

aqua med reise- und tauchmedizin

Allgemeine Versicherungsbedingungen und Verbraucherinformationen zur Taucher-Versicherung

(aqua med Taucher-AVB2001)

Sie als Inhaber einer gültigen aqua med card sind die versicherte Person.

ACE Insurance S.A.-N.V., Direktion für Deutschland, Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt tritt als Versicherer in Kraft und erbringt die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Die Leistungen, die vereinbart werden können, sind in den jeweiligen speziellen Versicherungsbedingungen aufgeführt. Welche Leistungen vertraglich vereinbart sind, ergibt sich aus dem Versicherungsschein.

Die aqua med Taucher-AVB 2001 gelten in Ergänzung zu den aqua med Taucher-Unfall- und den aqua med Auslandsreisekranken-Versicherungsbedingungen.

Inhalt

DIE VERSICHERTEN PERSONEN

- 1 Welche Personen und welche Taucher sind nicht versicherbar?
- 2 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

DIE VERSICHERUNGSDAUER

- 3 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

WEITERE BESTIMMUNGEN

- 4 Wie können Sie den Verlust von Ansprüchen vermeiden?
- 5 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
- 6 Welches Gericht ist zuständig?
- 7 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Was gilt bei Änderungen Ihrer Anschrift?
- 8 Welches Recht findet Anwendung?
- 9 Was gilt für Änderungen der Bedingungen?

VERBRAUCHER-INFORMATIONEN

- 10 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?
- 11 Was gilt für den Datenschutz?

Die versicherten Personen

1 Welche Personen und welche Taucher sind nicht versicherbar?

1.1 Nicht versicherbare Personen

- 1.1.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung (ab Pflegestufe zwei).
- 1.1.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von 1.1.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.
- 1.1.3 Der für schwer- und schwerstpflegebedürftige Personen seit Vertragsabschluss bzw. Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Beitrag ist zurückzuzahlen.

1.2 Nicht versicherbare Taucher

Während der Dauer Ihrer beruflichen Tätigkeit oder Beschäftigung nicht versicherbar sind

- Spreng- und Räumungspersonal sowie Munitionssuchtrupps,
- Kampftaucher und sonstige Taucher der Bundeswehr oder sonstiger Armeen,
- Polizeitaucher und Taucher einer Feuerwehr,
- Berufs-, Vertrags- und Lizenzsportler
- Taucher im gewerblichen Such- oder Rettungseinsatz
- Berufstaucher.

Nach Vereinbarung können gewerbliche Taucher, wie Tauchausbilder, -lehrer, UW-Fotografen, Biologen oder Berufstaucher mit vergleichbaren Tätigkeiten versichert werden, wenn bei Antragstellung die Art der Tätigkeit angegeben wurde.

2 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

- 2.1 Sie als Inhaber einer aqua med card können Leistungen aus der Versicherung ohne Zustimmung von aqua med unmittelbar bei uns geltend machen.

Wir leisten direkt an Sie, bzw. sollten Sie verstorben sein, an Ihre gesetzlichen Erben.

- 2.2 aqua med reise- und tauchmedizin gmbh ist Versicherungsnehmer und somit unser Vertragspartner. Die Ausübung sonstiger Rechte aus dem Vertrag stehen nur aqua med zu.

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

Die Versicherungsdauer

3 Wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

3.1 Dauer des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz besteht, solange Ihre aqua med card gültig ist.

Der Versicherungsschutz für die einzelnen Leistungen kann zeitlich begrenzt sein. Bitte beachten Sie die Angaben in den speziellen Versicherungsbedingungen.

3.2 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit der Rückgabe oder dem Ende der aqua med card.

3.3 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

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

Weitere Bestimmungen

4 Wie können Sie den Verlust von Ansprüchen vermeiden?

- 4.1 Sie haben keinen Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn Sie den Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb von sechs Monaten gerichtlich geltend gemacht haben.
- 4.2 Die Frist beginnt mit dem Zugang unserer schriftlichen Ablehnung. Die Rechtsfolgen der Fristversummung treten nur ein, wenn wir dabei auf die Notwendigkeit der fristgerechten gerichtlichen Geltendmachung hingewiesen haben.

