

859 - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE LUFTFAHRT-UNFALLVERSICHERUNG (ALUB) Fassung 1995

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: Versicherungsschutz

- Artikel 1 Was ist versichert? (Gegenstand der Versicherung)
- Artikel 2 Was gilt als Versicherungsfall?
- Artikel 3 Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)
- Artikel 4 Wann gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)
- Artikel 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz - vorläufige Deckung?
- Artikel 6 Was ist ein Unfall? (Begriff des Unfalles)

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

- Artikel 7 Was kann versichert werden?
- Artikel 8 Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?
- Artikel 9 Was leistet der Versicherer bei Todesfall?
- Artikel 10 Was leistet der Versicherer bei Taggeldversicherung?
- Artikel 11 Was leistet der Versicherer bei Mitversicherung von Heilkosten?
- Artikel 12 Was zahlt der Versicherer zusätzlich? (Zusatzleistungen)
- Artikel 13 Wann und unter welchen Voraussetzungen werden die Leistungen des Versicherers ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung)
- Artikel 14 In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? (Ärztekommision - Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- Artikel 15 Was kann nicht versichert werden? (Risikoschlüssel)
- Artikel 16 Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

- Artikel 17 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 18 Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

- Artikel 19 Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?
- Artikel 20 Unter welchen Voraussetzungen kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? (Wegfall des versicherten Interesses/Veräußerung des versicherten Luftfahrzeuges, Kündigung im Schadenfall)
- Artikel 21 Welche Rechten und Pflichten haben die am Vertrag beteiligten Personen?
- Artikel 22 Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?
- Artikel 23 Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)
- Artikel 24 In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Abschnitt A: Versicherungsschutz (Artikel 1 - 6)

Artikel 1

Was ist versichert? (Gegenstand der Versicherung)

1. Die Versicherung bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten in der in der Polizze angegebenen Eigenschaft im ursächlichen Zusammenhang mit der Benützung oder dem Betrieb eines Luftfahrzeuges, auf das sich die Versicherung erstreckt, ein Unfall (Artikel 6) zustößt.
2. Der Versicherungsschutz dauert vom Besteigen des Luftfahrzeuges am Abflugplatz bis zum Verlassen des Luftfahrzeuges auf dem Landeplatz.
3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle,
 - 3.1. die die versicherten Personen beim Aufenthalt auf Zwischenlande Flugplätzen und Zwischenlande-Flughäfen, bei Notlandungen außerhalb von Flugplätzen und Flughäfen sowie bei Abstürzen, ferner bei den Absturz in ursächlichem Zusammenhang stehenden und notwendig erscheinenden Tätigkeiten erleiden;
 - 3.2. die namentlich versicherten Personen als Fluggäste eines Motorflugzeuges erleiden, und zwar auch dann, wenn sie nicht in dieser Eigenschaft versichert sind;

3.3. die der namentlich Versicherte als Fluggast eines dem öffentlichen Verkehr dienenden, im Linienverkehr eingesetzten Motorflugzeuges bei der Beförderung zum Abflug oder vom Landeplatz durch ein Kraftfahrzeug des Luftbeförderungsunternehmens oder eines von diesem Beauftragten erleidet.

4. Bei der namentlichen Versicherung von Segelfliegern und Fluggästen in Segelflugzeugen oder der namentlichen Versicherung von Segelfluglehrern und -schülern sowie bei der Versicherung für das jeweilige Bodenpersonal eines bestimmten Segelflugzeuges erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle bei Hilfeleistungen des Versicherten beim Starten und beim Landen auf einem Segelflugfeld und bei Außenlandungen.

5. Bei der Versicherung von Fallschirmspringern sind auch Unfälle mitversichert, die mit dem Betriebe des Luftfahrzeuges, von dem abgesprungen wird, in ursächlichem Zusammenhang stehen, ferner Unfälle beim Besteigen oder Verlassen dieses Luftfahrzeuges. Die Bestimmung des Pktes. 3.2. findet keine Anwendung auf die Versicherung von Fallschirmspringern.

