

AUB 1961¹

A. Versicherte Gefahr

§ 1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer gewährt entsprechend den versicherten Leistungen Versicherungsschutz gegen die Folgen der dem Versicherten während der Vertragsdauer zustoßenden Unfälle.

§ 2 Unfallbegriff und Grenzfälle

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

(2) Unter den Versicherungsschutz fallen auch:

- a) durch Kraftanstrengung des Versicherten hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule;
- b) Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne der Ziffer 1 in den Körper gelangt ist.

(3) Dagegen fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- a) Berufs- und Gewerbekrankheiten;
- b) Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung;
- c) Vergiftungen infolge Einführung fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten; Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maserstrahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen; Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt. Die Entstehungsursache der Infektionskrankheiten selbst gilt nicht als Unfallereignis.

§ 3 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind:

- (1) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder die durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, verursacht werden;
- (2) Unfälle, die der Versicherte erleidet infolge der vorsätzlichen Ausführung oder des Versuches von Verbrechen oder Vergehen;
- (3) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen und Eingriffe, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit die Heilmaßnahmen oder Eingriffe nicht durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis veranlasst waren. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen, Hornhaut gilt nicht als solcher Eingriff;
- (4) Unfälle infolge von Schlaganfällen, epileptischen Anfällen und solchen Krampfanfällen, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen, von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind. Die Ausschlüsse gelten nicht, wenn diese Anfälle oder Störungen durch ein unter die Versicherung fallendes Unfallereignis hervorgerufen waren;
- (5) Krampfadern und Unterschenkelgeschwüre, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlimmert worden sind.

§ 4 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung - Sondergefahren

(1) Änderungen in der sich aus dem Antrag ergebenden Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind ohne Einfluss auf den Fortbestand des Vertrages, sofern der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewährt.

Die Ableistung von Pflichtwehrdienst oder Zivildienst sowie die Teilnahme an militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

(2)

- a) Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist nach Ablauf eines Monats vom Zugang der Anzeige (§ 15 I) an nur dieser zu zahlen.

¹ Veröffentlichungen des Bundesaufsichtsamtes für das Versicherungswesen 1984, S. 10.

b) Ergibt sich ein höherer Beitrag, so wird auf die Dauer eines Monats von dem Zeitpunkt an, an dem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die erhöhte Gefahr der volle Versicherungsschutz gewährt. Tritt ein auf die erhöhte Gefahr zurückzuführender Versicherungsfall nach dem Ablauf dieses Monats ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erzielt worden ist, so bemessen sich die Leistungen des Versicherers nach den im Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.

(3)

a) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Unfälle, die der Versicherte bei Reise- oder Rundflügen als Fluggast in einem Propeller- oder Strahlflugzeug oder in einem Hubschrauber erleidet. Fluggäste sind, mit Ausnahme der Besatzungsmitglieder, die Insassen, denen das Luftfahrzeug ausschließlich zur Beförderung dient.

b) Eine Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf Luftfahrt-Unfälle, die die Voraussetzungen des Absatzes a) nicht erfüllen, bedarf einer besonderen Vereinbarung.

(4) Besondere Vereinbarung ist erforderlich für die Ausdehnung der Versicherung auf Unfälle bei Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt und den dazugehörigen Übungsfahrten.

(5) Für den Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation gilt im Krieg oder im kriegsmäßigen Einsatz folgendes: Der Versicherungsschutz und die Pflicht, Beiträge zu zahlen, werden unterbrochen. Über den laufenden Monat hinaus bezahlte Beiträge werden auf die spätere Versicherungszeit angerechnet oder, falls das Versicherungsverhältnis vorzeitig beendet wird, gemäß § 7 III und IV zurückerstattet. Der Versicherungsschutz lebt nach Entlassung des Versicherten aus einer militärischen oder ähnlichen Formation, frühestens mit Eingang der Anzeige hiervon an den Versicherer, wieder auf.

§ 5 Nicht versicherungsfähige Personen

(1) Nicht versicherungsfähig und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Geisteskranke und Personen, die von schwerem Nervenleiden befallen oder dauernd vollständig arbeitsunfähig sind. Der für sie seit Vertragsabschluß entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit oder Gebrechen außerstande ist, eine Erwerbsfähigkeit auszuüben.

(2) Der Versicherungsschutz erlischt, sobald der Versicherte im Sinne der Ziffer (1) versicherungsunfähig geworden ist. Gleichzeitig endet der Vertrag für den Versicherten.

