puesto en su conocimiento la existencia del doble seguro. La revocación se hará efectiva al final del periodo del seguro en el que se exija.

Prescripción, plazo de interposición de demanda

§ 10 Prescripción, plazo de interposición de demanda

1. Las reclamaciones por el contrato del seguro prescriben a los dos años. El plazo empieza con el final del año en el que se pudo haber exigido la prestación. Si se ha comunicado al asegurador una reclamación del tomador del seguro, no contará dentro del cálculo del plazo el periodo desde la notificación hasta la puesta en conocimiento de la decisión por escrito del asegurador.
2. Si el asegurador deniega la protección del seguro, no habrá reclamación por protección del seguro si el tomador del seguro no la ha hecho válida ante los tribunales en un periodo de seis meses. El plazo empieza a contar con la puesta en conocimiento de la denegación por escrito del asegurador. Las consecuencias jurídicas de la inobservancia del plazo sólo tendrán lugar si el asegurador ha indicado la necesidad de la puntualidad en el ejercicio del derecho ante los tribunales.

Deber de aviso precontractual del tomador del seguro

§ 11 Deber de aviso precontractual del tomador del seguro

I.

1. El tomador del seguro o su apoderado están obligados a presentar al asegurador durante la celebración del contrato todas las circunstancias de peligro considerable que conozcan por escrito, en su totalidad y con veracidad, y especialmente deberán responder a las preguntas de la solicitud de seguro. Las circunstancias de peligro considerable son aquellas necesarias para influir en la decisión del asegurador de celebrar o no el contrato con el contenido acordado. Una circunstancia por la cual el asegurador ha preguntado explícitamente y por escrito será considerada de peligro considerable en caso de duda.
2. Si el contrato se celebra con un apoderado del tomador del seguro o con un representante sin poder de representación y éste conoce la circunstancia de peligro considerable, el tomador del seguro se dejará tratar como si tuviera noticia de ello o si lo callara con carácter doloso.

II.

1. Los datos incompletos e incorrectos sobre circunstancias de peligro considerable legitiman al asegurador a desistir del contrato del seguro. Esta disposición también es aplicable si no se ha presentado una circunstancia o se ha hecho de forma incorrecta, ya que el tomador del seguro ha evitado revelar la verdad de manera dolosa. El desistimiento sólo puede tener lugar en el periodo de un mes. El plazo empieza en el momento en el que se pone en conocimiento del asegurador la vulneración del deber de declaración. El desistimiento tendrá lugar mediante declaración ante el tomador del seguro.
2. El asegurador no tendrá derecho de desistimiento si conocía las circunstancias de peligro considerable no indicadas o indicadas incorrectamente. Se aplicará la misma disposición si el tomador del seguro prueba que los datos incorrectos o incompletos no se indicaron de manera culpable ni por él ni por su representante.
Si el tomador del seguro había indicado las circunstancias de peligro considerable mediante preguntas por escrito del asegurador, éste sólo podrá desistir por una indicación de una circunstancia por la que había preguntado expresamente si dicha circunstancia no fue mencionada dolosamente por el tomador del seguro o por su representante.
3. En caso de desistimiento no habrá protección de seguro. Si ya se ha producido la situación de siniestro, el asegurador no podrá negar la protección de seguro si el tomador del seguro demuestra que la circunstancia indicada de forma incompleta o incorrecta no ha tenido influencia en la aparición de la situación de siniestro ni al alcance de la prestación.

En caso de desistimiento, el asegurador y el tomador del seguro están obligados a restituir la prestación recibida. Se pagarán intereses desde el momento de la recepción. Sin embargo, el asegurador, mantendrá su derecho a la parte de la cuota correspondiente al momento del desistimiento.

III.

Si se excluye el derecho de restitución del asegurador porque la obligación de declarar del tomador del seguro fue vulnerada sin culpa, el asegurador, en caso de que se calcule una cuota mayor por un peligro mayor, tiene el derecho a reclamar dicha cuota desde el principio del presente periodo de seguro. Se aplicará lo mismo si en la celebración del contrato no se ha indicado al asegurador la asunción de la circunstancia de peligro considerable porque el tomador del seguro no la conocía. Si el peligro más grave según los fundamentos determinantes para la actividad profesional del asegurador no está asumido en una cuota de un importe mayor, el asegurador puede rescindir el contrato de seguro cumpliendo un plazo de rescisión de un mes después de que se haya puesto en conocimiento del asegurador la vulneración de la obligación de declarar. La rescisión tendrá efecto un mes después de su notificación al tomador del seguro. El derecho al aumento de la cuota o a la rescisión se extinguirá si no se hecho efectivo en un periodo de un mes desde el momento en el que el asegurador tuvo conocimiento de la vulneración del deber de declarar o de la circunstancia no indicada.

IV.

El derecho del asegurador a recurrir contra el contrato debido a engaño doloso sobre las circunstancias de peligro se mantiene intacto.

Derecho aplicable

§ 12 Derecho aplicable

Para este contrato se aplicará la legislación alemana.

Fuero

§ 13 Fuero

1. Para reclamaciones contra el asegurador derivadas del contrato del seguro, la autoridad judicial competente será en el domicilio del asegurador o el del establecimiento correspondiente al contrato del seguro. Si un agente de seguros ha intervenido en la realización del contrato también lo será el tribunal del lugar en el que agente desarrollaba su actividad profesional o, en defecto de un establecimiento profesional, su lugar de residencia.
2. Las reclamaciones del asegurador contra el tomador del seguro podrán presentarse en el tribunal competente del lugar de residencia del tomador del seguro. Siempre que el contrato sea relativo a una actividad empresarial, el asegurador también podrá hacer efectivas sus reclamaciones ante el tribunal competente de en la sede o el establecimiento del tomador del seguro.

Notificación y declaración de voluntad

§ 14 Notificación y declaración de voluntad

1. Todas las notificaciones y declaraciones establecidas para el asegurador se entregarán por escrito. Deberán dirigirse a la administración central del asegurador o al lugar indicado en la póliza del seguro o en sus anexos.
2. Si el tomador del seguro no ha comunicado al asegurador un cambio de dirección, para una declaración de voluntad dirigida al tomador del seguro bastará el envío de una carta certificada a la última dirección conocida por el asegurador. La declaración será efectiva hasta el momento en el que pueda llegar al tomador del seguro por transporte ordinario sin cambio de dirección.
3. Si el tomador del seguro ha celebrado el contrato del seguro para su actividad empresarial, en caso de traslado de la sede profesional serán aplicables las disposiciones del apartado 2.

CONDICIONES ESPECIALES Y DESCRIPCIÓN DE RIESGOS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD

Los asegurados son las personas que está inscribiendo el tenedor de la póliza. Los asegurados reciben una confirmación emitida por el tenedor de la póliza. La persona asegurada no se considera tenedora de la póliza.

1. Seguro privado de responsabilidad civil

De acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales del Seguro de Responsabilidad Civil (AHB) y en las siguientes disposiciones, la persona indicada en la póliza del Seguro (en lo sucesivo, el Asegurado) tiene, como particular, responsabilidad civil por los riesgos de la vida cotidiana.

Quedan excluidos los riesgos derivados de:

- una empresa o negocio propio o ajeno, una actividad profesional o un servicio o cargo (también, un cargo honorífico).
- una ocupación de responsabilidad en asociaciones de cualquier índole.
- una actividad no habitual y peligrosa.

1.1 Participación en capacitación práctica

La responsabilidad legalmente requerida de la persona asegurada también está asegurada en el contexto de la participación en un curso de capacitación práctica, por daños y perjuicios que la persona le provoque al proveedor de la capacitación práctica mediante las actividades en que la persona tome parte durante la participación en el curso de capacitación práctica.

El techo de compensación por tales daños y perjuicios será de 5,000 euros por cada incidente individual.

El deducible por cada uno de tales casos de daños y perjuicios será de 250.00 euros.

No habrá cobertura de seguro por daños y perjuicios infligidos a terceros durante la participación en el curso de capacitación práctica, es decir, no al proveedor de la capacitación práctica. Tampoco están aseguradas las reclamaciones por daños personales que sean accidentes laborales o enfermedades ocupacionales en la firma del prestatario de acuerdo con la Ley Social VII;

2. Familia/Deporte

El Seguro cubrirá la responsabilidad civil legal:

2.1 del responsable de la familia y la economía doméstica cuando existe, por ejemplo, un deber de vigilancia de los hijos menores de edad.

2.2 del ciclista.

2.3 por la práctica de deporte, incluida la caza, siempre y cuando en el país correspondiente no sea obligatorio un seguro durante la práctica de la caza.

3. Daños en bienes arrendados

3.1 A diferencia de lo establecido en el § 4, punto I. 6 a) de las AHB, el seguro cubrirá la responsabilidad civil legal por los daños materiales y todos los daños patrimoniales resultantes de los mismos que se produzcan en edificios, viviendas u otros locales en edificios arrendados para fines privados.

3.2 Quedan excluidas

3.2.1 las reclamaciones por responsabilidad civil derivadas de:

- el desgaste, deterioro o uso abusivo.
- los daños en instalaciones de calefacción, maquinaria, calderas y agua caliente, así como en los aparatos eléctricos y de gas.
- los daños en cristales, siempre y cuando el asegurado tenga la posibilidad de suscribir un seguro especial.

3.2.2 las acciones de regreso que puedan presentarse en siniestros coincidentes en los que se haya renunciado a dichas acciones mediante un acuerdo de las aseguradoras contra incendios.

3.3 La suma asegurada asciende a: 50.000 EUR.

La cobertura completa para todos los siniestros asciende al doble de dicho importe por año asegurado.

4. Aguas residuales

A diferencia de lo establecido en el § 4, punto I. 5 de las AHB, el Seguro cubrirá las reclamaciones por responsabilidad civil derivadas de los daños materiales producidos por las aguas residuales domésticas.

