

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung - AUVB 2019

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 - Was bzw. wer ist versichert?

Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall ?

Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung ?

Artikel 4 - Wann gilt die Versicherung ?

Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung?

Artikel 6 - Was ist ein Unfall?

Abschnitt B: Versicherungsleistungen - Was kann versichert werden ?

Artikel 7 - Dauernde Invalidität

Artikel 8 - Todesfall

Artikel 9 - Unfall-Invaliditäts-Rente

Artikel 10 - Taggeld

Artikel 11 - Spitalgeld

Artikel 12 - Unfallkosten

Artikel 13 - Soforthilfe

Artikel 14 - Reise-Aktiv Plus

Artikel 15 - Sport-Aktiv Plus

Artikel 16 - Verkehrsbaustein Plus

Artikel 17 - Existenz-Sicherung-Plus

Artikel 18 - entfällt

Artikel 19 - Knochenbruch

Artikel 20 - fit4action

Artikel 21 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Artikel 22 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?

Artikel 23 - Wann sind die Leistungen der Versicherers fällig, wann verjähren sie?

Artikel 24 - entfällt

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 25 - Wer kann nicht versichert werden?

Artikel 26 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Artikel 27 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 28 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Artikel 29 - Was ist bei Änderung des Wohnsitzes, bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?

Artikel 30 - Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 31 - Was gilt als Versicherungsperiode?

Artikel 32 - Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Artikel 33 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

Artikel 34 - Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Artikel 35 - In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Artikel 36 - Welches Recht wird angewandt?

Abschnitt F: Familienunfallversicherung

Abschnitt G: Alleinerzieherunfallversicherung

Abschnitt H: Kollektivunfallversicherung

Abschnitt I: Gesundheitsberufe - Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe

Anhang: Gesetzestexte

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 - Was bzw. wer ist versichert?

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus dem Abschnitt B. Aus der Polize ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Versichert kann nur werden, wer seinen Hauptwohnsitz in Österreich hat. Als Hauptwohnsitz gilt der in Österreich gelegene Ort, an dem der Versicherungsnehmer seinen /die versicherten Personen ihren bei der Behörde gemeldeten Hauptwohnsitz hat, sofern dieser zugleich den Lebensmittelpunkt bildet. Ein in Österreich gelegener Nebenwohnsitz ist nicht ausreichend. Bei einer Verlegung des Hauptwohnsitzes oder des Lebensmittelpunktes insbesondere ins Ausland, ist die Merkur Versicherung AG unverzüglich schriftlich davon zu informieren. Im Falle des Auslandsverzuges oder der Verlegung des Lebensmittelpunktes ins Ausland besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz und wird darüberhinaus bei Verletzung der Meldepflicht der Vertrag rückwirkend zum Zeitpunkt des Auslandsverzuges storniert. Eine Weiterversicherung ist nur unter der Voraussetzung einer gesonderten schriftlichen Erklärung der Merkur Versicherung AG möglich.

Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall ?

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 6, Begriff des Unfalles)

Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung ?

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen 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 ff VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung?

Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 28 geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung. Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a VersVG (siehe Anhang).

2. Sofortschutz

Diese Unfallversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich über die beantragten Versicherungssummen, maximal jedoch bis zu

2.1.	für Unfalltod	EUR	75.000,00
	für dauernde Invalidität	EUR	75.000,00
	für Taggeld	EUR	25,00
	für Spitalgeld	EUR	40,00
	für Unfallkosten	EUR	2.500,00

für alle anderen abschließbaren Leistungsarten sowie für nicht beantragte Leistungsarten wird kein Sofortschutz gewährt.

Falls die Mitversicherung von Sondergefahren (z.B. auf dem Gebiet des Sports) beantragt wird, erstreckt sich der Sofortschutz ausschließlich auf die Leistungsarten Unfalltod und dauernde Invalidität, maximal jedoch bis zu 75.000,00 für Unfalltod und EUR 60.000,00 für dauernde Invalidität.

Der Sofortschutz beginnt mit dem Eingang des Antrages in der Merkur Versicherung AG, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der Sofortschutz endet mit der Zustellung der Polize oder einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, spätestens aber nach Ablauf von 6 Wochen ab Antragstellung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Dem Versicherer gebührt die auf die Zeit des Sofortschutzes entfallende Prämie.

Der Sofortschutz gilt nicht für:

- nicht versicherbare Sportgefahren gemäß Artikel 26
- nicht versicherbare Berufe.

Dazu gehören: Flugpersonal jeglicher Art u.a. Piloten und Flugbegleiter, Berufssportler gemäß Artikel 26, Militärpersonal im Ausland, Sprengmeister und Sprenggehilfen, Mineure, Pyrotechniker, Sondereinheiten der Exekutive, Bodyguards, Stuntmen, Artisten, Testfahrer für KFZ, Ski und ähnliche Sportgeräte.

- wenn die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt wird.

3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor Einlösung der Polize in höherer Form als er durch den Sofortschutz (Artikel 5, Punkt 2) gewährt wird, gegeben sein, ist eine ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Polize. Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer 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?

Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - Ertrinken
 - Erfrierungstod
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirken von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - Als Unfall gelten auch Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 27 Punkt 2, "Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes", Anwendung.
 - Als versichertes Unfallereignis gelten auch eine unfallbedingte Infektion (nicht aber Infektionskrankheiten) durch "mechanische Einwirkung" von aussen, wie Stich-, Schnitt- und Spritzenverletzungen, sowie entstandene Infektionen, die durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase hervorgerufen wurden. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht. Diese Regelung gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Artikel 21, Punkt 2.4.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.
Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung behördlich zugelassen sind.
Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Tätigkeit ausübt.
Nicht als Fluggast im Sinne der obigen Ausführung gilt jedenfalls ein Arzt oder Sanitäter einer Flugambulanz oder einer ähnlichen Einrichtung.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen - Was kann versichert werden ?

Artikel 7 - Dauernde Invalidität

Dauernde Invalidität

1. Wann besteht ein Anspruch auf Leistung für Dauernde Invalidität?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität (Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit auf Lebenszeit) zurückbleibt, wird - unbeschadet der Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 5 - aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu begründen.

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

2. Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:

- 2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes bis über das Ellenbogengelenk	75%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	70%
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	70%
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	70%
eines Fußes im Fußgelenk	50%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	50%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor dem Versicherungsfall	65%
bereits verloren war	
des Gehöres beider Ohren	70%
des Gehöres eines Ohres	35%
sofern das Gehör des anderen Ohres vor dem Versicherungsfall	45%
bereits verloren war	
des Geruchsinnes	10%
des Geschmacksinnes	10%
der Milz	10%
der Niere	20%
der Stimme	50%

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt

tigt ist, ist (Artikel 27) anzuwenden.

- 2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Artikel 7, Punkt 2.1 anteilig verwendet.
- 2.3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
- 2.4. Mehrere sich aus dem Artikel 7 Punkt 2.1 bis Artikel 7, 2.3 ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall ist jedoch mit 100% begrenzt.

3. Wird im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invaliditätsleistung erbracht?

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

4. Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Artikel 23, Punkt 1) mit 4% jährlich zu verzinsen

5. Wie wird die Leistung für dauernde Invalidität (progressive Invaliditätsleistung) bemessen?

Für die Bemessung der Invaliditätsleistung gelten folgende Bestimmungen:

5.1. Variante "Exklusiv"

Invaliditätsgrad				Leistung
von	0,1%	bis	10,0%	aufgrund der halben für Invalidität versicherten Summe
über	10,0%	bis	25,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	25,0%	bis	50,0%	aufgrund der doppelten für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis	75,0%	aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe
über	75,0%	bis	90,0%	aufgrund der vierfachen für Invalidität versicherten Summe
über	90,0%	bis	100,0%	volle sechsfache Leistung der Grund-Invaliditätssumme

5.2. Variante "Spezial"

Invaliditätsgrad				Leistung
von über	0,1% 5,0%	bis	5,0% 10,0%	1% der für Invalidität versicherten Summe aufgrund der halben für Invalidität versicherten Summe
über	10,0%	bis	25,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	25,0%	bis	50,0%	aufgrund der doppelten für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis	75,0%	aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe
über	75,0%	bis	90,0%	aufgrund der vierfachen für Invalidität versicherten Summe
über	90,0%	bis	100,0%	volle sechsfache Leistung der Grund-Invaliditätssumme

5.3. Variante "Klassik"

Invaliditätsgrad				Leistung
von	0,1%	bis	25,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	25,0%	bis	50,0%	aufgrund der doppelten für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis	75,0%	aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe
über	75,0%	bis	90,0%	aufgrund der vierfachen für Invalidität versicherten Summe
über	90,0%	bis	100,0%	volle sechsfache Leistung der Grund-Invaliditätssumme

5.4. Variante "Light"

Invaliditätsgrad				Leistung
von	0,1%	bis	10,0%	keine Leistung aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	10,0%	bis	25,0%	
über	25,0%	bis	50,0%	aufgrund der doppelten für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis	75,0%	
über	75,0%	bis	90,0%	aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe
über	90,0%	bis	100,0%	
über	100,0%			aufgrund der vierfachen für Invalidität versicherten Summe
über	100,0%			volle sechsfache Leistung der Grund-Invaliditätssumme

5.5. Variante "Basis"

Invaliditätsgrad				Leistung
von	0,1%	bis	9,99%	Pauschalleistung laut Punkt 5.5.1
von	10,0%	bis	50,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis	90,0%	aufgrund der doppelten für Invalidität versicherten Summe
über	90,0%	bis	100,0%	aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe

5.5.1. Bis zu einem Invaliditätsgrad von 9,99% aus einem Unfall werden keine Leistungen für dauernde Invalidität erbracht.
Anstelle dieser werden die vereinbarten Leistungen für Bänder-, Meniskus-, Sehnenrisse, oder Knochenbruch sowie Teileinrisse von Meniskus, Bändern und Sehnen oder die Leistungsart Trostpflaster erbracht.