§ 6 Örtliche Geltung

Die Versicherung umfasst Unfälle auf der ganzen Erde.

§ 7 Beginn der Leistungspflicht, Vertragsdauer

I. Die Leistungspflicht des Versicherers beginnt, wenn nicht ein späterer Zeitpunkt im Versicherungsschein selbst bestimmt oder ein früherer Zeitpunkt von dem Versicherer schriftlich zugesagt ist, mit der Einlösung des Versicherungsscheines. Wird der erste Beitrag erst nach dem als Beginn der Versicherung festgesetzten Zeitpunkt auf Anforderung ohne Verzug gezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem vereinbarten Zeitpunkt.

II.

(1) Der Vertrag ist zunächst für die in dem Versicherungsschein festgesetzte Zeit abgeschlossen. Beträgt die Dauer des Vertrages mindestens ein Jahr, so kann er schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf des Vertrages der anderen Partei zugegangen sein. Wird die rechtzeitige Kündigung unterlassen, so verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr.

(2)

a) Der Vertrag kann ferner gekündigt werden, wenn eine Entschädigung gezahlt, wegen des Entschädigungsanspruchs Klage erhoben oder nach § 12 Entscheidung des Arzteausschusses beantragt worden ist.

b) Das Recht zur Kündigung, die durch den Versicherer mit einer Frist von einem Monat, durch den Versicherungsnehmer mit sofortiger Wirkung oder zum Ende des Versicherungsjahres auszusprechen ist, erlischt, wenn es nicht spätestens innerhalb eines Monats ausgeübt wird, nachdem die Zahlung geleistet, der Rechtsstreit durch Klagerücknahme, Anerkenntnis oder Vergleich beigelegt, das Urteil rechtskräftig geworden oder der Spruch des Arzteausschusses dem Versicherungsnehmer bekannt gegeben worden ist.

III. In allen Fällen der vorzeitigen Beendigung gebührt dem Versicherer nur der Teil des Beitrages, welcher der abgelaufenen Versicherungszeit entspricht.

IV. War der Beitrag auf mehrere Jahre vorausbezahlt, so ist der Berechnung des dem Versicherer zustehenden Betrages der Beitrag zugrunde zu legen, der bei Vorauszahlung auf die Zeit, während der die Versicherung tatsächlich in Kraft war, zu zahlen gewesen wäre.

B. Leistungen des Versicherers

§ 8 Art und Voraussetzungen der Leistungen

I. Todesfallentschädigung

Führt ein Unfall innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet zum Tode, so wird Entschädigung nach der versicherten Todesfallsumme geleistet.

II. Invaliditätsentschädigung

(1) Eine dauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Invalidität) als Unfallfolge muss innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten sein; sie muss spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren drei Monaten nach dem Unfalljahr ärztlich festgestellt und geltend gemacht sein. Der Versicherer zahlt bei Ganzinvalidität die volle für den Invaliditätsfall versicherte Summe, bei Teilinvalidität den dem Grade der Invalidität entsprechenden Teil gemäß den nachfolgenden Bestimmungen:

(2) Als feste Invaliditätsgrade unter Ausschluss des Nachweises eines höheren oder geringeren Grades werden angenommen:

a) Bei Verlust

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

b) Bei Verlust

eines Beines über 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

eines Fußes mit Erhaltung der Ferse (nach Pirogoff) 30 Prozent

einer großen Zehe 5 Prozent

einer anderen Zehe 2 Prozent

c) Bei Verlust

beider Augen 100 Prozent

eines Auges 30 Prozent

sofern jedoch das andere Auge vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war 70 Prozent

bei gänzlichem Verlust des Gehörs auf beiden Ohren 60 Prozent

auf einem Ohr 15 Prozent

sofern jedoch das Gehör auf dem anderen Ohr vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war 45 Prozent

bei gänzlichem Verlust des Geruchs 10 Prozent

bei gänzlichem Verlust des Geschmacks 5 Prozent

(3) Die vollständige Gebrauchsunfähigkeit eines Körperteils oder Sinnesorgans bemisst sich nach dem für den Verlust geltenden Satz. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Gebrauchsunfähigkeit wird der entsprechende Teil des Satzes nach Ziffer (2) angenommen.