5 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

- 5.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach zwei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann.

- 5.2 Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang unserer schriftlichen Entscheidung bei der Fristberechnung nicht mit.

6 Welches Gericht ist zuständig?

- 6.1 Der Gerichtsstand für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist Frankfurt am Main.

- 6.2 Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

7 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

- 7.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen Sie schriftlich abgeben.

Sie sollen an

- unsere Hauptverwaltung / Direktion oder
- an aqua med gerichtet werden.

- 7.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Anschriftenänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen sein würde.

8 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

9 Was gilt für Änderungen der Bedingungen?

- 9.1 Die Versicherungsbedingungen können unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten von uns mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil der Versicherungsperiode geändert werden,
 - 9.1.1 bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens,
 - 9.1.2 im Falle der Unwirksamkeit von Bedingungen,
 - 9.1.3 bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die Bestimmungen des Vertrages beruhen,
 - 9.1.4 bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, der Verwaltungspraxis des Bundesaußsichtsamtes für das Versicherungswesen oder der Kartellbehörden.

9.1.5 Im Falle der Ziffern 9.1.3 und 9.1.4 ist eine Änderung nur zulässig, soweit sie Bestimmungen über Versicherungsschutz, Pflichten des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person, sonstige Beendigungsgründe, Willenserklärungen und Anzeigen sowie Gerichtsstand betreffen.

9.2 Die neuen Bedingungen sollen den ersetzten rechtlich und wirtschaftlich weitestgehend entsprechen. Sie dürfen die Versicherten auch unter Berücksichtigung der bisherigen Auslegung in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht nicht unzumutbar benachteiligen.

9.3 Änderungen nach Ziffer 9.1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

9.4 Zur Beseitigung von Auslegungszweifeln können wir mit Zustimmung des Treuhänders den Wortlaut von Bedingungen ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt. Ziffer 9.2 gilt entsprechend.

Verbraucherinformationen

10 Wer ist für Ihre Beschwerden zuständig?

Die für Beschwerden zuständige Aufsichtsbehörde ist das

Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

11 Was gilt für den Datenschutz? - Informationen zur Datenverarbeitung -

11.1 Vorbemerkung

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat.

Das BDSG erlaubt die Datenverarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

11.2 Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch - außer in der Lebens- und Unfallversicherung - schon mit Ablehnung des Antrags oder durch ihren jederzeit möglichen Widerruf.

Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

11.3 Schweigepflichtentbindungserklärung

Daneben setzt auch die Übermittlung von Daten, die wie z. B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag bzw. in Schaden-/ Leistungsanzeigen auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten.

Im folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und -nutzung nennen.

11.4.1 Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten, wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z. B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten, wie z. B. den vom Arzt ermittelten Invaliditätsgrad.

11.4.2 Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

11.4.3 Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Schadenfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadenabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z. B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfragen zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausch von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag.

11.4.4 Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrags oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entspre-

chende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen zentrale Hinweissysteme, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiel:

Unfallversicherer

- Meldung bei erheblicher Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht,
- Leistungsablehnung wegen vorsätzlicher Obliegenheitsverletzung im Schadenfall, wegen Vortäuschung eines Unfalls oder von Unfallfolgen,
- außerordentliche Kündigung durch den Versicherer nach Leistungserbringung oder Klageerhebung auf Leistung.

Zweck: Risikoprüfung und Aufdeckung von Versicherungsmissbrauch.

11.5 Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

- entfällt -

11.6 Betreuung durch aqua med

aqua med verarbeitet und nutzt Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung. aqua med wird von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert.

aqua med ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des BDSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z. B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten

11.7 Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Bundesdatenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in eine Datei gespeicherten Daten.

Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten Ihres Versicherers. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen auf Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an Ihren Versicherer.

aqua med Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise - Krankenversicherung (aqua med AKV2001)

Sie als Inhaber einer gültigen aqua med card sind die versicherte Person.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Neben diesen Versicherungsbedingungen sind die derzeit gültige Prämientabelle, Ihr Versicherungszertifikat sowie die gesetzlichen Bestimmungen Vertragsbestandteile der aqua med Auslandsreise-Krankenversicherung.

Diese Bedingungen gelten nur in Zusammenhang mit den aqua med Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

DER VERSICHERUNGSUMFANG

1 Was ist versichert?

DIE LEISTUNGEN

2 Voraussetzungen für die Leistungen

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Heilbehandlungskosten

3.2 Kosten für Transporte / Beförderung

3.3 Überführungs-/ Bestattungskosten

4 Höhe der Leistungen

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

DER LEISTUNGSFALL

6 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

8 Wann sind die Leistungen fällig?

Der Versicherungsumfang

**1 Was ist versichert?
Gegenstand, Umfang und Geltungs-
bereich des Versicherungsschutzes**

1.1 Gegenstand der Versicherung ist die Erstattung von Kosten, die Ihnen während einer Reise im Ausland entstehen. Die Leistungen, die versichert sind, ergeben sich aus den Ziffern 2 und 3. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, indem Sie ihren ständigen Wohnsitz haben.

1.2 Der Versicherungsschutz gilt für Auslandsreisen mit einer Dauer bis zu 56 aufeinanderfolgenden Tagen. Dauert die Auslandsreise länger, erlischt der Versicherungsschutz ab dem 57. Tag automatisch.

Ist die Rückreise bis zum vereinbarten Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht um längstens 180 Tage.

1.3 Der Versicherungsfall

1.3.1 Der Versicherungsfall beginnt mit der Gesundheitsschädigung und endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht.

1.3.2 Mehrere Behandlungen wegen der selben Krankheit oder des selben Unfalls bzw. dessen Folgen gelten als ein Versicherungsfall.

1.3.3 Weitere Folgebehandlungen innerhalb Deutschlands sind mitversichert, maximal jedoch sind die Folgebehandlungen auf 12 Monate begrenzt.

1.3.4 Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

1.3.5 Als Versicherungsfall gelten auch medizinisch notwendige Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung.

1.4 Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung haben Sie freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach im Ausland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

1.5 Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriums-Behandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von 1.4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben. Bei TBC-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in TBC-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

1.6 Im Falle eines Tauchunfalls werden, soweit medizinisch erforderlich, die Kosten für eine Druckkammer-Heilbehandlung übernommen, sowie Kosten für den durch eine Druckkammer-Therapie notwendigen verlängerten Hotelaufenthalt.

Die Leistungen

2 Voraussetzungen für die Leistungen

2.1 Der Versicherungsfall ist unvorhergesehen (akut) eingetreten.

2.2 Die Heilbehandlung, der Krankenhausaufenthalt und der Transport war medizinisch sinnvoll und, soweit möglich, ärztlich angeordnet.

2.3 Bei Rückflügen aus dem Ausland gemäß Ziffer 3.2.3 und Fahrten von Angehörigen gemäß Ziffer 3.2.5 wird der Transport durch die Assistance der ACE und der aqua med organisiert.

3 Welche Leistungen sind versichert?

3.1 Heilbehandlungskosten

Wir erstatten die Kosten für folgende Heilbehandlungen:

3.1.1 ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, Nähr-, Stärkungs- sowie kosmetische Präparate;

3.1.2 ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;

3.1.3 ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen;

3.1.4 ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden und der Behandlung der Unfallfolgen dienen;

3.1.5 Röntgendiagnostik;

3.1.6 stationäre Behandlung, sofern diese in einer Anstalt erfolgt, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt, nach im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeitet und Krankengeschichten führt;

3.1.7 Operationen;

3.1.8 schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).