5.5.2. Ab 10% Invalidität werden entsprechend den Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 5.5. Leistungen erbracht.

Allenfalls erbrachte Leistungen aufgrund Punkt 5.5.1. werden in Abzug gebracht.

5.5.3. Bänder-, Sehnenriss

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte(n) Person(en) bei einem Unfall einen kompletten Bänder- oder Sehnenriss erlitten hat(haben). Die Ersatzleistung kann maximal einmal je Versicherungsfall in Anspruch genommen werden.

5.5.4. Knochenbruch, Meniskusriss und -teileinriss sowie Teileinriss von Bändern und Sehnen

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Knochenabsplitterungen gelten als mitversichert, Fissuren gelten nicht als Knochenbruch. Die Ersatzleistung kann maximal einmal je Versicherungsfall in Anspruch genommen werden.

5.5.5. Trostpflaster

bei einem deckungspflichtigen Unfall und einem dadurch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt von mind. 7 Tage durchgehend. Die vorgesehene Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.

6. Besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn der Versicherte als Folge des Unfalles stirbt?

Stirbt der Versicherte

6.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung:

6.2. 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:

6.3. 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.

7. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Artikel 27 Anwendung.

Artikel 8 - Todesfall

1. Wann wird die für den Todesfall vereinbarte Summe gezahlt?

Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität (Artikel 7) oder die Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Invalidität gemäß Artikel 7 kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

Artikel 9 - Unfall-Invaliditäts-Rente

1. Wann wird die Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 35% oder 50% (je nach Variante laut Polizze) zurückbleibt, dann wird - unabhängig vom Alter des Versicherten - die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 2.1. bis Artikel 7, Punkt 2.4.

Ein Anspruch auf Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu begründen.

Stirbt der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf die Unfall-Invaliditäts-Rente und zwar auch dann nicht, wenn der Grad der dauernden Invalidität dem Grunde und der Höhe nach feststeht.

2. Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Ergibt die endgültige Bemessung einen Invaliditätsgrad von mindestens 35% oder 50% (je nach Variante laut Polizze), entsteht ein Anspruch auf Rentenleistung.

3. Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf Unfall-Invaliditäts-Rente ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat. Die Rentenleistung erfolgt monatlich im Vorhinein.

4. Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

- 4.1. Bei Vereinbarung einer lebenslangen Rente wird die Unfall-Invaliditäts-Rente bis zum Ablauf des Monats geleistet, in dem die versicherte Person stirbt.
- 4.2. Bei Vereinbarung einer temporären Rente wird die Unfall-Invaliditäts-Rente bis zum Ablauf der vereinbarten Rentenzahlungsdauer geleistet. Bei Ableben der versicherten Person vor dem Ende der Rentenzahlungsdauer bis zum Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.
- 4.3. Die vereinbarte Rentenart ist in der Polizze angeführt.

5. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Artikel 27 Anwendung.

6. Welche Bescheinigung muss auf Anforderung des Versicherers vorgelegt werden?

Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung zu überprüfen. Wird die angeforderte Bescheinigung dem Versicherer nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

7. Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

Das Ableben der versicherten Person ist im Sinne des Artikel 30 dem Versicherer innerhalb von drei Tagen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung kann der Versicherer jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

8. Welche Auswirkungen hat der Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsschutz aus der Unfall-Invaliditäts-Rente?

Der Versicherungsschutz für die Unfall-Invaliditäts-Rente endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfall-Invaliditäts-Rente geleistet wird. Die anteilige Prämie wird ab dem Zeitpunkt des Unfalles dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

9. Wird die Rente jährlich erhöht?

Die Unfallrente erhöht sich jährlich jeweils zum 1.1. des Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz (Dynamisierung). Diesen entnehmen Sie der Polizze.

Die jährliche Erhöhung wird letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vorgenommen.

Artikel 10 - Taggeld

1. Für wen kann Taggeld versichert werden?

Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung ausüben.

2. Wann und für welche Dauer wird Taggeld gezahlt?

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner ausgeübten Erwerbstätigkeit, für die Dauer der ärztlichen Heilbehandlung gezahlt.

2.1. Variante A

Taggeld wird für längstens 365 Tage pro Versicherungsfall (Unfall) innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2.2. Variante B

Taggeld wird für längstens 28 Tage pro Versicherungsfall (Unfall) innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

- 2.3. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit ist ärztlich nachzuweisen. Der Versicherer ist berechtigt, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arbeitsmediziner auf seine Kosten prüfen zu lassen.

3. Wann ist Versicherungsschutz für Taggeld nicht gegeben?

Übt der Versicherte zum Unfallzeitpunkt keine Erwerbstätigkeit im Beruf oder der Beschäftigung aus, ist der Versicherungsschutz für die Leistungsart Taggeld nicht gegeben. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder Hausmänner, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.

4. Für den Fall, dass die versicherte Person nach Abschluss des Versicherungsvertrages arbeitslos wird bzw. infolge Altersruhestand keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung mehr nachgeht, hat sie das Recht unter Nachweis der Arbeitslosigkeit bzw. der Pensionierung das Taggeld aus dem Vertrag auszuschließen. Wird der Ausschluss nicht verlangt tritt anstelle des Taggeldes das Pfl egetaggeld gemäß Punkt 5 in Kraft.

5. Pfl egetaggeld

Wird der Ausschluss nicht verlangt, tritt anstelle des Taggeldes das Pfl egetaggeld. Pfl egetaggeld wird, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles pflegebedürftig wird, gleichgültig ob bei häuslicher, teil- oder vollstationärer Pflege, für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren (Variante A), längstens für 28 Tage pro Versicherungsfall innerhalb von vier Jahren (Variante B), nach dem Unfalltag, gezahlt.

- 5.1. Als pflegebedürftig gilt jeder, der wegen eines Unfalles Betreuung und Hilfe im Ausmaß von mehr als 2 Stunden pro Tag benötigt.
- 5.2. Mit Betreuung sind alle notwendigen Dienstleistungen durch andere Personen gemeint, die den persönlichen Lebensbereich (Unterstützung beim An- und Auskleiden, Kochen, Einnahme von Mahlzeiten und/oder Medikamenten, Körperpflege und dgl. betreffen.
 - 5.2.1. Als Hilfe werden alle Arbeiten anderer Personen bezeichnet, die den sachlichen Lebensbereich (Einkauf von Lebensmitteln und/oder Medikamenten, Besorgung von Heizmaterial, Wohnungsputz, Wäsche waschen und dgl.) betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind.
 - 5.2.2. Das Ausmaß und die Dauer der Pflegebedürftigkeit sind ärztlich nachzuweisen. Der Versicherer ist berechtigt, die Dauer und das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit durch einen medizinischen Sachverständigen auf seine Kosten überprüfen zu lassen.

Artikel 11 - Spitalgeld

1. Wann und für welche Dauer wird Spitalgeld gezahlt?

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag, gezahlt.

2. Was gilt als Krankenhaus?

Als Krankenhäuser gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger und Heereskrankenanstalten.

Nicht als Krankenhäuser gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie chronisch Erkrankte, Krankenanstalten die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind, Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres, Anstalten für Alkohol- und Drogenabhängige, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

3. Was gilt als stationärer Krankenhausaufenthalt?

Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

4. Welche Zusatzleistung ist für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mitversichert, wenn für diese die Leistungsart Spitalgeld abgeschlossen wurde?

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes/Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr infolge Unfall und Krankheit werden die täglichen Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses übernommen.

Artikel 12 - Unfallkosten

1. In welcher Höhe und in welchem Zeitraum werden Unfallkosten ersetzt?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen. Hat der Versicherte z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden. Es besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung mit Rechnungserstellern.

2. Was sind Unfallkosten?

2.1. Heilkosten

Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren.

Ersetzt werden:

2.1.1. Kosten für stationäre Heilbehandlung

Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert. Sonderklassekosten werden sowohl in Privatkrankeanstalten als auch in allgemein öffentlichen Krankenhäusern ersetzt. Die Leistung hierfür ist mit der Versicherungssumme für Unfallkosten begrenzt. Es besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung der Kosten mit den Krankenhäusern bzw. Rechnungserstellern.

2.1.2. Kosten für Heilbehandlung durch Arzt, Facharzt oder Zahnarzt

Für Arztberatung in der Sprechstunde (Ordnation oder Krankenhaus) und Hausbesuche, diagnostische Strahlentherapie, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG, Computer- und Kernspintomographie und operative, ambulante Heilbehandlungen.

2.1.3. Kosten für ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen

Akupunkturbehandlung, Chirotherapie, Bioresonanztherapie, Neuraltherapie.