(4) Bei Verlust oder Gebrauchsunfähigkeit von mehreren der vorgenannten Körperteile oder Sinnesorgane werden die sich nach Ziffern (2) und (3) ergebenden Prozentsätze zusammengerechnet, jedoch nie mehr als 100% angenommen.

(5) Soweit sich der Invaliditätsgrad nach Vorstehendem nicht bestimmen lässt, wird bei der Bemessung in Betracht gezogen, inwieweit der Versicherte imstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann.

(6) Stirbt der Versicherte infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet, so besteht kein Anspruch auf Invaliditätsentschädigung. Etwa bereits geleistete Invaliditätsentschädigungen werden von der Todesfallentschädigung abgezogen (§ 13 (1)).

(7) Hat der Versicherte am Unfalltage das 65. Lebensjahr vollendet, so wird die Invaliditätsentschädigung in Form einer Rente gemäß § 20 gewährt.

III. Tagegeld

(1) Im Falle der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung Tagegeld gezahlt. Das Tagegeld wird nach dem Grad der Beeinträchtigung abgestuft. Für die Bemessung des Grades der Beeinträchtigung ist die Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten maßgebend.

(2) Wird geltend gemacht, dass die Arbeitsfähigkeit auch nach Abschluss der ärztlichen Behandlung noch beeinträchtigt sei, so sind weitere Leistungen des Versicherers davon abhängig, dass die Fortdauer der Beeinträchtigung von dem behandelnden Arzt bescheinigt wird. Nach Feststellung der Invalidität (§ 8 II) kann weiteres Tagegeld jedoch nur bei erneuter ärztlicher Behandlung beansprucht werden.

(3) Ist die Arbeitsfähigkeit überhaupt nicht beeinträchtigt worden, werden für die Dauer der fortlaufenden ärztlichen Behandlung die notwendigen Kosten für den Arzt und die ärztlich verordneten Arznei- und Verbandsmittel bis zur Hälfte des für diese Zeit versicherten Tagegeldes ersetzt, vorausgesetzt, dass die Behandlung mindestens alle 14 Tage stattgefunden hat. § 8 VI (3) a) Sätze 1 und 2 finden entsprechende Anwendung.

(4) Die in Ziffern (1)-(3) aufgeführten Leistungen werden höchstens für ein Jahr vom Unfalltage an gerechnet gewährt.

IV. Krankenhaustagegeld

(1) Krankenhaustagegeld wird für jeden Kalendertag gezahlt, an dem sich der Versicherte wegen eines Unfalles (§§ 2 und 3) aus medizinischen Gründen in stationärer Krankenhausbehandlung befindet, höchstens jedoch für zwei Jahre vom Unfalltage an gerechnet. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein Kalendertag gerechnet.

(2) Die Leistungen entfallen für einen Aufenthalt in Sanatorien, Erholungsheimen und Kuranstalten.

V. Genesungsgeld

(1) Im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt wird Genesungsgeld für die gleiche Anzahl von Kalendertagen, für die Krankenhaustagegeld gezahlt wird, höchstens jedoch für 100 Tage, in folgender Höhe gewährt:

für den 1. bis 10. Tag 100 Prozent

für den 11. bis 20. Tag 50 Prozent

für den 21. bis 100. Tag 25 Prozent

des versicherten Krankenhaustagegeldes.

(2) Mehrere stationäre Krankenhausaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Krankenhausaufenthalt gewertet.

VI. Heilkosten

(1) Für die Behebung der Unfallfolgen werden die innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall erwachsenen notwendigen Kosten des Heilverfahrens, für künstliche Glieder und anderweitige nach dem ärztlichen Ermessen erforderliche Anschaffungen bis zum versicherten Betrag für jeden Versicherungsfall ersetzt. Als Kosten des Heilverfahrens gelten Arzthonorare, soweit sie nach einer amtlichen Gebührenordnung unter Berücksichtigung der Verhältnisse des Versicherten begründet sind, Kosten für Arzneien und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel, Verbandszeug, notwendige Krankentransporte, stationäre Behandlung und Verpflegung sowie für Röntgenaufnahmen.