3.2 Kosten für Transporte / Beförderungen

Wir erstatten die Kosten für folgende Transporte mittels einem geeigneten Transportmittel, z.B. Sanitätswagen oder, falls den Verletzungen/ der Erkrankung nach unvermeidlich, mit einem Luftfahrzeug, wenn notwendig auch unter normobare Bedingungen:

3.2.1 Transporte (auch Rettungsflüge) zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt, Behandlungszentrum oder Druckkammer und zurück;

3.2.2 Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlichrechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;

3.2.3 Rücktransporte aus dem Ausland bzw. in das Ausland, und zwar zu dem Ihrem Wohnsitz nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus;

3.2.4 Mehrkosten für den Transport zu Ihrem Wohnsitz

3.2.5 Fahrt- bzw. Flugkosten (Zweiter Klasse) einer nahestehenden Person zum Krankenhaus und zurück, falls Ihr Krankenhausaufenthalt länger als zehn Tage dauert.

3.3 Überführungs- / Bestattungskosten

Stirbt die versicherte Person während einer Reise im Ausland, werden wahlweise folgende Kosten übernommen:

3.3.1 Kosten der Überführung zum Heimatort, oder

3.3.2 Kosten der Bestattung am ausländischen Sterbeort.

4 Höhe der Leistungen

4.1 Die einzelnen Leistungen sind mit den im Versicherungsvertrag genannten Summen je Versicherungsfall begrenzt.

4.2 Alle versicherten Leistungen zusammen sind je Versicherungsjahr mit der im Versicherungsvertrag genannten Summe begrenzt.

4.3 Besteht Anspruch auf Leistungen

- aus der Kranken-, gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung,
- auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge,

so sind wir nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen notwendig bleiben.

4.4 Versicherte Leistungen der aqua med -Taucher - Unfallversicherung und der aqua med- Auslandsreise-Krankenversicherung die in beiden Policen enthalten sind, können nur aus einer Versicherung beglichen werden, nicht aber aus beiden Versicherungen gleichzeitig.

4.5 Von der Versicherung nicht ausdrücklich angeforderte Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

4.6 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch sinnvolle Maß, so können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

4.7 Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt

- für gehandelte Währungen der amtliche Devisenkurs Frankfurt,
- für nicht gehandelte Währungen der Kurs gemäß "Währungen der Welt", veröffentlicht durch die Deutsche Bundesbank, nach jeweils neuem Stand.

Ein höherer Kurs kann nur erstattet werden, wenn der Versicherungsnehmer durch Bankbeleg nachweist, dass er die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

5.1 Keine Leistungspflicht besteht für folgende Behandlungen bzw. Kosten:

5.1.1 Behandlungen im Ausland, die der alleinige oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren.

5.1.2 Kosten, die von Ihnen mit hoher Wahrscheinlichkeit vorhersehbar waren.

5.1.3 Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.
Die Einschränkung entfällt, wenn die Heilbehandlung durch einen dort eingetretenen Unfall notwendig wird. Bei Erkrankungen entfällt sie, wenn Sie sich in dem Heilbad oder Kurort nur vorübergehend und nicht zu Kurzwecken aufgehalten haben.

5.1.4 Vorhersehbare oder geplante Schwangerschaftsuntersuchungen, Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen, sowie deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen sowie von Fehl- und Frühgeburten;

5.1.5 Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

5.1.6 Psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlungen.
Versichert ist jedoch die psychiatrische Behandlung bei psychiatrischen Akuterkrankungen.

5.1.7 Kosten für Zahnersatz, Stützähne, Einlagefüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlungen;

5.1.8 Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder.
Nachgewiesene Sachkosten werden jedoch erstattet;

5.1.9 Anschlussheilbehandlungen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

5.1.10 Eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung.

5.1.11 Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die weder in der Bundesrepublik noch im Aufenthaltsort wissenschaftlich allgemein anerkannt sind.

5.1.12 Behandlungen in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung von Ihnen über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

5.1.13 Routineuntersuchungen.

5.2 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle und Erkrankungen:

5.2.1 Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen

5.2.2 Unfälle und Krankheiten, einschließlich deren Folgen, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie vorsätzlich eine Straftat ausgeführt oder verursacht haben.