5. Daños paulatinos

A diferencia de lo establecido en el § 4, punto I. 5 de las AHB, el Seguro cubrirá las reclamaciones por responsabilidad civil derivadas de los daños materiales producidos por la influencia paulatina de la temperatura, gases, vapor o humedad y por la sedimentación (humo, hollín, polvo y similares).

6. Animales

El Seguro también cubrirá la responsabilidad civil legal

6.1 del cuidador o guardián de animales domésticos mansos, pequeños animales mansos y abejas, pero no asumirá los daños causados por perros, ganado, caballos, otro tipo de animales de montar o carga, animales salvajes y animales que se mantengan con fines profesionales o agrícolas.

6.2 del jinete cuando emplee caballos ajenos con fines privados.

6.3 por el cuidado de perros ajenos siempre y cuando dicha actividad no se lleve a cabo de forma profesional.

El seguro de responsabilidad civil del poseedor de un animal cubrirá los daños que se produzcan de forma preferente a este seguro.

El Seguro no cubrirá el cuidado de los perros que posean las personas coaseguradas o sean de su propiedad.

6.4 El Seguro no cubrirá las reclamaciones de los poseedores o propietarios de animales.

7. Vehículos de motor, aeronaves y embarcaciones

7.1 El Seguro no cubre la responsabilidad civil del propietario, poseedor, cuidador, o conductor, de un vehículo de motor, de una aeronave o una embarcación por los daños causados por el uso del vehículo.

7.2 Sin embargo, el Seguro cubre la responsabilidad civil legal por los daños originados por el uso

7.2.1 de los siguientes vehículos terrestres, si no hubiera una obligación de suscribir un seguro especial:

- Vehículos de motor que sólo circulen por caminos y lugares no públicos, sin tomar en consideración su velocidad máxima.
- Vehículos de motor que, por el modelo de construcción, alcancen una velocidad máxima de 6 Km./h
- Vehículos teledirigidos..

7.2.2 de las siguientes embarcaciones:

- Embarcaciones deportivas, a excepción de veleros propios y embarcaciones deportivas a motor propias o ajenas (también motores auxiliares o motores de fuera de bordo) o propulsores (véase sin embargo el punto 8);
- Tablas de wind-surf;
- Vehículos teledirigidos.

7.3 Según el punto 7.2, el Seguro no cubrirá los daños cuando en el momento en que se produzca el siniestro el conductor de un vehículo

- no tenga el permiso oficial de conductor necesario;
- haya conducido o dirigido el vehículo sin autorización.

La cobertura del seguro se mantendrá frente al asegurado si, de forma razonable, se puede presumir que el conductor autorizado posee el permiso de circulación correspondiente o cuando una persona desautorizada haya manejado el vehículo.

8. Uso ocasional de embarcaciones a motor ajenas

A diferencia de lo establecido en el punto 9.2.3, el Seguro ampara la responsabilidad civil legal por los daños causados por el uso de embarcaciones a motor ajenas (también veleros con motor auxiliar) con una potencia del motor que puede alcanzar 55 Kw. (75 caballos), siempre y cuando dicho uso sea ocasional y no supere en cada caso un tiempo máximo de cuatro semanas.

La protección del Seguro sólo se mantendrá si el seguro de responsabilidad civil del cuidador de la embarcación ajena no garantiza al conductor autorizado de la embarcación la cobertura de los riesgos.

El Seguro no cubrirá el uso de embarcaciones que:

- posean o tengan en propiedad las personas coaseguradas;
- sean custodiadas o se posean durante un periodo ininterrumpido de más de cuatro semanas.

El Asegurador quedará exonerado de su obligación de cubrir los daños cuando el conductor de la embarcación en el momento de producirse el siniestro

- no tenga el permiso oficial de conductor de embarcaciones;
- haya manejado la embarcación sin autorización.

La cobertura del seguro se mantendrá respecto del asegurado si, de forma razonable, se puede presumir que el conductor autorizado posee el permiso de conductor de embarcaciones.

9. Siniestros en caso de estancia en el extranjero

9.1 A diferencia de lo establecido en el § 4, punto I. 3 de las AHB, en el caso de estancia en el extranjero el Seguro cubrirá la responsabilidad civil legal por los siniestros ocurridos en el extranjero.

9.2 También ampara la responsabilidad civil legal por el uso temporal o arrendamiento (no la propiedad) de pisos y casa sitios en el extranjero.

9.3 El Asegurador abonará las prestaciones en euros. Si el lugar de pago se encuentra fuera de los estados que pertenecen a la Unión Monetaria Europea, se considerarán cumplidas las obligaciones del Asegurador en el momento en el que el importe en euros se haya transferido a una entidad bancaria situada en la Unión Monetaria Europea.

10. Armas, munición y proyectiles

El Seguro cubre la responsabilidad civil legal por la posesión privada autorizada y uso de armas cortantes, punzantes y armas de fuego, así como munición y proyectiles, incluida la práctica de la caza, si en el país correspondiente no es necesario suscribir un seguro obligatorio durante la práctica de la caza.

El Seguro no cubrirá los siniestros ocasionados por la utilización de las citadas armas para cometer hechos punibles.

11. Contaminación de las aguas

El Seguro ampara la responsabilidad civil del Asegurado por las consecuencias directas o indirectas de la alteración del estado físico, químico o biológico de las aguas, incluidas las aguas subterráneas, a excepción de la responsabilidad civil del propietario de sistemas de almacenamiento de sustancias contaminantes del agua y por la utilización de dichas sustancias contaminantes. Los daños patrimoniales recibirán el mismo tratamiento que los daños materiales. (La cobertura de este tipo de daños por el Seguro quedará garantizada exclusivamente por un contrato especial.)

11.1 Sistemas asegurados

- A diferencia de lo establecido en el punto 14, el Seguro cubre la responsabilidad civil legal del propietario de sistemas de almacenamiento de sustancias contaminantes de las aguas en recipientes con una capacidad de hasta 50 litros/kilo (barrica pequeña), siempre y cuando la capacidad total de las barricas no supere los 500 litros/kilo, así como la responsabilidad civil por la utilización de dichas sustancias.

- En caso de que se superen dichas cantidades, el Seguro ya no cubrirá los daños. No serán aplicables el § 1, punto 2, de las AHB (Aumento y ampliación del riesgo asegurado) y el

§ 2 de las AHB (Seguro de Previsión).

11.2 Gastos de salvamento de los bienes asegurados

Los gastos, también los infructuosos, que el Asegurado considerara necesarios para evitar o reducir el daño en el siniestro (gastos de salvamento), así como los gastos extrajudiciales de los peritos, serán por cuenta del Asegurador en tanto en cuanto no superen, junto con la indemnización, la suma asegurada para daños materiales. En cuanto a las costas judiciales y los honorarios de los abogados, serán aplicables las disposiciones de las AHB.

Los gastos de salvamento de los bienes asegurados y los gastos extrajudiciales correspondientes a los peritos empleados por indicación del Asegurador deberán restituirse en tanto en cuanto superen, junto con la indemnización, la suma asegurada para daños materiales. La aprobación del Asegurador de las medidas adoptadas por el Asegurado o terceros para evitar o reducir el daño no será considerada como una indicación del Asegurador.

11.3 Incumplimiento de obligaciones

Quedan excluidas las reclamaciones por responsabilidad civil contra las personas causantes del daño cuando hayan incumplido conscientemente leyes y decretos referentes a la protección de las aguas o mandamientos y providencias dirigidas al Asegurado.

11.4 Riesgos generales

El Seguro no cubrirá las reclamaciones por responsabilidad civil cuando esté demostrado que los daños tienen su origen en la guerra, otros enfrentamientos, rebeliones, levantamientos internos, una huelga general, una huelga ilegal o que son consecuencia directa de disposiciones o medidas adoptadas por los poderes públicos. La misma disposición será aplicable para los daños causados por fuerza mayor, siempre y cuando hayan intervenido las fuerzas de la Naturaleza.

12. Pérdida de llaves ajenas privadas

De forma complementaria al § 1, punto 3, de las AHB y a diferencia del § 4 punto I. 6 a) de las AHB, el Seguro cubre la responsabilidad civil legal por la pérdida de llaves ajenas privadas (también las llaves generales/principales de un sistema central de cierre) que haya poseído de forma lícita el Asegurado.

La cobertura garantizada por el Seguro abarca las reclamaciones de responsabilidad civil por los gastos derivados del cambio de cerraduras, sistemas de cierre y medidas provisionales de seguridad (cerradura de emergencia), así como la protección del inmueble de hasta 14 días, contados desde el momento en que se descubrió la pérdida de la llave.

En el caso de propietarios especiales, el Seguro cubrirá las reclamaciones por responsabilidad civil de la comunidad de propietarios.

Sin embargo, la obligación de pago de la prestación no se extenderá a la cuota de participación en la propiedad común.

12.1 Quedan excluidas las reclamaciones por responsabilidad civil derivada de:

- daños consecuenciales causados por la pérdida de llaves (por ejemplo, el robo);
- la pérdida de llaves cedidas por clientes o terceros al empleador del asegurado.
- a pérdida de llaves de cajas fuertes o muebles u otras llaves de bienes muebles.

12.2 La suma asegurada asciende a: 20.000 EUR. La cobertura completa para todos los siniestros asciende al doble de dicho importe por año asegurado.

13. Daños patrimoniales

El Seguro cubre la responsabilidad civil legal por daños patrimoniales en el sentido establecido por el § 1, punto 3, de las AHB y abarca los siniestros producidos durante el periodo de vigencia del seguro.