(2) Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichen Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

(3)

a) Bei gleichzeitigem Bestehen einer Einzel-Krankheitskostenversicherung und einer Einzel-Unfallheilkostenversicherung wird Heilkostenersatz im Rahmen der Unfallversicherung nur insoweit gewährt, als der Krankenversicherer seine vertraglichen Leistungen voll erfüllt hat und diese zur Deckung der entstandenen Kosten nicht ausgereicht haben. Ist der Krankenversicherer leistungsfrei oder bestreitet er seine Leistungspflicht, so kann der Versicherungsnehmer sich unmittelbar an den Unfallversicherer halten. Sobald der Unfallversicherer von dem Zusammentreffen einer Einzel-Krankheitskosten- und einer Einzel-Unfallheilkostenversicherung Kenntnis erhalten hat, wird der anteilige Beitrag für die Unfallheilkostenversicherung vom nächsten Monatsersten an auf die Hälfte herabgesetzt. Der Unfallversicherer hat den zuviel gezahlten Betrag zurückzuerstatten. Bei Wegfall einer Einzel-Krankheitskostenversicherung hat der Versicherungsnehmer vom nächsten Monatsersten an den vollen Unfallheilkostenbeitrag zu zahlen und erwirbt damit Anspruch auf die vollen Leistungen.

b) Der Versicherungsnehmer hat einen Wegfall der Einzel-Krankheitskostenversicherung dem Unfallversicherer unverzüglich anzuzeigen. Unterlässt der Versicherungsnehmer die Anzeige des

Wegfalls der Einzel-Krankheitskostenversicherung oder ist er mit der erstmaligen Entrichtung des wegen des Wegfalls zu zahlenden weiteren Beitragsanteils länger als einen Monat im Verzug, so hat er aus der Einzel-Unfallheilkostenversicherung nur Anspruch auf die halben Leistungen.

VII. Übergangentschädigung

(1) Besteht nach Ablauf von sechs Monaten vom Eintritt des Unfalles an gerechnet ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen noch eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50% und hat diese Beeinträchtigung bis dahin ununterbrochen bestanden, so wird die versicherte Übergangentschädigung gezahlt. Für die Bemessung des Grades der Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit ist die Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten maßgebend.

(2) Der Versicherungsnehmer hat den Anspruch auf Zahlung der Übergangentschädigung unverzüglich geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Attestes zu begründen.

§ 9 Nebenleistungen

Die Kosten der vom Versicherer zugezogenen oder befragten Ärzte übernimmt der Versicherer, desgleichen die notwendigen Kosten, die für die Erfüllung der in § 15 II (6) aufgeführten Obliegenheiten erwachsen, einschließlich eines nachgewiesenen Lohnausfalls, dagegen die Gebühren für die zur Begründung des Versicherungsanspruchs erforderlichen Zeugnisse für Gewährung des Tagegeldes nur bis zum Betrage eines versicherten Tagegeldsatzes, für Gewährung der Invaliditätentschädigung bis zu 1‰ der versicherten Invaliditätssumme, für Gewährung der Übergangentschädigung bis zu 1% der versicherten Summe; etwaige Mehrkosten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

§ 10 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Haben bei den Unfallfolgen Krankheiten oder Gebrechen mitgewirkt, so ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.

(2) Bei Blutungen aus inneren Organen und bei Gehirnblutungen wird eine Leistung nur gewährt, wenn für diese Schäden die überwiegende Ursache ein Versicherungsfall, nicht aber eine innere Erkrankung oder ein Gebrechen gewesen ist.

(3) Bauch- oder Unterleibsbrüche irgendwelcher Art werden nur dann entschädigt, wenn sie durch eine gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

(4) Wenn vor Eintritt des Unfalles der Versicherte schon durch Krankheit oder Gebrechen in seiner Arbeitsfähigkeit dauernd behindert war oder Körperteile oder Sinnesorgane ganz oder teilweise verloren oder gebrauchsunfähig gewesen sind, so wird von der nach dem Unfall vorhandenen Gesamtinvalidität ein Abzug gemacht, der der schon vorher vorhanden gewesenen Invalidität entspricht. Für dessen Bemessung werden die Grundsätze unter § 8 II mit der Maßgabe angewandt, dass gegebenenfalls auch ein höherer Grad der Gesamtinvalidität als 100% anzunehmen ist, sofern der Unfall Körperteile oder Sinnesorgane betrifft, die nicht schon vor diesem Unfall beschädigt waren.