5.2.3 Krankheiten oder Unfälle infolge von Alkohol- oder Drogenkonsum;

5.2.4 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn Sie auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen werden. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem Sie sich aufhalten.
Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder

durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

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

Der Leistungsfall

6 Was ist nach einem Versicherungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

6.1 Ohne Ihre Mitwirkung können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung muss unverzüglich schriftlich geltend gemacht werden. Jeder stationäre Krankenhausaufenthalt ist uns binnen 10 Tagen ab Beginn anzuzeigen.

6.2 Sie haben die Anordnungen der behandelnden Ärzte zu befolgen und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen.

6.3 Die von uns übersandte Schadenanzeige müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden. Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

6.4 Werden Ärzte von uns beauftragt, müssen Sie sich auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstausfalles tragen wir.

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

6.6 Uns sind zur Feststellung der Leistung folgende Nachweise zu erbringen:
Bescheinigung der Krankenanstalt über die stationäre oder ambulante Heilbehandlung mit Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und Entlassungsdatum, der Dauer des Aufenthaltes auf einer Intensivstation sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungen.

Diese Nachweise werden unser Eigentum.

6.7 Wir sind berechtigt, zur Feststellung der Einstandspflicht notwendig werdende weitere Nachweise anzufordern (z.B. Unterlagen vorbehandelnder Ärzte). Auch diese werden unser Eigentum.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine nach Eintritt eines Unfalles zu erfüllen de Obliegenheit verletzt, verlieren Sie den Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung behalten Sie insoweit den Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Leistungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

Bei vorsätzlicher Verletzung behalten Sie in diesen Fällen den Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn Sie kein erhebliches Verschulden trifft.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

8.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb von zwei Woche zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der zur Feststellung der Leistungspflicht notwendigen Unterlagen.

8.2 Notwendige Unterlagen

8.2.1 Die zur Feststellung der Leistungspflicht notwendigen Unterlagen sind

- Rechnungs-Urschriften oder Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen oder deren Ablehnung,

- sonstige von uns geforderten Nachweise, insbesondere amtlich beglaubigte Übersetzungen, die von uns angefordert wurden und erbracht sind.

Diese Unterlagen werden unser Eigentum.

8.2.2 Alle Belege müssen den Vor- und Zunamen der behandelten Person sowie die Krankheitsbezeichnung und die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Behandlungsdaten enthalten.

Aus den Rezepten müssen das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen.

Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

aqua med-

Taucher-Unfallversicherungs-Bedingungen (aqua medUB 2001)

- Diese Bedingungen gelten nur in Zusammenhang mit den aqua med Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- Sie als Inhaber einer gültigen aqua med card sind die versicherte Person.
- Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

DER VERSICHERUNGSUMFANG

- 1 Was ist versichert?
- 2 Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
- 2.1 Invaliditätsleistung
- 2.2 Todesfall-Leistung
- 2.3 Bergungskosten
- 2.4 Druckkammerkosten
- 3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
- 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- 5 Reduzierung der Versicherungssummen ab dem 70. Lebensjahr

DER LEISTUNGSFALL

- 6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
 - 7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
 - 8 Wann sind die Leistungen fällig?
- Die aqua medUB 2001 basieren im Wesentlichen auf den vom Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. - GDV -empfohlenen
 - Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB 99)
 - Besonderen Bedingungen für die Gruppen-Unfallversicherung mit Direktanspruch der versicherten Person
 - Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung von Tauchern
 - sowie auf
 - den Besonderen Bedingungen für die Mitversicherung von Bergungskosten in der Allgemeinen Unfallversicherung
 - den Besonderen Bedingungen für die Mitversicherung von Druckkammerkosten in der Allgemeinen Unfallversicherung
 - den Annahmerichtlinien der ACE
 - den Verbraucherinformationen zur zuständigen Aufsichtsbehörde und zum Datenschutz,
 - **der Widerspruchsklausel**
- und wurden für Taucher zusammengefasst und erweitert.