Quedan excluidas las reclamaciones por:

- daños que se originen por objetos fabricados o suministrados por el Asegurado (o por terceros por orden o cuenta del Asegurado) o bien por trabajos realizados por el Asegurado.
- daños causados por inmisiones continuas (por ejemplo, ruidos, olores, vibraciones).
- una actividad de planificación, asesoramiento, dirección de obra o montaje, revisiones o dictámenes
- actividades en relación con negocios monetarios, crediticios, de seguros, inmobiliarios, de leasing u otras actividades económicas similares; por operaciones de pago de cualquier índole, por administración de la caja, así como por abuso de confianza y apropiación indebida.
- incumplimiento de los derechos de la propiedad industrial y los derechos de autor.
- incumplimiento de plazos, fechas y presupuestos.
- consejos, recomendaciones o indicaciones a empresas vinculadas económicamente.
- medidas de racionalización y automatización, facilitación de información, traducción, intermediación y organización de viajes.
- incumplimiento consciente de disposiciones legales o mandatos de las autoridades, de las advertencias y condiciones del empleador o cualquier otra infracción consciente de una obligación.
- extravío de objetos y también, por ejemplo, pérdida de dinero, títulos valores y objetos de valor.

La suma asegurada asciende a: 200.000 EUR. La cobertura completa para todos los siniestros asciende al doble de dicho importe por año asegurado.

14. Daños materiales – Actos de cortesía

Por los daños materiales derivados de un acto de cortesía, es decir, aquella acción realizada por amabilidad, sin la intención de vincularse jurídicamente, es aplicable lo siguiente:

El Asegurador no podrá invocar una exclusión tácita de la responsabilidad en caso de actos de cortesía del Asegurado o de la persona coasegurada, si así lo solicita el Asegurado y no hay otro Asegurador (por ejemplo, un asegurador por daños propios) obligado al pago de la prestación. Se calculará una compensación del perjudicado.

Para consultar la suma asegurada, véase la póliza del Seguro.

15. Limitación local de la cobertura del Seguro

Queda excluida la cobertura del Seguro en países en los que el viajero tenga su residencia habitual, así como en países cuya nacionalidad sea la del viajero.

Tenga presente que:

El presente texto constituye una traducción al español de las Condiciones de la Póliza y de la Cobertura y los Beneficios del seguro, cuyo original yace en alemán. En caso de discrepancias, prevalecerá siempre el texto original en alemán sobre esta o cualquier otra traducción. Se reserva, además, el derecho de errores u omisiones.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB)

Gegenstand der Versicherung

§ 1 Gegenstand der Versicherung

(1) Der Versicherer gewährt dem Versicherungsnehmer Versicherungsschutz für den Fall, dass er wegen eines während der Wirksamkeit der Versicherung eingetretenen Schadenereignisses, das den Tod, die Verletzung oder Gesundheitsschädigung von Menschen (Personenschaden) oder die Beschädigung oder Vernichtung von Sachen (Sachschaden) zur Folge hatte, für diese Folgen auf Grund gesetzlicher Haftpflichtbestimmungen privatrechtlichen Inhalts von einem Dritten auf Schadenersatz in Anspruch genommen wird.

(2) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzliche Haftpflicht

a) aus den im Versicherungsschein und seinen Nachträgen angegebenen Eigenschaften, Rechtsverhältnissen oder Tätigkeiten des Versicherungsnehmers (versichertes "Risiko");

b) aus Erhöhungen oder Erweiterungen des versicherten Risikos, soweit sie nicht in dem Halten oder Führen von Luft-, Kraft- oder Wasserfahrzeugen (abgesehen von Ruderbooten) bestehen. Bei Erhöhungen des übernommenen Risikos, die durch Änderung bestehender oder durch Erlass neuer Rechtsnormen eintreten, gilt Folgendes:

Der Versicherer ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wieder hergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

c) aus Risiken, die für den Versicherungsnehmer nach Abschluss der Versicherung neu entstehen, gemäß § 2 (Vorsorge-Versicherung).

(3) Der Versicherungsschutz kann durch besondere Vereinbarung ausgedehnt werden auf die gesetzliche Haftpflicht wegen Vermögensschädigung, die weder durch Personenschaden noch durch Sachschaden entstanden ist, sowie wegen Abhandenkommens von Sachen. Auf die Versicherung wegen Abhandenkommens von Sachen finden die Bestimmungen über Sachschaden Anwendung.

Vorsorge-Versicherung

§ 2 Vorsorge-Versicherung

Für die Vorsorge-Versicherung (§ 1 Ziffer 2 c) gelten neben den sonstigen Vertragsbestimmungen folgende besondere Bedingungen:

(1) Der Versicherungsschutz beginnt sofort mit dem Eintritt eines neuen Risikos, ohne dass es einer besonderen Anzeige bedarf. Der Versicherungsnehmer ist aber verpflichtet, auf Aufforderung des Versicherers, die auch durch einen der Beitragsrechnung begedruckten Hinweis erfolgen kann, binnen eines Monats nach Empfang dieser Aufforderung jedes neu eingetretene Risiko anzuzeigen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die rechtzeitige Anzeige oder kommt innerhalb Monatsfrist nach Eingang der Anzeige bei dem Versicherer eine Vereinbarung über den Beitrag für das neue Risiko nicht zustande, so fällt der Versicherungsschutz für dasselbe rückwirkend vom Gefahren Eintritt ab fort. Tritt der Versicherungsfall ein, bevor die Anzeige des neuen Risikos erstattet ist, so hat der Versicherungsnehmer zu beweisen, dass das neue Risiko erst nach Abschluss der Versicherung und in einem Zeitpunkt eingetreten ist, in dem die Anzeigefrist nicht verstrichen war.

(2) Der Versicherungsschutz wird auf den Betrag begrenzt, der im Versicherungsschein festgesetzt ist.

(3) Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf die Gefahren, welche verbunden sind mit

a) dem Besitz oder Betrieb von Bahnen, von Theatern, Kino- und Filmunternehmungen, Zirkussen und Tribünen, ferner von Luft- und Wasserfahrzeugen aller Art (abgesehen von Ruderbooten) und dem Lenken solcher Fahrzeuge sowie der Ausübung der Jagd;

b) Herstellung, Bearbeitung, Lagerung, Beförderung, Verwendung von und Handel mit explosiblen Stoffen, soweit hierzu eine besondere behördliche Genehmigung erforderlich ist;

c) dem Führen oder Halten von Kraftfahrzeugen.

Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes, Zahlung des Erstbeitrages

§ 3 Beginn und Umfang des Versicherungsschutzes, Zahlung des Erstbeitrages

I.

(1) Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig zahlt.

(2) Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

II.

(1) Der erste oder einmalige Beitrag wird - wenn nichts anderes vereinbart ist - sofort nach Abschluss des Vertrages fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach Erhalt des Versicherungsscheins und der Zahlungsaufforderung sowie nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerspruchsfrist von 14 Tagen erfolgt. Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, gilt als erster Beitrag nur die erste Rate des ersten Jahresbeitrags.

(2) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.

(3) Zahlt der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht gezahlt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Versicherer den ersten oder einmaligen Beitrag nicht innerhalb von drei Monaten nach Abschluss des Vertrages gerichtlich geltend macht.

(4) Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen 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 schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. Hat der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftige Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(5) Wird der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer 30 Tage nach Ablauf der im Versicherungsschein genannten Widerspruchsfrist von 14 Tagen und Zugang einer Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

III.

(1) Die Leistungspflicht des Versicherers umfasst die Prüfung der Haftpflichtfrage, die Abwehr unberechtigter Ansprüche sowie den Ersatz der Entschädigung, welche der Versicherungsnehmer auf Grund eines von dem Versicherer abgegebenen oder genehmigten Anerkenntnisses, eines von ihm geschlossenen oder genehmigten Vergleichs oder einer richterlichen Entscheidung zu zahlen hat. Steht die Verpflichtung des Versicherers zur Zahlung fest, ist die Entschädigung binnen zwei Wochen zu leisten. Wird in einem Strafverfahren wegen eines Schadenereignisses, das einen unter den Versicherungsschutz fallenden Haftpflichtanspruch zur Folge haben kann, die Bestellung eines Verteidigers für den Versicherungsnehmer von dem Versicherer gewünscht oder genehmigt, so trägt der Versicherer die gebührenordnungsmäßigen, gegebenenfalls die mit ihm besonders vereinbarten höheren Kosten des Verteidigers. Hat der Versicherungsnehmer für eine aus einem Versicherungsfall geschuldete Rente kraft Gesetzes Sicherheit zu leisten, oder ist ihm die Abwendung der Vollstreckung einer gerichtlichen Entscheidung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung nachgelassen, so ist der Versicherer an seiner Stelle zur Sicherheitsleistung oder Hinterlegung verpflichtet.

(2) Für den Umfang der Leistung des Versicherers bilden die im Versicherungsschein angegebenen Versicherungssummen die Höchstgrenze bei jedem Schadenereignis. Dies gilt auch dann, wenn sich der Versicherungsschutz auf mehrere entschädigungspflichtige Personen erstreckt.

Mehrere zeitlich zusammenhängende Schäden aus derselben Ursache oder mehrere Schäden aus Lieferungen der gleichen mangelhaften Waren gelten als ein Schadenereignis. Es kann vereinbart werden, dass sich der Versicherungsnehmer bei jedem Schadenereignis mit einem im Versicherungsschein festgelegten Betrag an einer Schadenersatzleistung selbst beteiligt. Ferner kann vereinbart werden, dass der Versicherer seine Gesamtleistung für alle Schadenereignisse eines Versicherungsjahres auf ein Mehrfaches der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

(3) Kommt es in einem Versicherungsfall zu einem Rechtsstreit über den Anspruch zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Geschädigten oder dessen Rechtsnachfolger, so führt der Versicherer den Rechtsstreit im Namen des Versicherungsnehmers auf seine Kosten.