(5) Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wird eine Entschädigung nur gewährt, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

§ 11 Erklärung über die Leistungspflicht

Der Versicherer ist verpflichtet, sich, soweit Todesfallsumme, Tagegeld, Krankenhaustagegeld, Heilkosten oder Übergangentschädigung beansprucht werden, spätestens innerhalb eines Monats, soweit Invaliditätentschädigung beansprucht wird, innerhalb dreier Monate, darüber zu erklären, ob und inwieweit eine Entschädigungspflicht anerkannt wird. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Ansprucherhebende zur Feststellung des Unfallhergangs und der Unfallfolgen sowie zum Nachweis des Abschlusses des für die Feststellung der Invalidität notwendigen Heilverfahrens beizubringen hat.

§ 12 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

I.

(1) Im Falle von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, ob und in welchem Umfang der eingetretene Schaden auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, entscheidet ein Ärzteausschuss; für alle sonstigen Streitpunkte sind die ordentlichen Gerichte zuständig.

(2) Die Entscheidung des Ärzteausschusses ist von dem Versicherungsnehmer bis zum Ablauf von sechs Monaten, nachdem ihm die Erklärung des Versicherers nach § 11 zugegangen ist, zu beantragen. Versicherer und Versicherungsnehmer können jedoch bis zum Ablauf dieser Frist

verlangen, dass anstelle des Ärztensausschusses die ordentlichen Gerichte entscheiden. Wird dieses Verlangen gestellt so kann der Versicherungsnehmer nur Klage erheben.

(3) Lässt der Anspruchserhebende die unter (2) genannte Frist verstreichen, ohne daß er entweder die Entscheidung des Ärztensausschusses verlangt oder Klage erhebt, so sind weitergehende Ansprüche, als sie vom Versicherer anerkannt sind, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Erklärung hinzuweisen.

II. Für den Ärztensausschuss gelten folgende Bestimmungen:

(1) Zusammensetzung:

a) Der Ärztensausschuss setzt sich zusammen aus zwei Ärzten, von denen jede Partei einen benennt, und einem Obmann. Dieser wird von den beiden von den Parteien benannten Ärzten gewählt und soll ein auf dem Gebiet der Unfallbegutachtung erfahrener Arzt sein, der nicht in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer der Parteien steht. Einigen sich die von den Parteien gewählten Ärzte nicht binnen einem Monat über den Obmann, so wird dieser auf Antrag einer Partei von dem Vorsitzenden der für den letzten inländischen Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer benannt. Hat der Versicherte keinen inländischen Wohnsitz, so ist die für den Sitz des Versicherers zuständige Ärztekammer maßgebend.

b) Benennt eine Partei ihr Ausschussmitglied nicht binnen einem Monat, nachdem sie von der anderen Partei hierzu aufgefordert ist, so wird dieses Ausschussmitglied gleichfalls durch den Vorsitzenden der Ärztekammer ernannt.

(2) Verfahren:

a) Sobald der Ausschuss zusammengesetzt ist, hat der Versicherer unter Einsendung der erforderlichen Unterlagen den Obmann um die Durchführung des Verfahrens zu ersuchen.

b) Der Obmann bestimmt im Benehmen mit den beiden Ausschussmitgliedern Ort und Zeit des Zusammentritts und gibt hiervon den Parteien mindestens eine Woche vor dem Termin Nachricht. Es bleibt ihm unbenommen, sich wegen weiterer Aufklärung des Sachverhalts an die Parteien zu wenden. In der Sitzung ist der Versicherte, soweit möglich, zu hören und erforderlichenfalls zu untersuchen. Erscheint der Versicherte unentschuldigt nicht, so kann der Ausschuss aufgrund der Unterlagen entscheiden.

c) Die Entscheidung ist schriftlich zu begründen und vom Obmann zu unterzeichnen.

(3) Kosten: Ist die Entscheidung des Ärztensausschusses für den Versicherten günstiger als das vor seinem Zusammentritt abgegebene Angebot des Versicherers, so sind die Kosten voll von diesem zu tragen. Andernfalls werden sie dem Versicherungsnehmer auferlegt: Wenn nur Tagegeld strittig ist, bis zum 20fachen Betrag des versicherten Tagegeldsatzes, wenn nur Krankenhaustagegeld strittig ist, bis zum 10fachen Betrag des versicherten Krankenhaustagegeldsatzes, wenn nur Heilkosten oder nur Übergangsschädigung strittig sind, jeweils bis zu 10% der versicherten Summe, sonst bis zu 2% der versicherten Invaliditäts- oder Todesfallsumme.