Für nicht versicherte ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen steht einmalig pro Schadenfall ein Betrag von bis zu maximal EUR 200,-- zur Verfügung.

2.1.4. Kosten für physiotherapeutische Behandlungen außerhalb eines Kuraufenthaltes

2.1.5. Kosten für die erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer nach ärztlichem Ermessen erforderlicher, erstmaliger Anschaffungen, sofern sowohl das Unfallgeschehen als auch die ärztliche Behandlung hinreichend ärztlich dokumentiert sind.

Wenn die Beschaffung eines Zahnersatzes bei Kindern innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag an gerechnet, aus medizinischen Gründen nicht vorgenommen

werden kann, wird nach Ablauf von 4 Jahren eine Leistung in Höhe von 50 % eines von einem Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Kieferchirurgie erstellten Kostenvorschlages erbracht, maximal bis zu der für Unfallkosten versicherten Summe. Diese Leistung kann bis zu einem Jahr nach Ablauf der 4 Jahresfrist geltend gemacht werden.

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstige künstliche Behelfe sind nur unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:

- die Beschädigung muss in unmittelbarem Zusammenhang mit einem gleichzeitig eintretenden versicherten Ereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt, die eine ärztliche Behandlung bzw. Versorgung erfordert.
- Der Versicherte muss dem Versicherer eine Bestätigung des Arztes (Spitals) überbringen, von welchem die Unfallfolgen behandelt bzw. medizinisch versorgt wurden.
- Der Kostenersatz wird bis zum ursprünglichen Wertausmaß im Rahmen der vereinbarten Summe für Unfallkosten geleistet, d.h. gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall.

Für die unter Artikel 12, Punkt 2.1.3. und 2.1.4. angeführten Behandlungen werden Kosten nur dann ersetzt, wenn die Behandlungen von einem Arzt oder Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können (Heilpraktiker, Sportwissenschaftler), durchgeführt werden.

Nicht ersetzt werden:

Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungs- bzw. Aufbaumittel, Rezeptgebühren, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

2.2. Bergungskosten (inklusive Hubschrauberbergung)

2.2.1. Wann werden Bergungskosten ersetzt?

Bergungskosten werden ersetzt, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

Dies gilt auch für die Bergung mit einem Rettungshubschrauber.

Hat der Versicherte z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden. In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen.

2.2.2. Was sind Bergungskosten?

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.

2.3. Transportkosten

Transportkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletzentransportes des verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zum seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

2.4. Kostenersatz für kosmetische Operationen

Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist und unterzieht sich die versicherte Person zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels einer kosmetischen Operation, dann übernimmt der Versicherer die durch eine Operation und der ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten sofern sie innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag anfallen.

2.5. Weltweite Kostendeckung für stationäre Heilbehandlung

Wenn nach einem Unfall die Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung in einem ausländischen Krankenhaus (siehe Artikel 11, Punkt 2 - 3, Spitalgeld) besteht, die aufgrund des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft in Österreich nicht möglich ist, werden weltweit die vollen Kosten dafür übernommen. Es werden auch die Aufwendungen für die Hin- und Rückreise ersetzt. Diese Leistungen werden nur erbracht, wenn sie vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert werden.

2.6. Schmerzensgeld

Der Versicherer leistet ein Schmerzensgeld von 2 % der für den Fall der dauernden Invalidität vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfallereignis einen ununterbrochenen stationären Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen absolviert. Diese prämienfreie Leistung ist pro Schadensfall insgesamt – unter Berücksichtigung allfälliger Entschädigungsleistungen aus anderen Merkur-Versicherungsdeckungen, mit maximal EUR 2.000.-- begrenzt.

Artikel 13 – Soforthilfe

1. Welche Leistung wird aus der Soforthilfe erbracht?

- 1.1. Für einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt gelangt der dafür vereinbarte Betrag pro Versicherungsfall (Unfall) einmalig zur Auszahlung.
- 1.2. Für einen oder mehrere durch einen Unfall erlittene Knochenbrüche, die keinen stationären Krankenhausaufenthalt notwendig machen, gelangt der dafür vereinbarte Betrag zur Auszahlung. Wird aufgrund dieses Unfalles innerhalb eines Jahres ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, wird nur mehr die Differenz auf die Leistung nach Artikel 13, Punkt 1.1. erbracht.

2. Was gilt als Krankenhaus und was gilt als stationärer Krankenhausaufenthalt?

Siehe Artikel 11, Punkt 2 und 3 – Spitalgeld

3. Welche Belege müssen vorgelegt werden bzw. innerhalb welchen Zeitraumes muss die Leistung beansprucht werden?

Für Leistungen aus der Soforthilfe ist die Aufenthaltsbestätigung mit Angabe der Diagnose spätestens 3 Monate nach Beendigung des notwendigen stationären Aufenthaltes bzw. die ärztliche Diagnosebestätigung bei nicht stationär behandelten Knochenbrüchen 3 Monate nach dem Unfalltag einzureichen.

Artikel 14 – Reise-Aktiv Plus

1. Was gilt als Versicherungsfall, wann besteht kein Versicherungsschutz und wann werden Kosten bei Bestehen anderer Versicherungen getragen?

1.1. Was gilt als Versicherungsfall

- Der Rücktransport von erkrankten oder verunfallten Versicherten
- die medizinisch notwendige ambulante ärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Ausland
- die Überführung Verstorbener nach Österreich
- die Bergung eines Verunfallten durch einen Rettungshubschrauber

innerhalb der ersten 8 Wochen jeder Auslandsreise.

1.2. Wann besteht kein Versicherungsschutz?

Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde. Weiters besteht bei Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten und dergleichen, für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung offiziell empfohlener Schutzimpfungen) kein Versicherungsschutz.

Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaufte verhin derten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.

1.3. Wann werden die Kosten bei Bestehen anderer Versicherungen getragen?

Hat der Versicherte z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden. In jedem Fall werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen.

2. Rücktransport von Verunfallten und Erkrankten aus dem Ausland

2.1. Welche Leistungen werden erbracht und wann besteht ein Leistungsanspruch?

Ersetzt werden die Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland, wenn dieser medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist oder wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, sowie einer dem Versicherten nahe stehenden Begleitperson (Ehegatte, Elternteil, Kind).

Ein Leistungsanspruch ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland durch den Versicherer

bzw. durch ein vom Versicherer beauftragtes Unternehmen erfolgt, ansonsten bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation nur Kosten bis EUR 2.000.-- versichert sind.

2.2. Wie hat die Antragstellung auf Rücktransport zu erfolgen?

Der Antrag auf Durchführung eines Rücktransportes im Sinne dieser Versicherungsbedingungen hat durch den behandelnden Arzt des im Ausland verunfallten oder erkrankten Versicherten, durch den verunfallten oder erkrankten Versicherten selbst oder durch einen seiner Angehörigen zu erfolgen. Dieser Antrag ist an den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen zu richten (siehe Versicherungs-Card). Der Antrag auf Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsvertrag erfolgen und muss folgende Angaben enthalten:

- 2.2.1. Versicherungsnummer des Versicherten bei der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft
- 2.2.2. Name, Geburtsdatum und ordentlicher Wohnsitz des Versicherten
- 2.2.3. Name, Ort und Telefonnummer des Krankenhauses, in dem sich der Versicherte befindet, sowie Name, Erreichbarkeit und Verständigungssprache des behandelnden Arztes
- 2.2.4. Art der Erkrankung oder des Unfalles und gegenwärtiger Krankheitszustand des Versicherten
- 2.2.5. Angaben über die Kontaktperson im Ausland (Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail Adresse, Name des Hotels).

2.3. Wer entscheidet über den Rücktransport und wie erfolgt dieser?

Nach den Angaben unter Artikel 14, Punkt 2.2. hat der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zu entscheiden. Sie haben den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz nach diesen Versicherungsbedingungen besteht und die Voraussetzung für den Rücktransport aus dem Ausland gemäß Artikel 14, Punkt 2.1. nicht vorliegen.

Besteht Versicherungsschutz für den Rücktransport aus dem Ausland, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).

2.4. Welche Zusatzleistungen zahlt der Versicherer für die Inanspruchnahme einer Besuchsreise zum verunfallten oder erkrankten Versicherten ins Ausland?

- 2.4.1. Ist ein Krankenhausaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als 14 Tagen zu erwarten und erfolgt kein Rücktransport des Versicherten, ersetzt der Versicherer die Kosten einer Besuchsreise einer dem Verunfallten (Erkrankten) nahe stehenden und von diesem gewünschten volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort mittels eines angemessenen Transportmittels. Die Kosten werden nur dann ersetzt, wenn die Besuchsreise vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird. Für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch keine Kosten ersetzt.
- 2.4.2. Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Rücktransport im Sinne des Artikel 14, Punkt 2.1. oder ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Verunfallten (Erkrankten) oder der Organisation des Rücktransportes erforderlich ist.

Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.

- 2.4.3. Versicherungsschutz für diese Zusatzleistung ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Besuchsreise gemäß Artikel 14, Punkt 2.4.1., die Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Artikel 14, Punkt 2.4.2. durch den Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen erfolgt.

3. Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland bei Krankheit und Unfall

3.1. Welche Kosten werden für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung bei einer Auslandsreise oder einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland ersetzt?

- 3.1.1. Für medizinisch notwendige ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100% dieser Kosten pro Versicherungsfall bis zu dem in der Polizza angeführten Höchstbetrag vergütet.