(4) Die Aufwendungen des Versicherers für Kosten werden nicht als Leistungen auf die Versicherungssumme angerechnet (vgl. aber Ziffer IV.1).

IV.

(1) Übersteigen die Haftpflichtansprüche die Versicherungssumme, so hat der Versicherer die Prozesskosten nur im Verhältnis der Versicherungssumme zur Gesamthöhe der Ansprüche zu tragen, und zwar auch dann, wenn es sich um mehrere aus einem Schadenereignis entstehende Prozesse handelt. Der Versicherer ist in solchen Fällen berechtigt, durch Zahlung der Versicherungssumme und seines der Versicherungssumme entsprechenden Anteils an den bis dahin erwachsenen Kosten, sich von weiteren Leistungen zu befreien.

(2) Hat der Versicherungsnehmer an den Geschädigten Rentenzahlungen zu leisten, und übersteigt der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder den nach Abzug etwaiger sonstiger Leistungen aus dem Versicherungsfall noch verbleibenden Restbetrag der Versicherungssumme, so wird die zu leistende Rente nur im Verhältnis der Versicherungssumme bzw. ihres Restbetrages zum Kapitalwert der Rente vom Versicherer erstattet. Der Rentenwert wird auf Grund der Allgemeinen Sterbetafeln für Deutschland mit Erlebensfallcharakter 1987 R Männer und Frauen und unter Zugrundelegung des Rechnungszinses, der die tatsächlichen Kapitalmarktzinsen in Deutschland berücksichtigt, berechnet. Hierbei wird der arithmetische Mittelwert über die jeweils letzten 10 Jahre der Umlaufrenditen der öffentlichen Hand, wie sie von der Deutschen Bundesbank veröffentlicht werden, zugrunde gelegt. Nachträgliche Erhöhungen oder Ermäßigungen der Rente werden zum Zeitpunkt des ursprünglichen Rentenbeginns mit dem Barwert einer aufgeschobenen Rente nach der genannten Rechnungsgrundlage berechnet. Für die Berechnung von Waisenrenten wird das 18. Lebensjahr als frühestes Endalter vereinbart. Für die Berechnung von Geschädigtenrenten wird bei unselbstständig Tätigen das vollendete 65. Lebensjahr als Endalter vereinbart, sofern nicht durch Urteil, Vergleich oder eine andere Festlegung etwas anderes bestimmt ist oder sich die der Festlegung zugrunde gelegten Umstände ändern. Bei der Berechnung des Betrages, mit dem sich der Versicherungsnehmer an laufenden Rentenzahlungen beteiligen muss, wenn der Kapitalwert der Rente die Versicherungssumme oder die nach Abzug sonstiger Leistungen verbleibende Restversicherungssumme übersteigt, werden die sonstigen Leistungen mit ihrem vollen Betrag von der Versicherungssumme abgesetzt.

(3) Falls die von dem Versicherer verlangte Erledigung eines Haftpflichtanspruchs durch Anerkenntnis, Befriedigung oder Vergleich an dem Widerstand des Versicherten scheitert, so hat der Versicherer für den von der Weigerung an entstehenden Mehraufwand an Hauptsache, Zinsen und Kosten nicht aufzukommen.

Ausschlüsse

§ 4 Ausschlüsse

I.

Falls im Versicherungsschein oder seinen Nachträgen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt ist, bezieht sich der Versicherungsschutz nicht auf:

(1) Haftpflichtansprüche, soweit sie auf Grund Vertrags oder besonderer Zusagen über den Umfang der gesetzlichen Haftpflicht des Versicherungsnehmers hinausgehen.

(2) Ansprüche auf Gehalt, Ruhegehalt, Lohn und sonstige festgesetzte Bezüge, Verpflegung, ärztliche Behandlung im Falle der Dienstbehinderung, Fürsorgeansprüche (vgl. z. B.

die §§ 616, 617 BGB; 63 HGB; 39 und 42 Seemannsgesetz und die entsprechenden Bestimmungen der Gew.-Ordn., des Sozialgesetzbuches VII und des Bundesozialhilfegesetzes)

sowie Ansprüche aus Tumultschadengesetzen.

(3) Haftpflichtansprüche aus im Ausland vorkommenden Schadenereignissen; jedoch sind Ansprüche aus §110 Sozialgesetzbuch VII mitgedeckt.

(4) Haftpflichtansprüche aus Schäden infolge Teilnahme an Pferde-, Rad- oder Kraftfahrzeug-Rennen, Box oder Ringkämpfen sowie den Vorbereitungen hierzu (Training).

(5) Haftpflichtansprüche aus Sachschaden, welcher entsteht durch allmähliche Einwirkung der Temperatur, von Gasen, Dämpfen oder Feuchtigkeit, von Niederschlägen (Rauch, Ruß, Staub und dergleichen), ferner durch Abwässer, Schwammbildung, Senkungen von Grundstücken (auch eines darauf errichteten Werkes oder eines Teiles eines solchen), durch Erdbeben, Erschütterungen infolge Rammarbeiten, durch Überschwemmungen stehender oder fließender Gewässer sowie aus Flurschaden durch Weidevieh und aus Wildschaden.

(6) Ansprüche wegen Schäden an fremden Sachen und allen sich daraus ergebenden Vermögensschäden, wenn

a) der Versicherungsnehmer diese Sachen gemietet, geleast, gepachtet, geliehen oder durch verbotene Eigenmacht erlangt hat oder sie Gegenstand eines besonderen Verwahrungsvertrages sind.

b) die Schäden

- durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers an diesen Sachen (Bearbeitung, Reparatur, Beförderung, Prüfung und dergleichen) entstanden sind;
 - bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Tätigkeit betroffen waren;
 - dadurch entstanden sind, dass der Versicherungsnehmer diese Sachen zur Durchführung seiner gewerblichen oder beruflichen Tätigkeiten (als Werkzeug, Hilfsmittel, Materialablagefläche und dergleichen) benutzt hat; bei unbeweglichen Sachen gilt dieser Ausschluss nur insoweit, als diese Sachen oder Teile von ihnen unmittelbar von der Benutzung betroffen waren;
 - durch eine gewerbliche oder berufliche Tätigkeit des Versicherungsnehmers entstanden sind und sich diese Sachen oder – sofern es sich um unbewegliche Sachen handelt – deren Teile im unmittelbaren Einwirkungsbereich der Tätigkeit befunden haben; dieser Ausschluss gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer beweist, dass er zum Zeitpunkt der Tätigkeit offensichtlich notwendige Schutzvorkehrungen zur Vermeidung von Schäden getroffen hatte. Sind die Voraussetzungen der obigen Ausschlüsse in der Person von Angestellten, Arbeitern, Bediensteten, Bevollmächtigten oder Beauftragten des Versicherungsnehmers gegeben, so entfällt gleichfalls der Versicherungsschutz, und zwar sowohl für den Versicherungsnehmer wie für die durch den Versicherungsvertrag etwa mitversicherten Personen.
- Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche
- auf Erfüllung von Verträgen, Nacherfüllung, aus Selbstvornahme, Rücktritt, Minderung, auf Schadenersatz statt der Leistung;
 - wegen Schäden, die verursacht werden, um die Nachbesserung durchführen zu können;
 - wegen des Ausfalls der Nutzung des Vertragsgegenstandes oder wegen des Ausbleibens des mit der Vertragsleistung geschuldeten Erfolges;
 - auf Ersatz vergeblicher Aufwendungen im Vertrauen auf ordnungsgemäße Vertragserfüllung;
 - auf Ersatz von Vermögensschäden wegen Verzögerung der Leistung;
 - wegen anderer an die Stelle der Erfüllung tretender Ersatzleistungen.
- Dies gilt auch dann, wenn es sich um gesetzliche Ansprüche handelt.
- (7) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang stehen mit energiereichen ionisierenden Strahlen (z. B. von radioaktiven Substanzen emittierte Alpha-, Beta- und Gammastrahlen sowie Neutronen oder in Teilchenbeschleunigern erzeugte Strahlen) sowie mit Laser- und Maserstrahlen.*
- * Der Ersatz von Schäden durch Kernenergie richtet sich nach dem Atomgesetz. Die Betreiber von Kernanlagen sind zur Deckungsvorsorge verpflichtet und schließen hierfür Haftpflichtversicherungen ab.
- (8) Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung und alle sich daraus ergebenden weiteren Schäden. Darunter fallen auch Schäden hervorgerufen durch Brand und/oder Explosion. Dies gilt nicht
- a) im Rahmen der Versicherung privater Haftpflichtrisiken oder
- b) wenn gegen den Versicherungsnehmer Haftpflichtansprüche wegen Schäden durch Umwelteinwirkung erhoben werden, die durch vom Versicherungsnehmer hergestellte oder gelieferte Erzeugnisse (auch Abfälle), durch Arbeiten oder sonstige Leistungen nach Ausführung der Leistung oder nach Abschluss der Arbeiten entstehen (Produkthaftung), es sei denn, sie resultieren aus der Planung, Herstellung, Lieferung, Montage, Demontage, Instandhaltung oder Wartung von
- Anlagen, die bestimmt sind, gewässerschädliche Stoffe herzustellen, zu verarbeiten, zu lagern, abzulagern, zu befördern oder wegzuleiten (WHG-Anlagen);
 - Anlagen gem. Anhang 1 oder 2 zum Umwelthaftungsgesetz (UmweltHG-Anlagen);
 - Anlagen, die nach dem Umweltschutz dienenden Bestimmungen einer Genehmigungs- oder Anzeigepflicht unterliegen, soweit es sich nicht um WHG- oder UmweltHG-Anlagen handelt;
 - Abwasseranlagen oder Teilen, die ersichtlich für solche Anlagen bestimmt sind.
- (9) Ansprüche wegen Schäden, die auf Asbest, asbesthaltige Substanzen oder Erzeugnisse zurückzuführen sind.