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die Ihnen während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2 Der Versicherungsschutz

- 1.2.1 umfasst Unfälle in der ganzen Welt
- 1.2.2 gilt für Unfälle

1.2.2.1 im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Sporttauchen, das heisst

- beim An- und Ablegen der Tauchausrüstung,
- auf dem direkten Weg von der Tauchbasis bzw. dem Platz, an dem die Tauchausrüstung aufbewahrt wird bis zum Einstieg in das Transportmittel, das den Taucher zum Tauchplatz bringt, und zurück,
- beim Be- und Entladen der Tauchausrüstung unmittelbar vor oder nach einem Tauchgang in oder aus dem Transportmittel,
- beim Ein- und Ausstieg in oder aus dem Transportmittel unmittelbar vor oder nach einem Tauchgang,
- während des Tauchganges in allen Gewässern,
- während der Dauer der Pausen zwischen zwei Tauchgängen auf dem Tauchboot,
- während des Befüllungsvorgangs der Tauchflaschen.

1.2.2.2 und - sofern vereinbart - während der Ausübung des Berufes als Taucher einschließlich des direkten Weges nach und von der Arbeitsstätte. Der Versicherungsschutz entfällt, wenn die normale Dauer des Weges verlängert oder der Weg selbst durch rein private und eigenwirtschaftliche Maßnahmen (z.B. durch Einkauf, Besuch von Wirtschaften zu Privatzielen) unterbrochen wird.

Berufsunfälle sind solche, die als Unfälle im Sinne des Sozialgesetzbuches VII als Dienstunfälle im Sinne der beamtenrechtlichen Versorgungsvorschriften gelten. Im Zweifel ist die Entscheidung des Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung bzw. der für Dienstunfälle zuständigen Dienststelle maßgebend.

1.3 Ein Unfall liegt vor, wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden.

1.4 Als Unfall gilt auch,

- 1.4.1 wenn durch eine Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt
 - oder zerrissen werden

1.4.2 sowie

- Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser,
 - tauchtypische Gesundheitsschädigungen (Dekompressionskrankheit, Barotrauma) ohne dass ein Unfallereignis festgestellt werden kann,
- 1.4.3 sowie das Einatmen von versehentlich falsch zusammengestellten Gasgemischen in einer Tauchflasche.

1.5 Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), die Ausschlüsse (Ziffer 4), sowie die Reduzierung der Versicherungssummen ab dem 70. Lebensjahr (Ziffer 5) weisen wir hin.
Sie gelten für alle Leistungsarten.

Beachten Sie bitte auch die Regelungen über nicht versicherbare Personen und nicht versicherbare Taucher in den aqua med Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

2 Welche Leistungsarten sind vereinbart?

Die vereinbarten Leistungsarten werden im folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsschein.

2.1 Invaliditätsleistung

2.1.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.1.1.1 Sie sind durch den Unfall auf Dauer in Ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (Invalidität).

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden.

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

2.1.2 Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir unabhängig von Ihrem Alter zum Zeitpunkt des Unfalles als Kapitalbetrag.

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

2.1.2.2.1 Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	
im Schultergelenk	80 %
oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand im Handgelenk	70 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	10 %
Bein	
über der Mitte des Oberschenkels	80 %
oberhalb des Knies	70 %
unterhalb des Knies	60 %
bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß im Fußgelenk	50 %
große Zehe	10 %
andere Zehe	5 %
Auge	60 %
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor dem Unfall bereits verloren war	80 %
Gehör auf einem Ohr	35 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor dem Unfall bereits verloren war	50 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	70 %

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

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

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

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

2.1.2.2.5 Progressive Invaliditätsstaffel 225%

Nach Festlegung des Invaliditätsgrades gemäß Ziffer 2.1.2.2.1-2.1.2.2.4 und Ziffer 3 wird die Versicherungsleistung wie folgt errechnet:

Ergebnis ist ein Invaliditätsgrad von

- bis zu 25 Prozent, erfolgt keine Erhöhung der Versicherungsleistung;
- 25 bis 50 Prozent, wird jeder Prozentpunkt, der 25 übersteigt, verdoppelt;
- über 50 Prozent, wird zusätzlich jeder Prozentpunkt, der 50 übersteigt, verdreifacht.