Artikel 15 - Sport-Aktiv Plus

- 3.1.2. Für Zahnbehandlungen, Zahnrontgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.

4. Stationäre Heilbehandlung im Ausland

4.1. Wann und für welche Dauer werden Kosten für die stationäre Heilbehandlung im Ausland übernommen?

- 4.1.1. Wenn sich der Versicherte infolge Unfall oder Krankheit in medizinisch notwendiger Heilbehandlung in einem Krankenhaus befindet, werden die Kosten bis zu der in der Polize angeführten Höchstsumme übernommen.

Hat der Versicherte z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden. In jedem Falle werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen.

- 4.1.2. Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

4.2. Was gilt als Krankenhaus?

- 4.2.1. Als Krankenhäuser gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken.

Nicht als Krankenhäuser gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie chronisch Erkrankte, Krankenanstalten die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind, Anstalten für Alkohol- und Drogenabhängige, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.

4.3. Wann besteht kein Versicherungsschutz?

- 4.3.1. Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde, sowie für stationäre Aufenthalte die infolge von bereits vor der Auslandsreise bestehenden chronischen Erkrankungen notwendig werden. Weiters gelten die Bestimmungen des Artikel 14 Punkt 1.2.

5. Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten

5.1. Welche Kosten werden für die Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten in seinen Heimatort ersetzt und unter welchen Voraussetzungen werden diese Kosten ersetzt?

- 5.1.1. Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die von ihm bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird, ansonsten bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation nur Kosten bis 1.000,- € versichert sind.

- 5.1.2. Wird die Hilfe des Versicherers bzw. der vom Versicherer bestimmten Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu dem in der Polize angeführten Höchstbetrag vergütet.

6. Bergung eines Verunfallten (auch durch einen Rettungshubschrauber)

6.1. Welche Kosten werden bei Bergung eines verunglückten Versicherten ersetzt?

- 6.1.1. Ersetzt werden die Kosten, die bei der Bergung eines Verunfallten oder in Berg- bzw. Wassernot geratenen Versicherten entstehen. Die Höchstleistung für die Bergung eines Verunfallten oder infolge Berg- bzw. Wassernot beträgt € 1.000,-, sowie € 7.500,- für eine Hubschrauberbergung.
- 6.1.2. Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn ein Einsatz aus medizinischen Gründen die einzig mögliche Rettungsvariante darstellt.
- 6.1.3. Die Kosten sind mittels der saldierten Rechnung und des Bergungsberichtes nachzuweisen. Weiters wird der Leistungsnachweis des Sozialversicherungs- oder eines eventuell bestehenden anderen Leistungsträgers benötigt.

Leistungen

A.) Die Leistungsarten 1 bis 4 gelten für einen bedingungsgemäßen Unfall, sobald der Sport-Aktiv-Plus Baustein mitversichert wurde (auch für die unter Punkt 5 angeführten Sportarten)

- Knochenbruch, Meniskusriss und -teileinriss, Teileinriss Bänder und Sehnen**
Knochenabsplittierungen gelten als mitversichert, Fissuren gelten nicht als Knochenbruch.
Die vorgesehene Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.
- Kompletter Bänder-, Sehnenriss**
Die vorgesehene Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.
- Trostpflaster**
bei einem deckungspflichtigen Unfall und einem dadurch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt von mind. 7 Tage durchgehend.
Die vorgesehene Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.
- Unfallkosten:**
Die Versicherungssumme ist ident mit der in der Polize ausgewiesenen Versicherungssumme gemäß Grundleistung. Sie beträgt für die unten angeführten Sportarten jedoch maximal € 3.000,-, und beinhaltet die prämielfreien Zusatzleistungen für Bergungskosten und Hubschrauberbergung bis EUR 7.500,-, sowie kosmetische Operationen (gemäß Art. 21 Punkt 3.4.).
- Ausübung gefährlicher Freizeitaktivitäten:**
Bergsteigen/Klettern mit Schwierigkeitsgrad III bis VI
Klettersteige C bis G
Indoorklettern
Bouldern
Rafting
Kitesurfen
Tauchen mehr als 30 bis 60 Meter Tiefe
Canyoning, Wildwasserkanu und -kajak
Flugrisiken nicht motorisch angetriebene Luftfahrzeuge und Luftfahrtgeräte (Hängegleiter, Gleitschirm, Fallschirmspringer, Drachensegler, Paragleiter, Ballonfahrer, Segelflieger)
Bungyjumping / Rocketjumping
Parasailing

B.) Folgende Leistungsarten gelten nur unter besonderen Voraussetzungen als mitversichert:

Für die ausschließlich hobbymäßige Ausübung der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten gelten folgende Leistungsarten mitversichert, sofern diese auch im Grundvertrag unter „Besondere Sportgefahren Gruppen 1 - 3“ mit dem dafür vorgesehenen Prämienzuschlag (sofern vorgesehen) beantragt wurden:

Unfalltod:

Die in der Polize ausgewiesene Versicherungssumme gemäß Grundleistung wird verdoppelt, beträgt jedoch insgesamt maximal € 150.000,-, selbst dann, wenn mehrere Versicherungen bei der Merkur eine derartige Deckung je Person beinhalten sollten.

Dauernde Invalidität:

Es gilt jedenfalls die Variante gemäß Invaliditäts-Grundleistung. Die in der Polize ausgewiesene Versicherungssumme gemäß Grundleistung wird verdoppelt, beträgt jedoch insgesamt maximal € 60.000,- (Höchstschadenersatzleistung errechnet sich aus Progressionsregelung laut Invaliditätsvariante) bei Versicherung der Invaliditätsvarianten "Klassik" und "Basis" und max. € 100.000,- (Höchstschadenersatzleistung € 600.000,-) bei Versicherung der Invaliditätsvarianten "Exklusiv", "Spezial" und "Light". Die vorgenannten Grenzen gelten auch dann, wenn mehrere Versicherungen bei der Merkur eine derartige Deckung je Person beinhalten sollten.

Die maximalen vorgenannten Versicherungssummen können mit keiner anderen Merkur-Versicherungsdeckung erhöht werden (auch nicht mit den Sondergefahren/Sportarten-Risiken, der Urlaubsdeckung (laut Artikel 26 Punkt 12) oder einer Zweitversicherung bei der Merkur mit Sondergefahren/Sportarten Gruppe 1-3). Somit stellen die oben angeführten Summen die maximalen Versicherungssummen (Höchstschadenersatzleistungen) dar.

Unter "Grundleistung" ist die in der Polize ausgewiesene Versicherungssumme für die betreffende Leistungsart (z.B.: Dauernde Invalidität, Unfalltod, Unfallkosten und dergleichen) zu verstehen

Artikel 16 - Verkehrsbaustein Plus

Im Falle eines Todesfalles oder einer mindestens 50%igen dauernden Invalidität infolge eines Verkehrsunfalles auf Verkehrsflächen mit Beteiligung eines Fahrzeuges, zahlt der Versicherer zusätzlich einen einmaligen Pauschalbetrag in der Höhe von EUR 50.000,--.

Bei einem mindestens 14-tägigem stationären Spitalsaufenthalt nach einem Verkehrsunfall zahlt der Versicherer ein Trostpflaster in der Höhe von EUR 1.400,--. Diese Leistungsart gilt einmal pro Schadenfall.

Unter Verkehrsfläche versteht man Flächen, die dem Straßen- oder Schienenverkehr dienen, also den für den fließenden und ruhenden Verkehr vorbehaltenen Anteil am Verkehrsnetz.

Fahrzeuge sind alle Fortbewegungsmittel, die zur Beförderung von Personen oder Sachen dienen und am Verkehr auf Verkehrsflächen teilnehmen mit Ausnahme von:

Rodelschlitten, Tretroller (Scooter), Inline-Skates, Skateboards, Rollschuhe und ähnliche Sportgeräte als Fortbewegungsmittel.

Artikel 17 - Existenz-Sicherung-Plus

Der Baustein Existenz-Sicherung-Plus wird in den Besonderen Bedingungen für Existenz-Sicherung-Plus geregelt.

Artikel 18 - entfällt

Artikel 19 - Knochenbruch

Bei einem Knochenbruch (unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen), wird eine einmalige Pauschaleistung laut Police pro Unfallereignis bezahlt. Knochenabsplittierungen gelten als mitversichert, Fissuren gelten nicht als Knochenbruch.

Artikel 20 - fit4action

Im Sinne einer aktiven Unfallvorsorge erfolgt eine Kostenrückerstattung nach Rechnungslegung für

• Schutzbekleidung für Arbeit, Sport & Freizeit

(z.B. Sicherheitsschuhe, Schutzbrillen, Zahnschutz, Fahrrad- und Ski- Helme, Protektoren, Handgelenks- und Knie- Schutz, Fahrrad- und Schutzhandschuhe, Lawinenschutz ausrüstung, reflektierende Bekleidung)

• Sicherheitstrainings

(z. B: Fahrsicherheitstrainings für KFZ, Erste-Hilfe-Kurse, Fahrradtrainings, Schwimmkurse und Sportcamps für Kleinkinder)

• Schutzmaßnahmen für Kleinkinder

(z.B. Kindersicherungen, Fenstersperre, Steckdosenschutz, Herdschutz, Kantenschutz, Wasseralarmband, Babyphone, blinkende Schuhe)

• Diverse Maßnahmen zur Unfallvermeidung

(z.B. Fahrrad-Check, Skibindungs-Service, Laufanalyse, orthopädische bzw. angepasste Einlagen, Seh- und Hörtest, Stirnlampen, Warnwesten,)

Pro Vertrag (nicht pro Person) werden alle 3 Jahre bis zu max. € 50,- an Kosten rückerstattet (namentliche Rechnungslegung auf Versicherungsnehmer oder versicherte Personen).