II.

Ausgeschlossen von der Versicherung bleiben:

- (1) Versicherungsansprüche aller Personen, die den Schaden vorsätzlich herbeigeführt haben. Bei der Lieferung oder Herstellung von Waren, Erzeugnissen oder Arbeiten steht die Kenntnis von der Mangelhaftigkeit oder Schädlichkeit der Waren usw. dem Vorsatz gleich.
- (2) Haftpflichtansprüche
 - a) aus Schadenfällen von Angehörigen des Versicherungsnehmers, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder die zu den im Versicherungsvertrag mitversicherten Personen gehören;
 - b) zwischen mehreren Versicherungsnehmern desselben Versicherungsvertrages;
 - c) von gesetzlichen Vertretern geschäftsunfähiger oder beschränkt geschäftsfähiger Personen;
 - d) von unbeschränkt persönlich haftenden Gesellschaftern nicht rechtsfähiger Handelsgesellschaften;
 - e) von gesetzlichen Vertretern juristischer Personen des privaten oder öffentlichen Rechts sowie nicht rechtsfähiger Vereine;
 - f) von Liquidatoren.

Als Angehörige gelten Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes oder vergleichbarer Partnerschaften nach dem Recht anderer Staaten, Eltern und Kinder, Adoptiveltern und -kinder, Schwiegereltern und -kinder, Stiefeltern und -kinder, Großeltern und Enkel, Geschwister sowie Pflegeeltern und -kinder (Personen, die durch ein familienähnliches, auf längere Dauer angelegtes Verhältnis wie Eltern und Kinder miteinander verbunden sind). Die Ausschlüsse unter b) bis f) erstrecken sich auch auf Haftpflichtansprüche von Angehörigen der dort genannten Personen, wenn sie miteinander in häuslicher Gemeinschaft leben.

(3) Haftpflichtansprüche, die darauf zurückzuführen sind, dass der Versicherungsnehmer besonders gefährdende Umstände, deren Beseitigung der Versicherer billigerweise verlangen konnte und verlangt hatte, nicht innerhalb einer angemessenen Frist beseitigte. Ein Umstand, welcher zu einem Schaden geführt hat, gilt ohne weiteres als besonders gefährdend.

(4) Haftpflichtansprüche wegen Personenschaden, der aus der Übertragung einer Krankheit des Versicherungsnehmers entsteht, sowie Sachschaden, der durch Krankheit der dem Versicherungsnehmer gehörenden, von ihm gehaltenen oder veräußerten Tiere entstanden ist, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt hat.

(5) Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die an den vom Versicherungsnehmer (oder in seinem Auftrage oder für seine Rechnung von Dritten) hergestellten oder gelieferten Arbeiten oder Sachen infolge einer in der Herstellung oder Lieferung liegenden Ursache entstehen und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden.

Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, Verfahren

II. Der Versicherungsfall (§§ 5, 6)

§ 5 Obliegenheiten des Versicherungsnehmers, Verfahren

(1) Versicherungsfall im Sinne dieses Vertrages ist das Schadenereignis, das Haftpflichtansprüche gegen den Versicherungsnehmer zur Folge haben könnte.

(2) Jeder Versicherungsfall ist dem Versicherer (§ 14) unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

Wird ein Ermittlungsverfahren eingeleitet oder ein Strafbefehl oder ein Mahnbescheid erlassen, so hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu erstatten, auch wenn er den Versicherungsfall selbst bereits angezeigt hat. Macht der Geschädigte seinen Anspruch gegenüber dem Versicherungsnehmer geltend, so ist dieser zur Anzeige innerhalb einer Woche nach der Erhebung des Anspruchs verpflichtet. Wird gegen den Versicherungsnehmer ein Anspruch gerichtlich geltend gemacht, die Prozesskostenhilfe beantragt oder wird ihm gerichtlich der Streit verkündet, so hat er außerdem unverzüglich Anzeige zu erstatten. Das gleiche gilt im Falle eines Arrestes, einer einstweiligen Verfügung oder eines Beweissicherungsverfahrens.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, unter Beachtung der Weisungen des Versicherers, nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alles zu tun, was zur Klarstellung des Schadenfalls dient, sofern ihm dabei nichts Unbilliges zugemutet wird. Er hat den Versicherer bei der Abwehr des Schadens sowie bei der Schadenermittlung und -regulierung zu unterstützen, ihm ausführliche und wahrheitsgemäße Schadenberichte zu erstatten, alle Tatumstände, welche auf den Schadenfall Bezug haben, mitzuteilen und alle nach Ansicht des Versicherers für die Beurteilung des Schadenfalls erheblichen Schriftstücke einzusenden.

(4) Kommt es zum Prozess über den Haftpflichtanspruch, so hat der Versicherungsnehmer die Prozessführung dem Versicherer zu überlassen, dem von dem Versicherer bestellten oder bezeichneten Anwalt Vollmacht und alle von diesem oder dem Versicherer für nötig erachteten Aufklärungen zu geben. Gegen Mahnbescheide oder Verfügungen von Verwaltungsbehörden auf Schadenersatz hat er, ohne die Weisung des Versicherers abzuwarten, fristgemäß Widerspruch zu erheben oder die erforderlichen Rechtsbehelfe zu ergreifen.

(5) Der Versicherungsnehmer ist nicht berechtigt, ohne vorherige Zustimmung des Versicherers einen Haftpflichtanspruch ganz oder zum Teil oder vergleichsweise anzuerkennen oder zu befriedigen. Bei Zuwiderhandlungen ist der Versicherer von der Leistungspflicht frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer nach den Umständen die Befriedigung oder Anerkennung nicht ohne offenbare Unbilligkeit verweigern konnte.

(6) Wenn der Versicherungsnehmer in Folge veränderter Verhältnisse das Recht erlangt, die Aufhebung oder Minderung einer zu zahlenden Rente zu fordern, so ist er verpflichtet, dieses Recht auf seinen Namen von dem Versicherer ausüben zu lassen. Die Bestimmungen unter Ziffer 3 bis 5 finden entsprechende Anwendung.

(7) Der Versicherer gilt als bevollmächtigt, alle zur Beilegung oder Abwehr des Anspruchs ihm zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben.

Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

§ 6 Rechtsfolgen bei Verletzung von Obliegenheiten

I.

Wird eine der in § 5 genannten Obliegenheiten oder eine andere im oder nach dem Versicherungsfall zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz, es sei denn, er hat die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. Bei grob fahrlässiger Verletzung behält der Versicherungsnehmer insoweit seinen Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat. Bezweckt die verletzte Obliegenheit die Abwendung oder Minderung des Schadens, behält der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz bei grober Fahrlässigkeit insoweit, als der Umfang des Schadens auch bei Erfüllung der Obliegenheit nicht geringer gewesen wäre. Bei vorsätzlicher Verletzung behält der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, die Interessen des Versicherers ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn den Versicherungsnehmer kein erhebliches Verschulden trifft.

II.

Wird eine Obliegenheit, die vor Eintritt des Versicherungsfalles oder zur Gefahrverhütung/-verminderung dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, verletzt, hat der Versicherungsnehmer keinen Versicherungsschutz, wenn der Versicherer von seinem Recht Gebrauch macht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Obliegenheitsverletzung fristlos zu kündigen. Der Versicherer hat kein Kündigungsrecht und der Versicherungsschutz bleibt bestehen, wenn die Obliegenheitsverletzung unverschuldet war. Bezweckte die verletzte Obliegenheit allerdings die Gefahrminderung oder die Verhütung einer Gefahrerhöhung, verliert der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsschutz dann nicht, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

Versicherung für fremde Rechnung, Abtretung des Versicherungsanspruchs

III. Das Versicherungsverhältnis (§§ 7-14)

§ 7 Versicherung für fremde Rechnung, Abtretung des Versicherungsanspruchs

(1) Soweit sich die Versicherung auf Haftpflichtansprüche gegen andere Personen als den Versicherungsnehmer selbst erstreckt, finden alle in dem Versicherungsvertrag bezüglich des Versicherungsnehmers getroffenen Bestimmungen auch auf diese Personen sinngemäße Anwendung. Die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag steht ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu; dieser bleibt neben dem Versicherten für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

(2) Ansprüche des Versicherungsnehmers selbst oder der in § 4 Ziffer II. 2 genannten Personen gegen die Versicherten sowie Ansprüche von Versicherten untereinander sind von der Versicherung ausgeschlossen.

(3) Die Versicherungsansprüche können vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers nicht übertragen werden.

Beitragszahlung, Beitragsregulierung, Beitragsangleichung, Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

§ 8 Beitragszahlung, Beitragsregulierung, Beitragsangleichung, Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

I.

(1) Die Folgebeiträge sind, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, am Monatsersten des vereinbarten Beitragszeitraums fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie zu dem im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitpunkt erfolgt. Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer, die der Versicherungsnehmer in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten hat.

(2) Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen 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 schriftlichen Zahlungsaufforderung des Versicherers erfolgt. Hat der Versicherungsnehmer zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(3) Wird der Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, gerät der Versicherungsnehmer ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass er die verspätete Zahlung nicht zu vertreten hat. Der Versicherer wird ihn schriftlich zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Der Versicherer ist berechtigt, Ersatz des ihm durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

(4) 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 darauf hingewiesen wurde.

(5) Ist der Versicherungsnehmer nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, kann der Versicherer den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn er den Versicherungsnehmer mit der Zahlungsaufforderung darauf hingewiesen hat. Die

Kündigung kann auch bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist ausgesprochen werden. In diesem Fall wird die Kündigung zum Ablauf der Zahlungsfrist wirksam, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt noch mit der Zahlung in Verzug ist. Hierauf ist der Versicherungsnehmer in der Zahlungsaufforderung hinzuweisen. Hat der Versicherer gekündigt, und zahlt der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung, oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

(6) Ist die Zahlung des Jahresbeitrags in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Rate im Verzug ist. Ferner kann der Versicherer für die Zukunft jährliche Beitragszahlung verlangen.