6. Auf Unfälle bei der Benützung von Militärluftfahrzeugen und bei der Verwendung des benützten Zivilluftfahrzeuges zu Militärzwecken erstreckt sich der Versicherungsschutz nur bei besonderer Vereinbarung. Eine besondere Vereinbarung ist nicht erforderlich bei der Benützung eines zur Personenbeförderung eingesetzten Militärluftfahrzeuges als ziviler Fluggast.

Artikel 2

Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 6).

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung? (Örtlicher Geltungsbereich)

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die ganze Erde.

Artikel 4

Wann gilt die Versicherung? (Zeitlicher Geltungsbereich)

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eintreten.

Artikel 5

Wann beginnt der Versicherungsschutz - vorläufige Deckung?

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Polizze (Art.17), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne weiteren schuldhaften Verzug bezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung) ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Die Ausstellung einer Versicherungsbestätigung gemäß § 109 der Verordnung über Luftverkehr vom 21.8.1936, RGBl. I S.659, in der Fassung des Luftfahrtgesetzes vom 2.12.1957, BGBl.Nr. 253, bewirkt die Übernahme der vorläufigen Deckung.

Die vorläufige Deckung endet bei Annahme des Antrages mit der Einlösung der Polizze. Sie tritt außer Kraft, wenn der Antrag unverändert angenommen wird und der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der ersten oder der einmaligen Prämie schuldhaft in Verzug gerät (Pkt. 1).

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit der Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6

Was ist ein Unfall?

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod des Versicherten nach sich zieht.

2. Als Unfälle gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

2.1. Ertrinken;

2.2. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;

2.3. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen (siehe auch unter Pkt.3), dass der Giftstoff oder der ätzende Stoff durch Nahrungs- oder Genussmittel eingeführt wurde oder die körperliche Schädigung durch Arzneimittel erfolgt ist.

2.4. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;

3. Krankheiten aller Art gelten nicht als Unfälle, insbesondere Berufs- und Gewerkrankheiten, Malaria, Flecktyphus und sonstige übertragbare Krankheiten.

Abschnitt B: Versicherungsleistung (Artikel 7 - 14)

Artikel 7

Was kann versichert werden?

Die Versicherung kann genommen werden für

- dauernde Invalidität (Art. 8)
- den Todesfall (Art. 9)
- Taggeld (Art. 10)
- Heilkosten (Art. 11).

Artikel 8

Was leistet der Versicherer bei dauernder Invalidität?

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, so wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag bezahlt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:

2.1. bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	
eines Armes ab Schultergelenk	70 %
eines Armes oberhalb des Ellbogengelenkes	65 %
eines Armes unterhalb des Ellbogengelenkes oder einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	35 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des	
Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
des Gehörs auf beiden Ohren	60 %
des Gehörs auf einem Ohr	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des	
Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	5 %

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pktes. 2.1. anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen oder Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.

2.3. Mehrere sich aus den Punkten 2.1. und 2.2. ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Die Versicherungsleistung ist jedoch mit 100 % der versicherten Summe begrenzt.

3. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

4. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis zu vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision (Artikel 14).

Bei Personen vor Vollendung des 15. Lebensjahres wird die Ärztekommision nur über Verlangen eines Vertragsteiles angerufen.

Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als jene die der Versicherer bereits erbracht hat, ist der Mehrbetrag ab der Fälligkeit des Vorschusses (Art.13.2.) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

5. Stirbt der Versicherte

5.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung (vgl. Art. 9.1.);

5.2. aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

5.3. unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

6. Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet oder besteht die dauernde Invalidität in einer Schädigung des Gehirns oder Nervensystems, tritt anstelle der Kapitalszahlung eine nach der beigedruckten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessende Rente.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalszahlung zu erbringen wäre. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Ablauf des Kalendermonates, in dem der Versicherte stirbt.