Artikel 21 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Zusatzleistungen

1. Welche Zusatzleistung beinhaltet eine Kinder-, Jugend- und Erwachsene-unfallversicherung?

Ein als Kinder- oder Jugend- und Erwachsenenunfallversicherung mit der Leistungsart Dauernde Invalidität abgeschlossener Vertrag beinhaltet folgende Zusatzleistung:

1.1. Unfall-Pflege

Eine Unfallversicherung beinhaltet ein Unfall-Pflege Paket. Aus diesem Paket werden folgende Leistungen erbracht:

1.1.1. Hauspflege nach einem Unfall

Es werden die Kosten für eine Hauspflege nach einem Unfall ersetzt, wenn diese durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen oder HeimhelferInnen durchgeführt wird. Die Hauspflege umfasst die Grundpflege, das ist der Ausgleich der Defizite bei jenen Bedürfnissen, die der Patient alleine nicht imstande ist durchzuführen (Körperpflege, Sorge um die richtige Ernährung und Flüssigkeitszufuhr usw.). Weiters Hilfe bei der Organisation der Aktivitäten des täglichen Lebensablaufes und Beschaffung des täglichen Lebensbedarfes (z.B. Einkaufen). Die Durchführung dieser Tätigkeiten muss durch öffentlich anerkannte Stellen erfolgen und die Kosten werden für max. 6 Wochen bis zu dem in Ihrer Police

angeführten Höchstbetrag übernommen. Voraussetzung für einen Leistungsanspruch aus der Hauspflege ist, dass sich der Versicherte unmittelbar nach dem Unfall mindestens 24 Stunden in ununterbrochener stationärer Krankenhausbehandlung befunden hat

1.1.2. Kosten für psychotherapeutische und psychologische Beratung nach Unfällen und für Verbrechensopfer

Ersetzt werden Kosten für die einmalige psychotherapeutische und psychologische Beratung zur Beseitigung seelischer Probleme, sowie zum Zwecke der Lebensplanung nach einem Unfall bzw. nach einem Verbrechen bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass beim Versicherten aufgrund eines Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt bzw. der Versicherte einem Verbrechen zum Opfer gefallen ist (Verbrechen muss polizeibehördlich dokumentiert sein).

2. Welche Zusatzleistungen werden zu den vertraglich vereinbarten Leistungen noch erbracht?

2.1. Herzinfarkt

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines Herzinfarktes erleidet. Ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

2.2. Schlaganfall

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Schlaganfalles erleidet. Ein Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

2.3. Bewusstseinsstörung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung (ausgenommen infolge Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten gemäß Artikel 26 Punkt 8) erleidet.

2.4. Kinderlähmung und Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Versicherungssumme ist ident mit der in der Police ausgewiesenen Versicherungssumme gemäß Grundleistung. Die maximale Leistung ist jedoch mit EUR 100.000,00 begrenzt.

2.5. Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen sind mitversichert.

2.6. Verschlucken bei Kindern

Das Verschlucken von festen und flüssigen Stoffen und Kleinteilen gilt bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr als Unfall.

2.7. Röntgenstrahlen

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, die sich als Unfälle im Sinne des Artikel 6 dieser Bedingungen darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Röntgenshäden, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgenapparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

2.8. Insektenstiche und Schlangenbisse

Die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten als Unfälle im Sinne des Artikel 6 dieser Bedingungen.

2.9. Lebensmittelvergiftung

Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen gelten als Unfälle im Sinne dieser Bedingungen.

3. Prämienfreie Zusatzleistungen, sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist

3.1. Bergungskosten (inkl. Hubschrauberbergung) im Sinne des Artikel 12,

Punkt 2.2.

bis EUR 20.000,--

3.2. Air Ambulance Nottransportkosten

Für die Air Ambulance Nottransportkosten gelangt Art. 14, Punkt 2.1. bis 2.3. zur Anwendung. Diese Kosten werden aber nur übernommen, wenn es sich um einen Unfall und nicht eine Erkrankung handelt. Hat der Versicherte z.B. bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen, Institutionen oder Ähnlichem einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf Kostenersatz, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden. In jedem Fall werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen.

Versicherungsschutz besteht jeweils für die ersten 8 Wochen einer Auslandsreise.

Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben bei Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Unfällen, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grob fahrlässigen Handlungen haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch), bei Montagearbeiten und dergleichen, wenn der Versicherte einer dauernden Beschäftigung im Ausland nachgeht oder im Ausland seinen dauernden Aufenthalt hat.

Ein Leistungsanspruch ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland durch den Versicherer bzw. durch ein vom Versicherer beauftragtes Unternehmen erfolgt. Bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation sind nur Kosten bis EUR 2.000,-- versichert.

3.3. Kosmetische Operationen im Sinne des Artikel 12, Punkt 2.4.

bis EUR 7.500,00

4. Prämiengutschrift

Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit einer in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis stehenden oder selbstständig tätigen versicherten Person von mindestens 60 Werktagen infolge eines Unfalls wird die zum Unfallszeitpunkt gültige Nettojahrestarifprämie refundiert.

5. Trostpflaster nach stationärem Aufenthalt

- in Höhe von EUR 500,-- bei einem unfallbedingten durchgehenden Spitalaufenthalt von mindestens 7 Tagen
oder
- in Höhe von EUR 700,-- bei einem unfallbedingten durchgehenden Spitalaufenthalt von mindestens 14 Tagen

Diese Leistungsart wird einmal pro Schadenfall ausbezahlt.

6. Welche Kosten werden für Obliegenheiten übernommen?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der im Artikel 30, Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten- ausgenommen Artikel 30, Punkt 2.4.- entstehen.

7. Tauchrisiko

7.1. Unfälle beim Tauchen bis zu einer Tauchtiefe von 30 Metern gelten als Unfall. Der Versicherungsschutz bestimmt sich wie folgt:

Als Unfälle gelten auch der Ertrinkungstod bzw. Erstickungstod unter Wasser sowie tauchtypische Gesundheitsschäden (wie z.B. Caisson-Krankheit und Trommelfellverletzung), ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, festgestellt werden kann.

Der Versicherungsschutz entfällt, wenn:

- die Bestimmungen über die Tauchausrüstung der Unfallverhütungsvorschriften "Taucherarbeiten" der Berufsgenossenschaft bzw. die Richtlinien für das sportliche Tauchen des Verbandes Österreichischer Sporttaucher nicht beachtet werden
- ein Sauerstoffgerät benutzt wird (das gilt nicht für die Verwendung von Presslufttauchgeräten mit einem Gasgemisch entsprechend der atmosphärischen Luft)
- nach explosiven Stoffen getaucht wird
- für ein gewerbliches Unternehmen getaucht wird
- der Tauchgang allein oder vorschriftswidrig ohne sachkundigen Begleiter ausgeführt wird.

7.2. Bei einer Tauchtiefe über 30 Meter bis 60 Meter besteht nur dann Versicherungsschutz im Rahmen der Regelungen des Punkt 6.1., wenn mit dem Versicherer eine gesonderte Vereinbarung geschlossen wurde.

7.3. Ausgeschlossen sind jedenfalls Apnoetauchen, Tauchrisiken über 60 Meter Tiefe, Höhlentauchen sowie Berufstauchen mit und ohne Sprengungen.

Artikel 22 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?

Reduzierung der Versicherungssummen, Altersgrenzen

1. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Kinder?

Für einen als Kinderunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 50%. Hat der Versicherte das 21. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungssummen um 70%. Diese Reduktion erfolgt bis zum vollendeten 25. Lebensjahr nicht, solange sie keinen eigenen Haushalt führen und über kein eigenes regelmäßiges Einkommen verfügen (ein Stipendium gilt nicht als regelmäßiges Einkommen); sofern es sich bei diesen Kindern um Schüler, Lehrlinge oder Studenten handelt, die ein regelmäßiges Einkommen beziehen, entfällt diese Reduktion, selbst dann, wenn sie nicht im gemeinsamen Haushalt des Versicherungsnehmers wohnen, solange die Eltern für diese Kinder Familienbeihilfe beziehen. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Jugendliche bzw. Erwachsene beantragen.

2. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Jugendliche?

Für einen als Jugendunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 40%. Diese Reduktion erfolgt bis zum vollendeten 25. Lebensjahr nicht, solange sie keinen eigenen Haushalt führen und über kein eigenes regelmäßiges Einkommen verfügen (ein Stipendium gilt nicht als regelmäßiges Einkommen); sofern es sich bei diesen Kindern um Schüler, Lehrlinge oder Studenten handelt, die ein regelmäßiges Einkommen beziehen, entfällt diese Reduktion, selbst dann, wenn sie nicht im gemeinsamen Haushalt des Versicherungsnehmers wohnen, solange die Eltern für diese Kinder Familienbeihilfe beziehen. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Erwachsene beantragen.

3. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Erwachsene?

Für Erwachsene gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Versicherten um 30%. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Senioren beantragen.

Artikel 23 - Wann sind die Leistungen der Versicherers fällig, wann verjähren sie?

Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Wann ist die Leistung des Versicherers fällig? Welche Unterlagen hat der Ansprucherhebende beizubringen?

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Einlangen der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens vorzulegen hat.

Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte vom Versicherer Vorschüsse bis zur Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Artikel 7 zu beachten.

2. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 24 - entfällt

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 25 - Wer kann nicht versichert werden?

Personen, die aus der Sportausübung ihr überwiegendes Einkommen erzielen können nicht versichert werden.

Dies sind auf jeden Fall Sportler, die in den obersten 2 "Spielklassen" tätig sind (z.B. Fußball, Eishockey, Handball, American Football, Rugby etc.), wie auch Kaderschläufer (versichert bleiben Kinder bis zum 12. Lebensjahr) im ÖSV oder vergleichbaren Länderorganisationen (Schifahren, Snowboarden, Biathlon, Schilanglauf, Schispringen u.Ä.)

Artikel 26 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet, bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit, bei der Benützung von Raumfahrzeugen;
2. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Fahrzeuges an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten beteiligt; jedenfalls nicht versichert sind sämtliche Fahrten auf Motocross Strecken.
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben sowie den dazugehörigen Trainings im Rahmen der Sportausübung, sofern nicht aufgrund einer mit dem Versicherer geschlossenen besonderen Vereinbarung Versicherungsschutz besteht. Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres genießen Kinder auch als Amateursportler Versicherungsschutz für derartige Wettbewerbe, sofern es sich nicht um in Art. 26, Punkt 2 sowie 10 bis 12 angeführte Sportarten handelt.

Die besondere Vereinbarung ist dann notwendig, wenn folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Der Wettbewerb / die Meisterschaft muss eine Veranstaltung des Verbandes der jeweiligen Sportart sein,
 - und es erfolgt eine Entgeltleistung an den Sportler. (Dazu zählen Entgeltleistungen, Startgelder, Fixum, Prämien sowie Spesensatzleistungen, die der Sportler für die Teilnahme erhält. Nicht dazu zählen Preisgelder sowie der reine, nachweisliche Fahrtkostenersatz.)
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmalist;
 5. die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.

6. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie
 - oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzesverursacht werden, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;
8. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
9. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren;
10. die der Versicherte bei der Ausübung der Sportarten Freeclimbing, Freeriding, Downhill-Mountainbiken, Bergsteigen / Klettern über Schwierigkeitsgrad VI und/oder über 7000 Höhenmeter, Houserunning, Kampfsportarten mit

ausgeprägtem Körperkontakt (Fullkontakt-Karate, Boxen, Kickboxen u.Ä.) bzw. der Teilnahme an Expeditionen erleidet;

11. die der Versicherte in seiner Eigenschaft als Berufssportler (das sind Personen, die aus der Sportausübung ihr überwiegendes Einkommen erzielen) erleidet, des weiteren als Sportler in den obersten zwei Spielklassen (sofern es mehr als eine Liga gibt) (z.B. Fußball, Eishockey, Handball, American Football), Kaderschläufer (versichert bleiben nur Kinder bis zum 12. Lebensjahr) im ÖSV oder vergleichbaren Länderorganisationen (Schifahren, Snowboarden, Biathlon, Schilanglauf, Schispringen u.Ä.) erleidet. Nicht versichert ist Tauchen über 60 Meter Tiefe, Apnoetauchen, Höhlentauchen und Berufstauchen mit Sprengungen.
12. Die nachstehenden Sportarten sind nur dann in den Versicherungsschutz einbezogen, wenn mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung geschlossen wurde:

- Kitesurfen
- Canyoning
- Wildwasserkanu und -kajak
- Tauchen über 30 Meter Tiefe bis 60 Meter Tiefe
- Bungyjumping
- Flugsport mit nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen und Luftfahrgeräten (Hängegleiten, Gleitsegeln, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Paragleiten, Ballonfahren, Segelfliegen).

Ohne besondere Vereinbarung gelten nachstehende Sondersportarten ausschließlich für die Leistungsarten Unfalltod und dauernde Invalidität und zwar mit der in der Polizza ausgewiesenen Versicherungssumme gemäß Grundleistung (laut Art. 15), sofern diese abgeschlossen wurde, jedoch maximiert mit EUR 150.000,00 für Unfalltod und EUR 60.000,00 für Unfallinvalidität der Invaliditätsvarianten "Klassik" und "Basis" bzw. € 100.000.- für die Invaliditätsvarianten "Exklusiv", "Spezial" und "Light" versichert,

- Bergsteigen / Klettern mit Schwierigkeitsgrad III bis VI
- Klettersteige C bis G
- Indoorklettern
- Rafting
- Parasailing
- Bouldern

Darüber hinaus gelten ohne besondere Vereinbarung folgende Sondersportarten ausschließlich für die Leistungsarten Unfalltod und dauernde Invalidität und zwar mit der in der Polizza ausgewiesenen Versicherungssumme gemäß Grundleistung (laut Art. 15), sofern diese abgeschlossen wurde, jedoch maximiert mit EUR 150.000,00 für Unfalltod und EUR 60.000,00 für Unfallinvalidität der Invaliditätsvarianten "Klassik" und "Basis" bzw. € 100.000.- für die Invaliditätsvarianten "Exklusiv", "Spezial" und "Light" versichert, wenn es sich nachweislich um die einmalige Ausübung der nachstehenden Sportarten handelt (z.B. im Urlaub als Geschenk - "Urlaubsdeckung"):

- Tandemspringen
- Ballonfahren als Begleitperson/ Mitfahrer, nicht jedoch als Ballonführer
- Parasailing
- Kitesurfen
- Bungyjumping/Rocketjumping

Die maximalen vorgenannten Versicherungssummen pro Leistungsart (Tod, DI, Unfallkosten) für Sport-Aktiv Plus, für Sondergefahren/Sportarten-Risiken können nicht mit der Urlaubsdeckung oder einer Zweitversicherung erhöht werden und nicht mit einer anderen Gruppe (Sondergefahren/Sportarten-Gruppe 1-3) addiert werden und somit nicht über die oben angeführten maximalen Versicherungssummen (Höchstschadenersatzleistung) versichert werden.

Artikel 27 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. 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 Artikel 7, Punkt 2 bemessen.
3. Leistungskürzung bei Vorerkrankungen oder Gebrechen
 - 3.1. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist
 - im Falle von dauernder Invalidität (gemäß Artikel 7, Punkt 1) der Invaliditätsgrad,
 - bei Taggeld und Spitalgeld die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage,
 - bei den sonstigen Versicherungsleistungen lt. Abschnitt B (ausgenommen bei Leistungen für die Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9, Punkt 1)

die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mit verursacht worden ist.

- 3.2. Für die Unfall-Invaliditäts-Rente gemäß Artikel 9, Punkt 1 gelten folgende Bestimmungen:

Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.

Eine Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente erfolgt somit nur unter der Voraussetzung, dass die unfallkausalen Folgen zu einem Invaliditätsgrad von 35% bzw. 50% (je nach Variante laut Polizze) oder mehr geführt haben.

- 3.3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

- 3.4. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt. Störungen der Beweglichkeit der Wirbelsäule infolge von üblich verrichteten Bewegungen oder der Anhebung einer Last werden nicht als Unfall angesehen.
- 3.5. 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.
- 3.6. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird eine Leistung nur dann erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht, und diese Verletzung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 28 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Prämie

Die Prämien sind Jahresbeiträge, die kostenfrei ohne Zuschläge bezahlt werden. Die laufenden Jahresbeiträge können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen Raten mit einem Zuschlag von anteilig 3% der Jahresprämie oder vierteljährlichen bzw. monatlichen Raten mit einem Zuschlag von anteilig 5% der Jahresprämie bezahlt werden.

Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (im folgenden kurz: "Prämie") ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen. Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe Anhang).

Wertanpassung

Sowohl die Versicherungssumme als auch die Prämie dieses Versicherungsvertrages unterliegen einer jährlichen Wertanpassung in der Höhe von maximal 4% des Jahresbeitrages, gemäß der in der Polizze definierten Anpassungsklausel. Die Wertanpassung kann bei Abschluss des Versicherungsvertrages sowie jährlich zur Hauptfälligkeit unter Einhaltung einer einmonatigen Frist auf Antrag des Versicherungsnehmers ausgeschlossen werden.

Artikel 29 - Was ist bei Änderung des Wohnsitzes, bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?

Anzeige der Änderung des Wohnsitzes, Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten des Versicherten

Als Obliegenheit gemäß § 6, Abs. 1(a) und 2 VersVG hat der Versicherungsnehmer folgendes anzuzeigen:

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebender besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif:

- dass grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG, Gefahrerhöhung, Anwendung.
- eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko angepassten Prämie. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach

Zugang des Änderungsvorschlags des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die vom Versicherer vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung. Der Versicherer wird Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Polizze berechneten Prämie ergeben.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall ein, ohne dass die Änderung des Berufes innerhalb obiger Frist mitgeteilt wurde, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Polizze berechneten Prämie ergeben. Sollte der neu ausgeübte Beruf nicht versicherbar sein, ist der Versicherer von der Leistung frei.