§ 13 Zahlung der Entschädigung

(1) Die Entschädigung wird spätestens zwei Wochen nach ihrer Feststellung gemäß §§ 11 und 12 gezahlt. Festgestellt ist die Entschädigung im Falle des § 12 II (2) mit der Bekanntgabe der Entscheidung des Ärztensausschusses an die Parteien. Innerhalb eines Jahres vom Unfalltage an gerechnet kann jedoch eine Invaliditätsschädigung nur dann beansprucht werden, wenn eine Todesfallsumme versichert war, und zwar äußerstens bis zu deren Höhe (§ 8 II (6)).

(2) Steht die Entschädigungspflicht dem Grunde nach fest, so werden nach Ablauf eines Monats von der Anzeige des Unfalls an auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse auf die Todesfall- oder Invaliditätssumme geleistet. Vorher können auf Verlangen des Versicherungsnehmers schon nach Ablauf je eines Monats Vorschüsse auf Heilkosten, Tagegeld und Krankenhaustagegeld geleistet werden; jedoch kann hieraus die Anerkennung einer Entschädigungspflicht weder dem Grunde noch der Höhe nach hergeleitet werden.

(3)

a) Der Versicherer und der Versicherungsnehmer sind berechtigt, den Grad der dauernden Arbeitsunfähigkeit während der ersten zwei Jahre nach Abschluss der ärztlichen Behandlung, längstens jedoch drei Jahre vom Unfalltage an, jährlich neu feststellen zu lassen.

b) Macht der Versicherer von dem Recht gemäß vorstehendem Absatz Gebrauch, so hat dieser von der noch ausstehenden Entschädigungssumme, die dem vorläufig festgestellten Grad der dauernden Arbeitsunfähigkeit entspricht, vom Tage ihrer jeweiligen Feststellung ab als Zinsen jährlich 1% über dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank, mindestens jedoch 4% und höchstens 6%, vierteljährlich im voraus zu entrichten. Macht der Versicherungsnehmer von dem Recht Gebrauch, so hat der Versicherer als Zinsen jährlich 1% unter dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank, mindestens jedoch 4% und höchstens 6%, vierteljährlich im voraus zu entrichten. Stirbt der Versicherte nach Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres, aber vor endgültiger Feststellung der

Entschädigung, so hat der Versicherer nach dem zuletzt festgestellten Grad der dauernden Arbeitsunfähigkeit Entschädigung zu leisten.

C. Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 14 Beitragszahlung

(1) Der Versicherungsnehmer hat den ersten Beitrag bei Vorlegung des Versicherungsscheines, Folgebeiträge am jeweiligen Fälligkeitstage zu bezahlen. Mit dem Beitrag sind die aus dem Versicherungsschein oder den Beitragsrechnungen ersichtlichen Kosten (öffentliche Abgaben, Ausfertigungs- und Hebegebühren) zu entrichten.

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

§ 15 Obliegenheiten

I. Während der Vertragsdauer eingetretene Änderungen der beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen (§ 4 (1) und (2)).

II. Nach Eintritt eines Unfalls sind dem Versicherer gegenüber folgende Obliegenheiten zu erfüllen:

(1) Ein Unfall, der voraussichtlich eine Entschädigungspflicht herbeiführen wird, ist unverzüglich anzuzeigen (§ 18).

(2) Hat der Unfall den Tod zur Folge, so ist dies spätestens innerhalb von 48 Stunden anzuzeigen (§ 18), und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits angemeldet ist. Diese Anzeige soll telegrafisch erfolgen. Der Versicherer hat das Recht, durch einen von ihm beauftragten Arzt die Leiche besichtigen und öffnen zu lassen.

(3) Spätestens am vierten Tag nach dem Unfall ist ein staatlich zugelassener Arzt (Ärztin) zuzuziehen; die ärztliche Behandlung ist bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen; ebenso ist für angemessene Krankenpflege sowie überhaupt nach Möglichkeit für Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

(4) Binnen einer Woche nach Zustellung des von dem Versicherer zu liefernden Vordrucks für Schadenanzeigen ist dieser sorgfältig auszufüllen und ihm zuzusenden; außerdem sind alle weiter verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

(5)

a) Auf Verlangen des Versicherers ist der behandelnde Arzt zu veranlassen, auf den Vordrucken des Versicherers alsbald einen Bericht über den Unfall und nach Abschluss der ärztlichen Behandlung einen Schlussbericht zu erstatten; außerdem ist dafür Sorge zu Tragen, dass alle etwa weiter noch von dem Versicherer eingeforderten Berichte des behandelnden Arztes geliefert werden.