Artikel 9

Was leistet der Versicherer bei Todesfall?

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird nur die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.

2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen angerechnet, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

3. Für Personen vor Vollendung des 15. Lebensjahres werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt. Bei einer für Luftfahrtunternehmungen gesetzlich vorgeschriebenen Unfallversicherung der Fluggäste findet diese Einschränkung bis zur Höhe der für den Todesfall gesetzlich vorgeschriebenen Mindestversicherungssumme keine Anwendung.

Artikel 10

Was leistet der Versicherer bei Taggeldversicherung?

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Unfähigkeit des Versicherten, einen Beruf oder eine sonstige Beschäftigung auszuüben, für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Artikel 11

Was leistet der Versicherer bei Mitversicherung von Heilkosten?

1. Bis zur Höhe der hiefür vereinbarten Versicherungssumme werden Heilkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und zur Behebung der Unfallfolgen nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderweitiger nach dem ärztlichen Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

2. Kosten von Bade- und Erholungsreisen, der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

3. Insoweit für Heilkosten von einem Sozialversicherungs- und/oder sonstigem Leistungsträger (z.B.: private Krankenversicherung) Ersatz zu leisten ist, erfolgt auf Grund dieser Versicherung kein Ersatz.

Artikel 12

Was leistet der Versicherer zusätzlich? (Zusatzleistungen)

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 18.2.3. sowie 18.2.6. bis 18.2.8. bestimmten Obliegenheiten entstehen.

Artikel 13

Wann und unter welchen Voraussetzungen wird die Versicherungsleistung ausbezahlt? (Fälligkeit der Versicherungsleistung)

1. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung des Versicherers tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

2. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

Artikel 14

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? (Ärztekommision - Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Artikel 8.4., entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Art.13.1. unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.
Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
5. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und vom Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Art. 8.4. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat. Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages begrenzt.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes (Artikel 15 - 16)

Artikel 15

Was kann nicht versichert werden? (Risikoausschlüsse)

1. Es besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle,
 - 1.1. die bei der Ausführung von Verband-, Rekord-, Akrobatik- und Kunstflügen, bei Flügen im Zusammenhang mit der Teilnahme an Wettbewerben sowie beim Einfliegen von Neukonstruktionen und sonstigen bewilligungspflichtigen Erprobungsflügen eintreten;
 - 1.2. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen, inneren Unruhen, Gewalttätigkeiten anlässlich einer öffentlichen Ansammlung oder Kundgebung auftreten;
 - 1.3. die durch oder im Zusammenhang mit einer Entführung oder jeder ungesetzlichen Besitzergreifung oder widerrechtlichen Kontrolle von Flugzeugen oder Flugbesatzungen (einschließlich des Versuches solcher Besitzergreifungen oder Kontrolle) durch eine Person bzw. mehrere Personen, die ohne Genehmigung des Versicherungsnehmers handeln, entstehen;
Das Flugzeug kann erst wieder bei der unversehrten Rückkehr (Landung) des Flugzeuges zum Versicherungsnehmer auf einem durch die geographische Begrenzung (örtlicher Geltungsbereich) im Versicherungsvertrag nicht ausgeschlossenen und für die Operation des Flugzeuges vollkommen geeigneten Flugplatz als unter der Kontrolle des Versicherungsnehmers befindlich erachtet werden. (Eine solche unversehrte Rückkehr wird erfordern, dass das Flugzeug mit abgestellten Triebwerken und ohne Zwang geparkt ist.)
 - 1.4. die durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes, BGBl. Nr. 227/69, in der jeweils geltenden Fassung, verursacht werden; der Ausschluss findet keine Anwendung, sofern der Versicherte den Strahlen bei einer ärztlichen Behandlung der Unfallfolgen ausgesetzt war;
 - 1.5. die in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang mit Lärm (ob für das menschliche Ohr hörbar oder nicht), Vibration, Überschallknall sowie jeglicher damit im Zusammenhang stehender Erscheinung oder durch Verschmutzung und Verseuchung jeglicher Art oder durch elektrische und elektromagnetische Störung entstehen, sofern diese Schäden

nicht auf Absturz, Feuer, Explosion, Zusammenstoß oder angemeldeten Noteinflug, der anormale Flugoperationen mit sich bringt, zurückzuführen sind;