II.

(1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, nach Erhalt einer Aufforderung des Versicherers, welche auch durch einen der Beitragsrechnung aufgedruckten Hinweis erfolgen kann, Mitteilung darüber zu machen, ob und welche Änderung in dem versicherten Risiko gegenüber den zum Zwecke der Beitragsbemessung gemachten Angaben eingetreten ist.

Diese Anzeige ist innerhalb eines Monats nach Erhalt der Aufforderung zu machen. Auf Erfordern des Versicherers sind die Angaben durch die Geschäftsbücher oder sonstige Belege nachzuweisen.

Unrichtige Angaben zum Nachteil des Versicherers berechtigen diesen, eine Vertragsstrafe in dreifacher Höhe des festgestellten Beitragsunterschieds vom Versicherungsnehmer zu erheben, sofern Letzterer nicht beweist, dass die unrichtigen Angaben ohne ein von ihm zu vertretendes Verschulden gemacht worden sind.

(2) Auf Grund der Änderungsanzeige oder sonstiger Feststellungen wird der Beitrag entsprechend dem Zeitpunkt der Veränderung richtig gestellt. Er darf jedoch nicht geringer werden als der Mindestbeitrag, der nach dem Tarif des Versicherers z. Z. des Versicherungsabschlusses galt. Alle entsprechend § 8 Ziffer III. nach dem Versicherungsabschluss eingetretenen Erhöhungen oder Ermäßigungen des Mindestbeitrags werden berücksichtigt. Beim Fortfall eines Risikos wird der etwaige Minderbeitrag vom Eingang der Anzeige ab berechnet.

(3) Unterlässt es der Versicherungsnehmer, die obige Anzeige rechtzeitig zu erstatten, so kann der Versicherer für die Zeit, für welche die Angaben zu machen waren, an Stelle der Beitragsregulierung (Ziffer II. 1) als nachzuzahlenden Beitrag einen Betrag in Höhe des für diese Zeit bereits gezahlten Beitrags verlangen. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Nachzahlung gemacht, so ist der Versicherer verpflichtet, den etwa zuviel gezahlten Betrag des Beitrags zurückzuerstatten.

(4) Die vorstehenden Bestimmungen finden auch auf Versicherungen mit Beitragsvorauszahlung für mehrere Jahre Anwendung.

III.

(1) Ein unabhängiger Treuhänder ermittelt zum 1. Juli eines jeden Jahres, um welchen Prozentsatz sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen, welche die zum Betrieb der Allgemeinen Haftpflichtversicherung zugelassenen Versicherer im vergangenen Kalenderjahr geleistet haben, gegenüber dem vorvergangenen Jahr erhöht oder vermindert hat.

Den ermittelten Prozentsatz rundet er auf die nächstniedrigere, durch fünf teilbare ganze Zahl ab. Als Schadenzahlungen gelten auch die speziell durch den einzelnen Schadenfall veranlassten Ausgaben für die Schadenermittlung, die aufgewendet worden sind, um die Versicherungsleistungen dem Grunde und der Höhe nach festzustellen. Als Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres gilt die Summe der in diesem Jahr geleisteten Schadenzahlungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Schadenfälle.

(2) Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den sich aus Ziffer 1 Abs. 1 Satz 2 ergebenden Prozentsatz zu verändern (Beitragsangleichung). Hat sich der Durchschnitt der Schadenzahlungen des Versicherers in jedem der letzten fünf Kalenderjahre um einen geringeren Prozentsatz als denjenigen erhöht, den der Treuhänder jeweils für diese Jahre nach Ziffer 1 Abs. 1 Satz 1 ermittelt hat, so darf der Versicherer den Folgejahresbeitrag nur um den Prozentsatz erhöhen, um den sich der Durchschnitt seiner Schadenzahlungen nach seinen unternehmenseigenen Zahlen im letzten Kalenderjahr erhöht hat; diese Erhöhung darf diejenige nicht überschreiten, die sich nach dem vorstehenden Absatz ergeben würde.

(3) Liegt die Veränderung nach Ziffer 1 Abs. 1 oder Ziffer 2 Abs. 2 unter 5 Prozent, so entfällt eine Beitragsangleichung. Diese Veränderung ist jedoch in den folgenden Jahren zu berücksichtigen.

(4) Die Beitragsangleichung gilt für die vom 1. Juli an fälligen Folgejahresbeiträge. Sie wird dem Versicherungsnehmer mit der Beitragsrechnung bekannt gegeben.

(5) Soweit der Folgejahresbeitrag nach Lohn-, Bau- oder Umsatzsumme berechnet wird, findet keine Beitragsangleichung statt. Dies gilt nicht für Mindestbeiträge.

IV.

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Bei vollständigem oder teilweisem Wegfall versicherter Risiken gilt: Dem Versicherer steht der Beitrag zu, den er hätte erheben können, wenn die Versicherung dieser Risiken nur bis zu dem Zeitpunkt beantragt worden wäre, zu dem er vom Wegfall Kenntnis erlangt.

Vertragsdauer, Kündigung, Betriebsübergang, Wegfall des versicherten Risikos, Doppelversicherung

§ 9 Vertragsdauer, Kündigung, Betriebsübergang, Wegfall des versicherten Risikos, Doppelversicherung

I.

(1) Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

(2) Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag nach Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer jeweils um ein Jahr, wenn nicht spätestens drei Monate vor dem Ablauf dem Vertragspartner eine schriftliche Kündigung zugegangen ist.

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

II.

(1) Erhöht sich der Beitrag auf Grund der Beitragsangleichung gemäß § 8 Ziffer III. 2, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt kündigen, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte. Eine Erhöhung der Versicherungssteuer begründet kein Kündigungsrecht.

(2) Das Versicherungsverhältnis kann ferner gekündigt werden, wenn von dem Versicherer auf Grund eines Versicherungsfalles eine Schadenersatzzahlung geleistet oder der Haftpflichtanspruch rechtshängig geworden ist oder der Versicherer die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert hat.

(3) Die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens einen Monat nach der Schadenzahlung oder der Rechtshängigkeit des Haftpflichtanspruchs oder der Leistungsverweigerung des Versicherers zugegangen sein.

(4) Kündigt der Versicherungsnehmer, wird seine Kündigung sofort nach dem Zugang beim Versicherer wirksam. Der Versicherungsnehmer kann jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende des laufenden Versicherungsjahres wirksam wird. Eine Kündigung des Versicherers wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam.

(5) Wird der Vertrag gekündigt, hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der der abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

(6) Bei einer Vertragsdauer von mehr als fünf Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des fünften Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss dem Vertragspartner spätestens drei Monate vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

III.

(1) Wird ein Unternehmen, für das eine Betriebs-Haftpflichtversicherung besteht, an einen Dritten veräußert, tritt dieser an Stelle des Versicherungsnehmers in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten ein. Dies gilt auch, wenn ein Unternehmen auf Grund eines Nießbrauchs, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen wird.

(2) Das Versicherungsverhältnis kann in diesem Falle

- durch den Versicherer dem Dritten gegenüber mit einer Frist von einem Monat,

- durch den Dritten dem Versicherer gegenüber mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden.

(3) Das Kündigungsrecht erlischt,

- wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausübt, in welchem er vom Übergang auf den Dritten Kenntnis erlangt;

- wenn der Dritte es nicht innerhalb eines Monats nach dem Übergang ausübt, wobei das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen bleibt, in dem der Dritte von der Versicherung Kenntnis erlangt.

(4) Erfolgt der Übergang auf den Dritten während einer laufenden Versicherungsperiode, haften der bisherige Versicherungsnehmer und der Dritte für den Versicherungsbeitrag dieser Periode als Gesamtschuldner.

(5) Der Übergang eines Unternehmens ist dem Versicherer durch den bisherigen Versicherungsnehmer oder den Dritten unverzüglich anzuzeigen. Bei einer schuldhaften Verletzung der Anzeigepflicht besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, diese Rechtsfolge steht außer Verhältnis zur Schwere des Verstoßes. Der Versicherungsschutz fällt trotz Verletzung der Anzeigepflicht nicht weg, wenn dem Versicherer die Veräußerung in dem Zeitpunkt bekannt war, in dem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen.

Der Versicherungsschutz lebt wieder auf und besteht für alle Versicherungsfälle, die frühestens einen Monat nach dem Zeitpunkt eintreten, in dem der Versicherer von der Veräußerung Kenntnis erlangt. Dies gilt nur, wenn der Versicherer in diesem Monat von seinem Kündigungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat.

IV.

Wenn versicherte Risiken vollständig und dauernd in Wegfall kommen, so erlischt die Versicherung bezüglich dieser Risiken.

V.

(1) Eine Doppelversicherung liegt vor, wenn ein Interesse gegen dieselbe Gefahr in mehreren Versicherungsverträgen versichert ist.

(2) Wenn eine Doppelversicherung zustande gekommen ist, ohne dass der Versicherungsnehmer dies wusste, kann er die Aufhebung des später geschlossenen Vertrages verlangen.

(3) Das Recht auf Aufhebung erlischt, wenn der Versicherungsnehmer es nicht unverzüglich geltend macht, nachdem er von der Doppelversicherung Kenntnis erlangt hat. Die Aufhebung wird mit dem Ablauf der Versicherungsperiode wirksam, in der sie verlangt wird.

Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

§ 11 Vorvertragliche Anzeigepflichten des Versicherungsnehmers

I.

(1) Der Versicherungsnehmer oder sein Bevollmächtigter sind verpflichtet, dem Versicherer bei Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten gefahrerheblichen Umstände schriftlich, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, insbesondere die im Versicherungsantrag gestellten Fragen ebenso zu beantworten. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen. Ein Umstand, nach dem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als gefahrerheblich.