2. Die Beendigung des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten, insbesondere Karenzierung, Arbeitslosigkeit und Pension, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
3. Die Änderung des Wohnsitzes ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen (siehe Artikel 1).

Artikel 30 - Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6, Abs. 1(a) und 2 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

- 1.1. Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung zu besitzen, die für das Lenken dieses Fahrzeuges oder eines typengleichen Fahrzeuges vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
- 1.2. Die Anzeigepflicht gemäß Artikel 29.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6, Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

- 2.1. Der Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer

Woche, anzuzeigen.

- 2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

Darüber hinaus hat der Versicherte nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.
- 2.4. Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen, sowie eventuell bestehende andere Versicherer bekanntzugeben.
- 2.5. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 2.6. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen.

- 2.7. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.8. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Krankenhaus (Artikel 11, Punkt 2) eingewiesen wurde, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Bescheinigung der Krankenhausverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.
- 2.9. Ist auch Taggeld versichert, so ist dem Versicherer bei Bestehen einer gesetzlichen Pflichtversicherung die Krankenstandsbestätigung bzw. in allen anderen Fällen eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit, sowie über den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten einzusenden.
- 2.10. Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente ist dem Versicherer die im Artikel 9, Punkt 6 genannte Bescheinigung vorzulegen.
- 2.11. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.
- 2.12. Ist die Leistungsart Soforthilfe versichert, so ist dem Versicherer die Aufenthaltsbestätigung mit Angabe der Diagnose bzw. eine ärztliche Diagnosebestätigung mit Vor- und Zunamen und Geburtsdatum des Versicherten einzusenden.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 31 - Was gilt als Versicherungsperiode?

Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Verlängerung

1. Versicherungsperiode

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

2.1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.

2.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer. Die Vertragslaufzeit verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit unter Beachtung der vorerwähnten Frist von einem Monat zur Verfügung.

Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit darüber informieren wird, dass dieser den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann; dabei wird der Versicherer auch auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen des Punktes 2.2.

Artikel 32 - Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles:

1.1. 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 der Versicherungsnehmer den Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

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

vom Versicherer vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

- 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer in den in 1.1. genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung abgelehnt oder ihre Anerkennung verzögert hat. Weiters kann der Versicherungsnehmer nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruchs auf die Versicherungsleistung;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 23, Fälligkeit der Leistung) der Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht

vorzunehmen.

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

- 1.3. Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.
2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben oder unversicherbar geworden ist (Artikel 25, Unversicherbare Personen), so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum abgeschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.
4. Jährliches Kündigungsrecht nach drei Jahren für beide Vertragspartner

In Ergänzung der diesem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen haben beide Vertragspartner das Recht, gegenständlichen Versicherungsvertrag, unabhängig von der in der Polizza festgesetzten Dauer zum Ende des dritten Jahres nach Vertragsbeginn oder danach jeweils zum Ende der laufenden Versicherungsperiode unter Einhaltung der Kündigungsfrist zu kündigen.

Für den Versicherungsnehmer gilt eine Kündigungsfrist von einem Monat, für den Versicherer gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten, als vereinbart.

Die im Gesetz oder in den Allgemeinen und Besonderen Bedingungen vorgesehenen Kündigungsrechte bleiben hiervon unberührt.

Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie oder sonstige Vorteile gewährt, so kann er bei vorzeitiger Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern,

um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat. Dies gilt nicht bei Kündigung durch den Versicherer gemäß dieser Bestimmung.

Artikel 33 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung 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 ff 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 des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist 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 die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadensminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 34 - Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Gerichtsstand

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland (Österreich) haben.

Der Versicherer kann Klagen gegen den Versicherungsunternehmer bei dem für seinen Wohnsitz zuständigen Gericht gemäß § 14 KSchG erheben.

Artikel 35 - In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Form der Erklärungen

Für Rücktrittserklärungen und sonstige Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder-sofern vereinbart-elektronische Kommunikation gem. § 5a VersVG). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Artikel 36 - Welches Recht wird angewandt?

Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht. Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes.

Abschnitt F: Familienunfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2019) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Im Rahmen der Familienunfallversicherung sind neben den zwei Partnern alle mit diesen im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versichert. Darüber hinaus bleiben diese bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mitversichert, solange sie keinen eigenen Haushalt führen und über kein eigenes regelmäßiges Einkommen verfügen (ein Stipendium gilt nicht als regelmäßiges Einkommen); sofern es sich bei diesen Kindern um Schüler, Lehrlinge oder Studenten handelt, die ein regelmäßiges Einkommen beziehen, bleiben sie darüber hinaus selbst dann, wenn sie nicht im gemeinsamen Haushalt des Versicherungsnehmers leben, mitversichert, solange die Eltern für diese Kinder Familienbeihilfe beziehen.

Mit der Erreichung der Altersgrenze für die Mitversicherung oder des Wegfalls der Voraussetzungen für die Mitversicherung erlischt der Versiche-

rungsschutz für die Kinder und Jugendlichen automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mitversichert sind die Kinder und Jugendlichen nur, wenn sie dem Versicherer mit Namen, Geburtsdatum und Art der Beschäftigung bekannt gegeben werden bzw. für die Dauer von 6 Monaten nach der Geburt.

2. Falls im Vertrag keine Vereinbarung über die Bezugsberechtigung im Falle des Unfalldodes getroffen wurde, ist zum Empfang der Unfalltodleistung berechtigt:

2.1. der Partner - die gesetzlichen Erben.

2.2. der Kinder und Jugendlichen - die gesetzlichen Erben, jedoch bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres der Überbringer der Begräbniskostenrechnung.

Abschnitt G: Alleinerzieherunfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2019) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Im Rahmen der Alleinerzieherunfallversicherung sind eine erwachsene Person und alle mit dieser im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versichert. Darüber hinaus bleiben diese bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mitversichert, solange sie keinen eigenen Haushalt führen und über kein eigenes regelmäßiges Einkommen verfügen (ein Stipendium gilt nicht als regelmäßiges Einkommen); sofern es sich bei diesen Kindern um Schüler, Lehrlinge oder Studenten handelt, die ein regelmäßiges Einkommen beziehen, bleiben sie darüber hinaus selbst dann, wenn sie nicht im gemeinsamen Haushalt des Versicherungsnehmers leben, mitversichert, solange die Eltern für diese Kinder Familienbeihilfe beziehen.

Mit der Erreichung der Altersgrenze für die Mitversicherung oder des Wegfalls

der Voraussetzungen für die Mitversicherung erlischt der Versicherungsschutz für die Kinder und Jugendlichen automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mitversichert sind die Kinder und Jugendlichen nur, wenn sie dem Versicherer mit Namen, Geburtsdatum und Art der Beschäftigung bekannt gegeben werden bzw. für die Dauer von 6 Monaten nach der Geburt.

2. Falls im Vertrag keine Vereinbarung über die Bezugsberechtigung im Falle des Unfalldodes getroffen wurde, ist zum Empfang der Unfalltodleistung berechtigt:

2.1. des Versicherungsnehmers - die gesetzlichen Erben.

2.2. der Kinder und Jugendlichen - die gesetzlichen Erben, jedoch bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres der Überbringer der Begräbniskostenrechnung.

Abschnitt H: Kollektivunfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2019) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform

abgeschlossen als Kollektiv- Unfallversicherung
- ohne Namensangabe
- mit Namensangabe der Versicherten.

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1. Versicherungssummen

- Vereinbart sind fixe Versicherungssummen.
- 2.2. Kumulrisiko
- Sind durch ein Unfallereignis mehrere versicherte Personen betroffen, so gilt ein Betrag von EUR 2.000.000,00 als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.
- Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von EUR 2.000.000,00 so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelsprüche zu diesem Betrag gekürzt.
- 2.3. Erlöschen des Versicherungsschutzes
- Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für den einzelnen Versicherten mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.
3. Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe
- 3.1. Versicherte Personen
- Versichert, soweit gemäß Artikel 25 AUVB versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht.
- 3.2. Prämienregulierung
- 3.2.1. Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrunde gelegt. Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage des Versicherers nachzukommen.

Der Versicherer hat nach Empfang der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

- 3.2.2. Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so hat der Versicherer die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, soviel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, anderenfalls soviel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie, gemacht, so hat der Versicherer den etwa zuviel gezahlten Betrag rückzuerstatten.
- 3.2.3. Einblicksrecht des Versicherers
- Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren.
4. Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe
- 4.1. Versicherte Personen
- Versichert, soweit gemäß Artikel 25 AUVB versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.
- 4.2. An- und Abmeldung
- Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft. Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.

Abschnitt I: Gesundheitsberufe - Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe

(sofern gemäß Polizze eine "Gesundheitsberufe-Unfallversicherung" abgeschlossen wurde)

Als Gesundheitsberufe gelten nur Ärzte, Tierärzte, Dentisten, Zahntechniker, Krankenpfleger, Krankenschwestern, Hebammen, Heilgymnastiker, Logopäden, Heilmassseure, Psychologen, Sportwissenschaftler und Therapeuten jeder Art, außer es wurde in der Polizze eine andere Vereinbarung getroffen.