1.6. die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

1.7. bei Flügen (auch Fallschirmabsprüngen), die ohne Wissen und Willen des Verfügungsberechtigten des Luftfahrzeuges vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden (siehe jedoch Pkt. 1.6.);

1.8. die bei Fallschirmabsprüngen entstehen und keine Versicherung für derartige Unfälle vorliegt, sofern der Absprung nicht zur Rettung des eigenen Lebens notwendig erschienen ist;

1.9. die der Versicherer infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes oder Schlaganfalles erleidet; ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge;

1.10. die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet, oder durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente.

1.11. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt.

Der Risikoausschlussgrund des Pktes. 1.7. findet keine Anwendung, sofern für den Verunglückten das Zutreffen dieses Ausschlussgrundes ohne Verschulden nicht erkennbar war.

2. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für körperliche Schädigungen infolge der Einflüsse von Licht, Temperatur und Witterung, es sei denn, dass der Versicherte diesen Einflüssen oder Einwirkungen durch den Versicherungsfall oder bei der ärztlichen Behandlung von Folgen des Versicherungsfalles ausgesetzt war.

Artikel 16

Wann wird die Versicherungsleistung nur eingeschränkt erbracht? (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

2. Darüber hinaus bestehen folgende Einschränkungen:

2.1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art. 8.2. und 8.3. bemessen.

2.2. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, den Eintritt des Unfalles und/oder die Unfallfolgen beeinflusst ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.

2.3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

2.4. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um vor dem Unfall bestandene Krankheitserscheinungen handelt.

2.5. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

2.6. Sind für den Versicherten bei dem den gegenständlichen Versicherungsvertrag abschließenden Versicherungsunternehmen gleichzeitig noch andere auf ihn namentlich lautende und nur für Flug- oder Fallschirmabsprung-Unfälle geltende Versicherungen wirksam und übersteigen die durch diese Unfallversicherungen und die gegenständliche Flugunfall- oder Fallschirmabsprung-Unfallversicherung zusammen versicherten Beträge die nachstehend angeführten Höchstgrenzen als Gesamtversicherungssumme für Flug-(Fallschirmabsprung-)Unfälle so gelten diese Höchstgrenzen als Gesamtversicherungssumme für Flugunfälle oder Fallschirmabsprungunfälle. Die übernommenen Versicherungssummen der einzelnen Verträge ermäßigen sich anteilmäßig.

Höchstgrenzen für Unfälle pro Person:

1. im Zusammenhang mit der Benützung von Motorflugzeugen oder der Dienstverrichtung hierauf

Todesfall:	EUR 363.364,17
Dauernde Invalidität:	EUR 726.728,34
Taggeld pro Tag:	EUR 72,67
Heilkosten:	EUR 14.534,57

2. im Zusammenhang mit der Benützung von

- a) Segelflugzeugen und Motorseglern
 Todesfall: EUR 72.672,83
 Dauernde Invalidität: EUR 145.345,66
 Taggeld pro Tag: EUR 36,34
 Heilkosten: EUR 7.267,28
- b) Fallschirmen
 Todesfall: EUR 72.672,83
 Dauernde Invalidität: EUR 145.345,66
 Taggeld pro Tag: EUR 36,34
- c) / d) Hängegleitern/Paragleitern
 Todesfall: EUR 36.336,42
 Dauernde Invalidität: EUR 36.336,42

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers (Artikel 17 - 18)

Artikel 17

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
 Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38, 39 und 39a VersVG.