Somit ergeben sich durch die Progression ab 25 Prozent Invalidität folgende Invaliditätsgrade:

%	%	%	%	%	%	%	%
26	27	45	65	64	117	83	174
27	29	46	67	65	120	84	177
28	31	47	69	66	123	85	180
29	33	48	71	67	126	86	183
30	35	49	73	68	129	87	186
31	37	50	75	69	132	88	189
32	39	51	78	70	135	89	192
33	41	52	81	71	138	90	195
34	43	53	84	72	141	91	198
35	45	54	87	73	144	92	201
36	47	55	90	74	147	93	204
37	49	56	93	75	150	94	207
38	51	57	96	76	153	95	210
39	53	58	99	77	156	96	213
40	55	59	102	78	159	97	216
41	57	60	105	79	162	98	219
42	59	61	108	80	165	99	222
43	61	62	111	81	168	100	225
44	63	63	114	82	171		

2.1.2.3 Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

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

2.2 Todesfall-Leistung

2.2.1 Voraussetzungen für die Leistung:

- 2.2.1.1 Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 6.5 weisen wir hin.

2.2.2 Höhe der Leistung:

Die Todesfall-Leistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3 Bergungskosten

2.3.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.3.1.1 Sie haben einen Unfall erlitten oder Ihnen drohte ein Unfall oder ein Unfall war nach den konkreten Umständen zu vermuten.

Ihnen sind notwendige Kosten für Ihre Rettung oder Bergung oder die Suche nach Ihnen entstanden.

2.3.1.2 Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder die Leistung eines Dritten hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.3.1.3 Ihren Mehraufwand wegen Ihrer Verletzung bei der Rückkehr zu Ihrem Wohnsitz, soweit die Mehrkosten auf ärztliche Anordnung zurückgehen oder nach der Verletzungsart unvermeidbar waren.

2.3.1.2 bei einem Unfall im Ausland die zusätzlich entstehenden Heimfahrt- oder Unterbringungskosten für mitreisende minderjährige Kinder und Ihren mitreisenden Partner.

2.3.1.2 bei einem unfallbedingten Todesfall die Kosten für die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz;

2.3.2 Art der Leistung:

Wir ersetzen

2.3.2.1 Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze von öffentlich-rechtlichen oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten, soweit hierfür üblicherweise Gebühren berechnet werden;

2.3.2.2 die entstandenen Kosten für den ärztlich angeordneten Transport der verletzten Person zum Krankenhaus oder zur Spezialklinik bzw. zu einem geeigneten Behandlungszentrum;

2.3.2.3 Verlegungstransporte von Krankenhaus zu Krankenhaus, z.B. zum Krankenhaus in der Nähe des Heimatortes oder zu einem geeigneten Behandlungszentrum;

2.3.3 Höhe der Leistung:

2.3.3.1 Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

2.3.3.2 Bestehen für Sie bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Bergungskosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

2.4 Druckkammerkosten

2.4.1 Voraussetzungen für die Leistung:

2.4.1.1 Sie müssen infolge eines Tauchunfalls in einer Dekompressionskammer behandelt werden.

2.4.2 Art der Leistung

2.4.2.1 Wir ersetzen die Kosten für die Therapie einer unfallbedingten Dekompressionskrankheit, einschließlich die Kosten einer Druckkammerbehandlung im Inland sowie im Ausland. Ausgeschlossen sind von der Kostenerstattung solche Fälle, in denen allgemein empfohlene Richtlinien für das Auftauchen und Dekomprimieren vorsätzlich oder grob fahrlässig missachtet wurden (z.B. Tauchgang im alkoholisiertem Zustand).