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2019) finden insoweit Anwendung, als in diesen Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Für die einen Gesundheitsberuf ausübende versicherte Person bemisst sich die Leistung für dauernde Invalidität analog zu Artikel 7 der AUVB, jedoch gilt anstelle der unter Punkt 2.1. entsprechend angeführten Invaliditätsgrade folgende verbesserte Gliedertaxe bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit
- | | |
|-------------------------------|------|
| der Sehkraft eines Auges | 70% |
| eines Armes oder einer Hand | 100% |
| für Finger der Gebrauchshand: | |
| eines Daumens | 70% |
| eines Zeigefingers | 70% |
| eines Mittelfingers | 70% |
| eines Ringfingers | 30% |
| eines kleinen Fingers | 20% |
| für Finger der Gegenhand: | |
| eines Daumens | 60% |
| eines Zeigefingers | 60% |
| eines Mittelfingers | 40% |
| eines Ringfingers | 10% |
| eines kleinen Fingers | 5% |

Für die Bemessung der Invaliditätsleistung gelten folgende Bestimmungen:

1.1. Variante "Exklusiv"

Invaliditätsgrad			Leistung
von	0,1%	bis 10,0%	aufgrund der halben für Invalidität versicherten Summe
über	10,0%	bis 50,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe

über 50,0% bis 100,0% Leistung für den 50% übersteigenden Teil wird vervierfacht

1.2. Variante "Spezial"

Invaliditätsgrad			Leistung
von	0,1%	bis 5,0%	keine Leistung
über	5,0%	bis 10,0%	aufgrund der halben für Invalidität versicherten Summe
über	10,0%	bis 50,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis 100,0%	Leistung für den 50% übersteigenden Teil wird vervierfacht

1.3. Variante "Klassik"

Invaliditätsgrad			Leistung
von	0,1%	bis 50,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis 100,0%	Leistung für den 50% übersteigenden Teil wird vervierfacht

1.4. Variante "Basis"

Invaliditätsgrad			Leistung
von	0,1%	bis 9,99%	Pauschalleistung für die in Artikel 7 AUVB Punkt 5.4.3 bis 5.4.5 geregelten Verletzungen
über	10,0%	bis 50,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis 100,0%	Leistung für den 50% übersteigenden Teil wird vervierfacht

1.5. Variante "Light"

Invaliditätsgrad			Leistung
von	0,1%	bis 10,0%	keine Leistung
über	10,0%	bis 50,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	50,0%	bis 100,0%	Leistung für den 50% übersteigenden Teil wird vervierfacht

- 1.6. Sollte sich ohne Berücksichtigung der verbesserten Gliedertaxe (Berechnung laut Art. 7.2.1 AUVB) eine höhere Entschädigungsleistung ergeben, so gelangt diese zur Anwendung.
- 1.7. Die Leistungserweiterungen aufgrund der verbesserten Gliedertaxe haben nur Gültigkeit, solange die versicherte Person den Gesundheitsberuf tatsächlich ausübt.
- 1.8. Die verbesserte Gliedertaxe gilt für die Bemessung der Unfall-Invaliditäts-Rente (Art. 9 der AUVB) in keinem Fall. Falls im Vertrag Sondergefahren wie z.B. aus dem Bereich Sportrisiken versichert sind, findet die verbesserte Gliedertaxe für Leistungen aus der dauernden Invalidität, wenn durch das Unfallereignis eben diese versicherte Sondergefahren ersatzpflichtig werden, keine Anwendung.
2. Für die einen Gesundheitsberuf ausübende Person ist das Infektionsrisiko mitversichert. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle im Sinne dieser Bestimmung gelten auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit

entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass es sich um die Folge eines Unfallereignisses (Stich, Schnitt, Spritzen auf Konjunktiven und Schleimhäute) handelt. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht. Das Aidsrisiko, Hepatitis C und Unfallfolgen im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Ereignissen, die genetische Schäden zur Folge haben, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Einhaltung der für den Beruf geltenden Schutzvorschriften (z.B. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz u.ä.).

3. Die Bestimmungen des Abschnittes F und G finden auf die Gesundheitsberufe-Familien- und Gesundheitsberufe-Alleinerzieher-Unfallversicherung Anwendung. Die Leistungsverbesserungen aus der verbesserten Gliedertaxe und die Deckungserweiterung für das Infektionsrisiko haben in der Familienversicherung für die beiden versicherten erwachsenen Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, für die Dauer der Ausübung dieser Tätigkeit, in der Alleinerzieherversicherung für den versicherten Erwachsenen, der einen Gesundheitsberuf ausübt, für die Dauer des Ausübens dieser Tätigkeit, Gültigkeit, nicht aber für weitere mitversicherte Personen.

Anhang: Gesetzestexte

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 i.d.F. BGBl. I Nr. 51/2018)

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

§ 6. (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarfmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

§ 6. (2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 6. (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

§ 6. (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

§ 6. (5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11 a (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand der Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verarbeiten, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder
2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag

unerlässlich ist. Das Verbot der Verarbeitung von Daten aus genetischen Analysen gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

§ 11 a (2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
2. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen (Art. 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 4. 5. 2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 314 vom 22. 11. 2016 S. 72) oder

4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat; oder
5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 der Verordnung (EU) 2016/679 zu.

§ 11b. (1) Soweit in der Krankheitskostenversicherung Leistungen direkt zwischen dem Versicherer und dem Gesundheitsdienstleister (§ 11a Abs. 2 Z 4) verrechnet werden sollen, bedarf dies eines Auftrags des betroffenen Versicherungsnehmers oder Versicherten. Der Arzt oder der Träger der Einrichtung, dessen oder deren Leistung abgerechnet werden soll, hat den Betroffenen vor Erteilung des Auftrags zur Direktverrechnung darüber zu informieren, dass die in Abs. 2 genannten Daten für Zwecke der Direktverrechnung an den Versicherer zu übermitteln sind. Dabei ist er auch darüber zu belehren, dass er diese Datenübermittlung jederzeit untersagen kann, was zur Folge haben könnte, dass der Versicherer zumindest vorerst die Deckung verweigert und er für diejenigen Leistungen zahlungspflichtig bleibt, die sonst gedeckt wären.

(2) Erteilt der betroffene Versicherungsnehmer oder Versicherte nach Belehrung (Abs. 1) einen Auftrag zur Direktverrechnung, so darf der Versicherer für Zwecke der Direktverrechnung folgende personenbezogene Gesundheitsdaten des Betroffenen ohne dessen ausdrückliche Einwilligung durch Auskünfte des Gesundheitsdienstleisters ermitteln:

1. zwecks Einholung der Deckungszusage des Versicherers Daten über die Identität des Betroffenen, das Versicherungsverhältnis und die Aufnahmediagnose (Daten zum Grund der stationären Aufnahme oder der ambulanten Behandlung sowie zu der Frage, ob der Behandlung ein Unfall zugrunde liegt);
2. zwecks Abrechnung und Überprüfung der Leistungen
 - a. Daten über die erbrachten Behandlungsleistungen (Daten zum Grund einer Behandlung und zu deren Ausmaß) einschließlich des Operationsberichts;
 - b. Daten über die Dauer des stationären Aufenthalts oder der Behandlung;
 - c. Daten über die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung.
- (3) Über das Recht, die Datenermittlung nach Abs. 2 jederzeit zu untersagen, ist der Versicherungsnehmer bereits bei Abschluss des Versicherungsvertrags zu belehren. Die Belehrung ist besonders hervorzuheben.

11c. (1) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Einwilligung des Betroffenen nach § 11a Abs. 2 Z 3 nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in § 11a Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:

1. Gesundheitsdienstleister (§ 11a Abs. 2 Z 4),
 2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer,
 3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken,
 4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige,
 5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen,
 6. Gerichte, Staatsanwaltschaften, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.
- (2) Der Versicherer hat auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person in die Auskunftserteilung oder Einsichtgewährung einwilligt. Auf

Verlangen sind den auskunftsberechtigten Personen gegen Aufwandsersatz auch Abschriften dieser Gutachten zur Verfügung zu stellen.

§ 11d. Nach den §§ 11a und 11b erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 321 VAG 2016 mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der §§ 11a und 11c ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.

§ 12 (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

§ 12 (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

§ 12 (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 23 (1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

§ 23 (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 38. (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

§ 38. (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

§ 38. (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

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

§ 39. (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

§ 39. (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

§ 39. (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 75 (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

§ 75 (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 184 (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen

oder sie verzögern.

§ 184 (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

§ 184 (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

Auszug Konsumentenschutzgesetz 1979 i.d.F. BGBl. Nr. 58/2018

§ 14. (1) Hat der Verbraucher im Inland seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder ist er im Inland beschäftigt, so kann für eine Klage gegen ihn nach den §§ 88, 89, 93 Abs. 2 und 104 Abs. 1 JN nur die Zuständigkeit des Gerichtes begründet werden, in dessen Sprengel der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung liegt; dies gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten, die bereits entstanden sind.

(2) Das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit sowie der örtlichen Zuständigkeit des Gerichts ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Heilung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der sachlichen oder örtlichen Zuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, mit der für eine Klage des Verbrauchers gegen den Unternehmer ein nach dem Gesetz gegebener Gerichtsstand ausgeschlossen wird, ist dem Verbraucher gegenüber rechtsunwirksam.

(4) Die Abs. 1 bis 3 sind insoweit zur Gänze oder zum Teil nicht anzuwenden, als nach Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anderes bestimmt ist