Artikel 18

Was ist vor bzw. nach Eintritt des Versicherungsfalles zu beachten? (Obliegenheiten)

1. Als Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

1.1. Das Luftverkehrsunternehmen oder die Zivilluftfahrerschule, soweit gesetzlich vorgeschrieben, müssen behördlich genehmigt und auch etwaige behördliche Auflagen erfüllt sein.

1.2. Die behördlichen Vorschriften über die Verwendungsart und Verwendbarkeit des Luftfahrzeuges sind einzuhalten.

1.3. Das gesamte Luftfahrpersonal muss aller vorgeschriebenen Genehmigungen und Ausweise besitzen und der Flugschüler für seine Ausbildung die behördliche Erlaubnis haben.

1.4. Der Start, von Notstandfällen abgesehen, muss von einem hierfür behördlich genehmigten Platz aus stattfinden.

1.5. Beim Schleppen von Segelflugzeugen muss sowohl der Pilot des Motor- als auch des Segelflugzeuges hierfür die besondere behördliche Genehmigung besitzen und die für die Durchführung bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und behördlichen Vorschriften einhalten.

Die Leistungspflicht bleibt in den Fällen der Pkte. 1.1. bis 1.5. gegenüber den Versicherten bestehen, sofern für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.

2. Als Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

2.1. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherten Personen (Art. 21) haben den Versicherer umfassend und unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche ab Kenntnis, schriftlich vom Versicherungsfall zu informieren.

2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen.

2.4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallsfolgen zu sorgen.

2.5. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer sorgfältig ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle weiter verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer

verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.8. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.9. Im Falle der Mitversicherung von Heilkosten (siehe Art. 11.) sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen (Artikel 19 - 24)

Artikel 19

Was gilt als Versicherungsperiode und wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

2. Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der Versicherungsvertrag mit dem in der Polizza angegebenen Ablauf der Vertragslaufzeit, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Artikel 20

Unter welchen Voraussetzungen kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? (Wegfall des versicherten Interesses/Veräußerung des versicherten Luftfahrzeuges, Kündigung im Schadenfall)

1. Wegfall des versicherten Interesses oder Veräußerung des versicherten Luftfahrzeuges

1.1. Für den Wegfall des versicherten Interesses gilt § 68 VersVG, für die Veräußerung des versicherten Luftfahrzeuges §§ 69 ff VersVG.

Als Wegfall des versicherten Interesses ist der Wegfall des versicherten objektiven Interesses zu verstehen (z.B.: der Untergang des Luftfahrzeuges für das eine Sitzplatzunfallversicherung getätigt wurde).

2. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

2.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherungsnehmer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 14);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Art. 13).

Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

2.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

Dem Versicherer gebührt jeweils die Prämie für die bis zur Vertragsauflösung verstrichene Vertragslaufzeit.

Artikel 21

Welche Rechte und Pflichten haben die am Vertrag beteiligten Personen?

1. Die Versicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

Artikel 22

Wann können Versicherungsansprüche abgetreten oder verpfändet werden?

Die Versicherungsansprüche können vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 23

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? (Gerichtsstand)

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltungmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder seinen Sitz im Inland hat.

Artikel 24

In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Mitteilungen und Erklärungen der versicherten Personen bedürfen zu ihrer Verbindlichkeit der Schriftform.

ANHANG Rententafel

aufgrund der österreichischen allgemeinen Sterbetafel OEM 80/82 und eines Zinsfußes von jährlich 3% (Artikel 8.6).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen *) Rente für einen Kapitalbetrag von EUR 1.000,--.

Alter **)	Jahresrente in EUR
75	11,29
76	11,90
77	12,55
78	13,25
79	14,00
80	14,80

*) Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf einen Kapitalbetrag von EUR 1.000,-- entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

**) Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginn des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstag maßgebend.