2.4.2.2 Andere Ersatzpflichtige sind nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreiten ihre Leistungspflicht oder die Leistung eines Ersatzpflichtigen hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

2.4.3 Höhe der Leistung:

2.4.3.1 Die Höhe der Leistung ist insgesamt auf den im Versicherungsschein genannten Betrag begrenzt.

aqua med versicherungsbedingungen 2001

2.4.3.2 Bestehen für Sie bei unserer Gesellschaft mehrere Unfallversicherungen, können die vereinbarten Druckkammerkosten nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

3 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen.

Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,

- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

- entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 Prozent, unterbleibt jedoch die Minderung.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

4.1.1 Unfälle von Ihnen durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die Ihren ganzen Körper ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

4.1.2 Unfälle, die Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie vorsätzlich eine Straftat ausgeführt oder versucht haben.

4.1.3 Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn Sie auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen werden.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem Sie sich aufhalten.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

4.1.4 Unfälle von Ihnen bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit;

4.1.5 Unfälle bei folgenden Tauchgängen:

4.1.5.1 Tauchgänge, bei denen die Empfehlungen international allgemein anerkannter Verbände für das Freizeittauchen oder Bestimmungen der Unfallverhütungs-Vorschriften "Taucherarbeiten" der Berufsgenossenschaft grob fahrlässig nicht beachtet werden;

4.1.5.2 sofern die allgemein anerkannten Empfehlungen nicht beachtet werden bei Höhlen-, Wrack- und Eistauchen;

4.1.5.3 Tauchgänge, bei denen andere Atemgeräte als Pressluft-Tauchgeräte oder andere Luftmischgase (z.B. Reinsauerstoff) als ein Gasgemisch entsprechend der atmosphärischen Luft (max. mit 50% Sauerstoff angereichert) benutzt werden, sofern der Taucher

hierfür keine nachweisbare Ausbildung besitzt und der Tauchgang nicht der Ausbildung zum Tauchen mit Gasgemischen diene;

4.1.5.4 Tauchgänge, bei denen nach explosiblen Stoffen getaucht wird;

4.1.5.5 Tauchgänge, die

- für oder im Auftrag eines gewerblichen Unternehmens (z.B. an Bohrinselfn, im Tiefbau, zur Bergung von Personen oder Material etc.), ausgenommen Tauchschulen,

- für oder im Auftrag oder aufgrund einer Verfügung oder Maßnahme von hoher Hand (z.B. einer Behörde, eines Landes, der Polizei, Bundeswehr, oder der freiwilligen oder Berufs-Feuerwehr)

durchgeführt werden.

4.2 Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

4.2.1 Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

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

4.2.2 Gesundheitsschäden durch Strahlen.

4.2.3 Infektionen.

4.2.3.1 Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder

- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen

verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

4.2.3.2 Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für

- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 4.2.3.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

4.2.4 Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

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

5 Reduzierung der Versicherungssummen ab dem 70. Lebensjahr

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem Sie das 70. Lebensjahr vollenden, besteht Versicherungsschutz mit den vereinbarten Versicherungssummen. Danach setzt sich der Vertrag automatisch mit um 50 Prozent reduzierten Versicherungssummen fort.

Der Leistungsfall

6 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung können wir unsere Leistung nicht erbringen.

6.1 Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

6.2 Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

6.3 Werden Ärzte von uns beauftragt, müssen Sie sich auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalles tragen wir.

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

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

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine nach Eintritt eines Unfalles zu erfüllende Obliegenheit verletzt, verlieren Sie den Versicherungsschutz, es sei denn, Sie haben die Obliegenheit weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung behalten Sie insoweit den Versicherungsschutz, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Leistungsfalls noch auf die Bemessung der Leistung gehabt hat.

Bei vorsätzlicher Verletzung behalten Sie in diesen Fällen den Versicherungsschutz insoweit nur, wenn die Verletzung nicht geeignet war, unsere Interessen ernsthaft zu beeinträchtigen, oder wenn Sie kein erhebliches Verschulden trifft.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

8.1 Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats - beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten - zu erklären, ob und in welcher Höhe wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

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

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

8.2 Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

8.3 Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir - auf Ihren Wunsch - angemessene Vorschüsse.

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

8.4 Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen.

Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 8.1,

- von Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

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