b) Die behandelnden Ärzte, auch diejenigen, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, und die Berufsgenossenschaften, wenn dort der Unfall gemeldet ist, sind zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(6)

a) Der Versicherte ist verpflichtet, sich, sofern dies sein Zustand erlaubt, den von dem Versicherer bezeichneten Ärzten zur Untersuchung zu stellen. Im Falle der aufgeschobenen Kapitalzahlung (§ 13 (3)) hat er sich auf Verlangen des Versicherers von Jahr zu Jahr einer ärztlichen Untersuchung und Begutachtung zu unterwerfen.

b) Den von dem Versicherer beauftragten Ärzten ist jederzeit Zutritt zum Versicherten und dessen Untersuchung zu gestatten.

c) Den von diesen Ärzten nach gewissenhaftem Ermessen zur Förderung der Heilung getroffenen sachdienlichen Anordnungen ist Folge zu leisten. Dies gilt insbesondere auch für den Fall, dass die Behandlung oder Untersuchung des Versicherten in einer Heilanstalt angeordnet wird. In beiden Fällen darf dem Versicherten nichts Unbilliges zugemutet werden.

§ 16 Rechtsverhältnis Dritter

(1) Der Versicherungsnehmer ist für die Erfüllung der Obliegenheiten auch verantwortlich, wenn die Versicherung gegen Unfälle genommen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung). Im Falle der Fremdversicherung steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zu.

(2) Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Vorschriften finden auf dessen Rechtsnachfolger und auf sonstige Ansprucherhebende entsprechende Anwendung.

(3) Die Versicherungsansprüche können vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder übertragen noch verpfändet werden.

§ 17 Folgen der Obliegenheitsverletzungen

Wird eine Obliegenheit verletzt, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, 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 grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 18 Anzeigen und Willenserklärungen

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 Vertreter sind zu deren Entgegennahme nicht bevollmächtigt.

D.

§ 19 Gerichtsstand

(ersatzlos gestrichen)

E.

§ 20 Rentenzahlungen bei dauernder Arbeitsunfähigkeit

(1) Ist für den Fall der dauernden Arbeitsunfähigkeit (§ 8 II) anstelle von Kapitalzahlung Rentenzahlung vorgesehen, so wird die Rente nach der untenstehenden Rententabelle berechnet und dabei für Ganzinvalidität die volle, für teilweise Invalidität die dem festgesetzten Invaliditätsgrade entsprechende Invaliditätssumme zugrunde gelegt.

(2) Die Rente wird von dem Tage an, an dem die Zahlung des Tagegeldes aufhört, entrichtet. Ist Tagegeld nicht versichert, so beginnt sie mit Abschluss der ärztlichen Behandlung, spätestens mit Ablauf des auf den Unfall folgenden Jahres. Sie wird bis zum Ende des Vierteljahres, in dem der Versicherte stirbt, entrichtet und jeweils am Vierteljahres-Ersten im voraus gezahlt.

(3) Während der auf die erstmalige Festsetzung (§§ 11 und 12) folgenden drei Jahre haben beide Teile jeweils nach Ablauf eines Jahres das Recht, eine Änderung der Rente zu verlangen.

(4) Für eine Invaliditätssumme von 1000,- DM ergeben sich die nachstehend aufgeführten Jahresrentenbeträge. Der Berechnung wird das am Unfalltag vollendete Lebensjahr zugrunde gelegt.

Alter	Betrag der Jahresrente	Alter	Betrag der Jahresrente
Jahre	DM	Jahre	DM
bis 20	44,09		
21	44,81	36	51,74
22	44,74	37	52,46
23	45,09	38	53,23
24	45,46	39	54,04
25	45,85	40	54,89
26	46,26	41	55,80
27	46,69	42	56,76
28	47,14	43	57,77
29	47,62	44	58,85
30	48,12	45	59,98

31	48,65	46	61,19
32	49,21	47	62,47
33	49,80	48	63,82
34	50,41	49	65,27
35	51,05	50	66,81
51	68,44	61	92,14
52	70,17	62	95,54
53	72,02	63	99,21
54	73,98	64	103,16
55	76,07	65	107,40
56	78,30	66	111,95
57	80,71	67	116,87
58	83,29	68	122,19
59	86,04	69	127,93
60	88,98	70	134,17
		und darüber	