(2) Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten des Versicherungsnehmers oder von einem Vertreter ohne Vertretungsvollmacht 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.

II.

(1) Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt auch dann, wenn ein Umstand nicht oder unrichtig angezeigt wurde, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis der Wahrheit arglistig entzogen hat. Der Rücktritt kann nur innerhalb eines Monats erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung gegenüber dem Versicherungsnehmer.

(2) Der Versicherer hat kein Rücktrittsrecht, wenn er die nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände oder deren unrichtige Anzeige kannte. Dasselbe gilt, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder von ihm noch von seinem Bevollmächtigten schuldhaft gemacht wurden.

Hatte der Versicherungsnehmer die gefahrerheblichen Umstände anhand schriftlicher vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, kann der Versicherer wegen einer unterbliebenen Anzeige eines Umstands, nach dem nicht ausdrücklich gefragt worden ist, nur zurücktreten, wenn dieser Umstand entweder vom Versicherungsnehmer oder von dessen Bevollmächtigtem arglistig verschwiegen wurde.

(3) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Ist der Versicherungsfall bereits eingetreten, darf der Versicherer den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder auf den Eintritt des Versicherungsfalles noch auf den Umfang der Leistung Einfluss gehabt hat. Im Fall des Rücktritts sind Versicherer und Versicherungsnehmer verpflichtet, die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist vom Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen. Der Versicherer behält aber seinen Anspruch auf den Teil des Beitrages, der der im Zeitpunkt des Rücktritts abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

III.

Ist das Rücktrittsrecht des Versicherers ausgeschlossen, weil eine Anzeigepflicht des Versicherungsnehmers ohne Verschulden verletzt wurde, hat der Versicherer, falls für die höhere Gefahr ein höherer Beitrag angemessen ist, auf diesen Beitrag ab Beginn der laufenden Versicherungsperiode Anspruch. Das gleiche gilt, wenn bei Abschluss des Vertrages ein für die Übernahme der Gefahr erheblicher Umstand dem Versicherer nicht angezeigt worden ist, weil er dem Versicherungsnehmer nicht bekannt war. Wird die höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen einen höheren Beitrag nicht übernommen, kann der Versicherer den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat, nachdem der Versicherer von der Anzeigepflichtverletzung Kenntnis erlangt hat, kündigen.

Die Kündigung wird einen Monat nach ihrem Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam. Das Recht auf Beitragserhöhung oder Kündigung erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, in dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand Kenntnis erlangt.

IV.

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

Anzuwendendes Recht

§ 12 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Gerichtsstände

§ 13 Gerichtsstände

(1) Für Klagen, die aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer erhoben werden, bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz des Versicherers oder seiner für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein Versicherungsagent am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsagent zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

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

Anzeigen und Willenserklärungen

§ 14 Anzeigen und Willenserklärungen

(1) Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzugeben. Sie sollen an die Hauptverwaltung des Versicherers oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Stelle 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 wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen sein würde.

(3) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherung für seinen Gewerbebetrieb abgeschlossen, finden bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung die Bestimmungen der Ziffer 2 entsprechende Anwendung.

Besondere Bedingungen und Risikobeschreibungen zur Haftpflichtversicherung von Reiseteilnehmern - AH 0800

Versichert sind Personen, die vom Versicherungsnehmer zu diesem Sammelvertrag angemeldet werden. Der jeweilige Versicherte erhält hierüber vom Versicherungsnehmer eine Bestätigung. Bei dem Versicherten handelt es sich um einen Mitversicherten im Rahmen eines Sammelvertrages und es entsteht somit keine Versicherungsnehmereigenschaft für den Versicherten.

1. Privat-Haftpflichtversicherung

Für die im Versicherungsschein namentlich genannte Person (nachstehend als Versicherter bezeichnet) gilt im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung (AHB) und der nachstehenden Bestimmungen die gesetzliche Haftpflicht des Versicherten als Privatperson aus den Gefahren des täglichen Lebens versichert.

Ausgenommen sind die Gefahren

- eines eigenen oder fremden Betriebes oder Gewerbes, eines Berufes, Dienstes oder Amtes (auch Ehrenamtes);
- einer verantwortlichen Betätigung in Vereinigungen aller Art;
- einer ungewöhnlichen und gefährlichen Beschäftigung.

1.1 Teilnahme an einem Praktikum

Mitversichert ist die persönliche gesetzliche Haftpflicht der versicherten Person im Zusammenhang mit der Teilnahme an einem Praktikum für Schäden, die sie in Ausführung ihrer Praktikumsstätigkeit dem Praktikumsgeber verursacht.

Die Höchstersatzleistung für derartige Schäden beträgt 5.000 EUR je Versicherungsfall.

Der Selbstbehalt für jeden derartigen Schaden beträgt 250,00 EUR.

Kein Versicherungsschutz besteht für Schäden die in Ausführung der Praktikumsstätigkeit Dritten, also nicht dem Praktikumsgeber selbst, entstehen. Nicht versichert sind zudem Haftpflichtansprüche wegen Personenschäden, bei denen es sich um Arbeitsunfälle oder Berufskrankheiten im Betrieb des Entleihers gemäß dem Sozialgesetzbuch VII handelt;

2. Familie/Sport

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht

2.1 als Familien- und Haushaltsvorstand, z. B. aus der Aufsichtspflicht über minderjährige Kinder;

2.2 als Radfahrer;

2.3 aus der Ausübung von Sport, einschließlich der Ausübung der Jagd, wenn in dem jeweiligen Land keine Pflichtversicherung während der Ausübung der Jagd vorgeschrieben ist.

3. Mietsachschäden

3.1 Eingeschlossen ist - abweichend von § 4 Ziffer I. 6 a) AHB - die gesetzliche Haftpflicht wegen Sachschäden und alle sich daraus ergebenden Vermögensschäden die entstehen an gemieteten Gebäuden, Wohnräumen und sonstigen zu privaten Zwecken gemieteten Räumen in Gebäuden.

3.2 Ausgeschlossen sind

3.2.1 Haftpflichtansprüche wegen

- Abnutzung, Verschleiß und übermäßiger Beanspruchung;
- Schäden an Heizungs-, Maschinen-, Kessel- und Warmwasserbereitungsanlagen sowie an Elektro- und Gasgeräten;
- Glasschäden, soweit sich der Versicherte hiergegen besonders versichern kann;

3.2.2 die unter den Regressverzicht nach dem Abkommen der Feuerversicherer bei übergreifenden Versicherungsfällen fallenden Rückgriffsansprüche.

3.3 Versicherungssumme 50.000 EUR

Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle je Versicherungsjahr beträgt das Doppelte dieser Summe.

4. Abwässer

Eingeschlossen sind - teilweise abweichend von § 4 Ziffer I. 5 AHB - Haftpflichtansprüche wegen Sachschäden durch häusliche Abwässer.

5. Allmählichkeitsschäden

Eingeschlossen sind - teilweise abweichend von § 4 Ziffer I. 5 AHB - Haftpflichtansprüche wegen Sachschäden durch allmähliche Einwirkung der Temperatur, von Gasen, Dämpfen oder Feuchtigkeit und von Niederschlägen (Rauch, Ruß, Staub und dergleichen).

6. Tiere

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht

6.1 als Halter oder Hüter von zahmen Haustieren, gezähmten Kleintieren und Bienen - nicht jedoch von Hunden, Rindern, Pferden, sonstigen Reit- und Zugtieren, wilden Tieren sowie von Tieren, die zu gewerblichen oder landwirtschaftlichen Zwecken gehalten werden;

6.2 als Reiter bei Benutzung fremder Pferde zu privaten Zwecken;

6.3 aus dem Hüten fremder Hunde, soweit dies nicht gewerbsmäßig erfolgt. Leistungen aus der Haftpflichtversicherung des Tierhalters gehen diesem Versicherungsschutz voraus. Nicht versichert ist das Hüten von Hunden, die von mitversicherten Personen gehalten werden oder in deren Eigentum stehen.

6.4 Kein Versicherungsschutz besteht für Ansprüche der Tierhalter oder -eigentümer.

7. Kraft-, Luft- und Wasserfahrzeuge

7.1 Nicht versichert ist die Haftpflicht des Eigentümers, Besitzers, Halters oder Führers eines Kraft-, Luft- oder Wasserfahrzeugs wegen Schäden, die durch den Gebrauch des Fahrzeuges verursacht werden.

7.2 Versichert ist jedoch die gesetzliche Haftpflicht wegen Schäden, die verursacht werden durch den Gebrauch

7.2.1 von folgenden selbstfahrenden Landfahrzeugen, soweit hierfür keine Versicherungspflicht besteht:

- Kraftfahrzeugen ohne Rücksicht auf eine Höchstgeschwindigkeit, die nur auf nicht öffentlichen Wegen und Plätzen verkehren;

- Kraftfahrzeugen bis 6 km/h bauartbedingte Höchstgeschwindigkeit; ferngelenkte Modellfahrzeuge.

7.2.2 von folgenden Wasserfahrzeugen:

- Wassersportfahrzeugen, ausgenommen eigene Segelboote und eigene oder fremde Wassersportfahrzeuge mit Motor (auch Hilfs- oder Außenbordmotoren) oder Treibsätzen (siehe jedoch Ziffer 8);

- Windsurfbrettern; ferngelenkte Modellfahrzeuge.

7.3 Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Führer eines Fahrzeuges nach Ziffer 7.2 beim Eintritt des Versicherungsfalles

- nicht die vorgeschriebene behördliche Fahrerlaubnis hat;

- das Fahrzeug unberechtigt geführt hat.

Die Verpflichtung zur Leistung bleibt gegenüber dem Versicherten bestehen, wenn dieser das Vorliegen der Fahrerlaubnis bei dem berechtigten Führer ohne Verschulden annehmen durfte oder wenn ein Unberechtigter das Fahrzeug geführt hat.

8. Gelegentlicher Gebrauch fremder Boote mit Motor

Versichert ist – abweichend von Ziffer 9.2.3 - die gesetzliche Haftpflicht wegen Schäden, die verursacht werden durch den Gebrauch von fremden Booten mit Motor, (auch Segelboote mit Hilfsmotor) bis zu einer Motorstärke von 55 kW (75 PS), soweit dieser Gebrauch gelegentlich und jeweils nur vorübergehend bis zu höchstens 4 Wochen erfolgt.

Der Versicherungsschutz besteht nur insoweit, als nicht die Haftpflichtversicherung des Halters des fremden Bootes verpflichtet ist, dem berechtigten Führer des Bootes Versicherungsschutz zu gewähren.

Nicht versichert ist der Gebrauch von Wasserfahrzeugen, die

- von mitversicherten Personen gehalten werden oder in deren Eigentum stehen;

- für einen ununterbrochenen Zeitraum von mehr als 4 Wochen in Gewahrsam oder Besitz genommen werden.

Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Führer des Fahrzeuges beim Eintritt des Versicherungsfalles

- nicht die vorgeschriebene behördliche Fahrerlaubnis hat;

- das Fahrzeug unberechtigt geführt hat.

Die Verpflichtung zur Leistung bleibt gegenüber dem Versicherten bestehen, wenn dieser das Vorliegen der Fahrerlaubnis bei dem berechtigten Führer ohne Verschulden annehmen durfte oder wenn ein Unberechtigter das Fahrzeug geführt hat.

9. Versicherungsfälle bei Auslandsaufenthalt

9.1 Bei Auslandsaufenthalt ist – abweichend von § 4 Ziffer I. 3 AHB – eingeschlossen die gesetzliche Haftpflicht aus im Ausland vorkommenden Versicherungsfällen.

9.2 Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht aus der vorübergehenden Benutzung oder Anmietung (nicht dem Eigentum) von im Ausland gelegenen Wohnungen und Häusern.

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

10. Waffen, Munition und Geschosse

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht aus dem erlaubten privaten Besitz und aus dem Gebrauch von Hieb-, Stoß- und Schusswaffen sowie Munition und Geschossen, einschließlich der Ausübung der Jagd, wenn in dem jeweiligen Land keine Pflichtversicherung während der Ausübung der Jagd vorgeschrieben ist. Kein Versicherungsschutz besteht bei Verwendung der genannten Waffen zu strafbaren Handlungen.

11. Gewässerveränderungen

Versichert ist – wobei Vermögensschäden wie Sachschäden behandelt werden - die gesetzliche Haftpflicht des Versicherten für unmittelbare oder mittelbare Folgen von Veränderungen der physikalischen, chemischen oder biologischen Beschaffenheit eines Gewässers einschließlich des Grundwassers (Gewässerschäden) mit Ausnahme der Haftpflicht als Inhaber von Anlagen zur Lagerung von gewässerschädlichen Stoffen und aus der Verwendung dieser gelagerten Stoffe (Versicherungsschutz hierfür wird ausschließlich durch besonderen Vertrag gewährt).

11.1 Versicherte Anlagen

- Abweichend von Ziffer 14 ist jedoch versichert die gesetzliche Haftpflicht als Inhaber von Anlagen zur Lagerung von

gewässerschädlichen Stoffen in Behältnissen bis zu 50 Liter/Kilogramm Fassungsvermögen (Kleingebinde), sofern das Gesamtfassungsvermögen der vorhandenen Kleingebinde 500 Liter/Kilogramm nicht übersteigt, und aus der Verwendung dieser Stoffe.

Werden diese Mengen überschritten, so entfällt die Mitversicherung. § 1 Ziffer 2 AHB (Erhöhung und Erweiterung des versicherten Risikos) und § 2 AHB (Vorsorgeversicherung)

finden keine Anwendung.

11.2 Rettungskosten

Aufwendungen, auch erfolglose, die der Versicherte im Versicherungsfall zur Abwendung oder Minderung des Schadens für geboten halten durfte (Rettungskosten), sowie außergerichtliche Gutachterkosten werden vom Versicherer insoweit übernommen, als sie zusammen mit der Entschädigungsleistung die Versicherungssumme für Sachschäden nicht übersteigen. Für Gerichts- und Anwaltskosten bleibt es bei der Regelung der AHB.

Auf Weisung des Versicherers aufgewendete Rettungs- und außergerichtliche Gutachterkosten sind auch insoweit zu ersetzen, als sie zusammen mit der Entschädigung die Versicherungssumme für Sachschäden übersteigen. Eine Billigung des Versicherers von Maßnahmen des Versicherten oder Dritter zur Abwendung oder Minderung des Schadens gilt nicht als Weisung des Versicherers.

11.3 Pflichtwidrigkeiten/Verstöße

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche gegen die Personen, die den Schaden durch bewusstes Abweichen von dem Gewässerschutz dienenden Gesetzen, Verordnungen, an den Versicherten gerichteten behördlichen Anordnungen oder Verfügungen herbeigeführt haben.

11.4 Gemeingefahren

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche wegen Schäden, die nachweislich auf Kriegsereignissen, anderen feindseligen Handlungen, Aufruhr, inneren Unruhen, Generalstreik, illegalem Streik oder unmittelbar auf Verfügungen oder Maßnahmen von hoher Hand beruhen.

Das gleiche gilt für Schäden durch höhere Gewalt, soweit sich elementare Naturkräfte ausgewirkt haben.

12. Verlust fremder privater Schlüssel

Eingeschlossen ist - in Ergänzung von § 1 Ziffer 3 AHB und abweichend von § 4 Ziffer I. 6 a) AHB - die gesetzliche Haftpflicht aus dem Abhandenkommen von fremden privaten Schlüsseln (auch General-/Hauptschlüssel für eine zentrale Schließanlage), die sich rechtmäßig im Gewahrsam des Versicherten befunden haben.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die gesetzlichen Haftpflichtansprüche wegen der Kosten für die notwendige Auswechslung von Schlössern und Schließanlagen sowie für vorübergehende Sicherungsmaßnahmen (Notschloss) und einen Objektschutz bis zu 14 Tagen, gerechnet ab dem Zeitpunkt, an welchem der Verlust des Schlüssels festgestellt wurde.

Bei Sondereigentümern sind versichert Haftpflichtansprüche der Gemeinschaft der Wohnungseigentümer. Die Leistungspflicht erstreckt sich jedoch nicht auf den Miteigentumsanteil an dem gemeinschaftlichen Eigentum.

12.1 Ausgeschlossen bleiben Haftpflichtansprüche aus

- Folgeschäden eines Schlüsselverlustes (z. B. wegen Einbruchs);
- dem Verlust von Schlüsseln, die dem Arbeitgeber des Versicherten von Kunden oder sonstigen Dritten überlassen wurden;
- dem Verlust von Tresor- und Möbelschlüsseln sowie sonstigen Schlüsseln zu beweglichen Sachen.

12.2 Versicherungssumme 20.000 EUR. Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle je Versicherungsjahr beträgt das Doppelte dieser Summe.

13. Vermögensschäden

Mitversichert ist die gesetzliche Haftpflicht wegen Vermögensschäden im Sinne des § 1 Ziffer 3 AHB aus Versicherungsfällen, die während der Wirksamkeit der Versicherung eingetreten sind.

Ausgeschlossen sind Haftpflichtansprüche aus

- Schäden, die durch vom Versicherten (oder in seinem Auftrage oder für seine Rechnung von Dritten) hergestellte oder gelieferte Sachen oder geleistete Arbeiten entstehen;
- Schäden durch ständige Immissionen (z. B. Geräusche, Gerüche, Erschütterungen);
- planender, beratender, bau- oder montageleitender, prüfender oder gutachtlicher Tätigkeit;
- Tätigkeiten im Zusammenhang mit Geld-, Kredit-, Versicherungs-, Grundstücks-, Leasing- oder ähnlichen wirtschaftlichen Geschäften, aus Zahlungsvorgängen aller Art, aus Kassenführung sowie aus Untreue und Unterschlagung;
- der Verletzung von gewerblichen Schutzrechten und Urheberrechten;
- Nichteinhaltung von Fristen, Terminen, Vor- und Kostenanschlägen;
- Ratschlägen, Empfehlungen oder Weisungen an wirtschaftlich verbundene Unternehmen;
- Rationalisierung und Automatisierung, Auskunftserteilung, Übersetzung, Reisevermittlung und Reiseveranstaltung;
- bewußtem Abweichen von gesetzlichen oder behördlichen Vorschriften, von Anweisungen oder Bedingungen des Auftraggebers oder aus sonstiger bewußter Pflichtverletzung;
- Abhandenkommen von Sachen, auch z. B. von Geld, Wertpapieren und Wertsachen.

Versicherungssumme 200.000 EUR. Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle je Versicherungsjahr beträgt das Doppelte dieser Summe.

14. Sachschäden – Gefälligkeitshandlung

Für Sachschäden aus Anlass einer Gefälligkeitshandlung gilt:

Der Versicherer wird sich nicht auf einen stillschweigenden Haftungsausschluss bei Gefälligkeitshandlungen des Versicherten oder mitversicherter Personen berufen, soweit dies der Versicherte wünscht und ein anderer Versicherer (z. B. Kaskoversicherer) nicht leistungspflichtig ist. Ein Mitverschulden des Geschädigten wird angerechnet. Versicherungssumme siehe Versicherungsschein.

15. Örtliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Kein Versicherungsschutz besteht in Ländern in denen der ständige Wohnsitz des Reisenden liegt, sowie in Ländern deren Nationalität der Reisende angehört.