

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung - AUVB 2023

Variante "Optimum"

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 (Unfalltod)
Artikel 9 - Unfall-Invaliditäts-Rente
Artikel 10 - Taggeld
Artikel 11 - Spitalgeld
Artikel 12 - Unfallkosten
Artikel 13 - Soforthilfe
Artikel 14 - Reise-Aktiv-Plus
Artikel 15 - Mobilitäts-Plus
Artikel 16 Verkehrsbaustein-Plus
Artikel 17 - Existenz-Sicherung-Plus
Artikel 18 - Knochenbruch
Artikel 19 - fit4action
Artikel 20 - Sondersportgefahr
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?

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 24 - Wer kann nicht versichert werden?
Artikel 25 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?
Artikel 26 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 27 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?
Artikel 28 - Was ist bei Änderung des Wohnsitzes, bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie Freizeitaktivitäten bzw. Sportaktivitäten zu beachten?
Artikel 29 - Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 30 - Was gilt als Versicherungsperiode?
Artikel 31 - Wann endet der Vertrag (Ablaufkündigung, Verlängerung, Erlöschen des Vertrages)?
Artikel 32 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?
Artikel 33 - Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
Artikel 34 - In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?
Artikel 35 - Welches Recht wird angewandt?
Artikel 36 - Sanktionsklausel

Abschnitt F: Familienunfallversicherung

Abschnitt G: Kollektivunfallversicherung

Abschnitt H: Gesundheitsberufe - Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe

Anhang: Gesetzestexte

Wichtig: Bitte lesen Sie alle Gesetzesstellen, die im Anhang abgedruckt sind, weil darauf in den folgenden Versicherungsbedingungen Bezug genommen wird.

Präambel

Soweit in diesen Bedingungen personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie alle Geschlechter gleichermaßen.
Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherungsunternehmen abschließt.
Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.
Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.
Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) und des Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG), die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind im Anhang im vollen Wortlaut wiedergegeben.

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1: Was bzw. wer ist versichert

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus dem Abschnitt B. Aus der Polizze 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/haben, 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 darüber hinaus 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 bis 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung?

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Versicherungsprämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 26 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. Die nicht rechtzeitige Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie einschließlich Steuern berechtigt den Versicherer gemäß den Voraussetzungen des § 38 VersVG zum Rücktritt vom Vertrag. (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 Polizze 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:

- gemäß Artikel 25 ausgeschlossene Unfälle und
- nicht versicherbare Berufe: Dazu gehören Luftfahrzeugführer inklusive sonstige Besatzungsmitglieder, Berufssportler gemäß Art. 24, Militärpersonal im Ausland, Sprengmeister und Sprenggehilfen, Mineure, Pyrotechniker, Sondereinheiten der Exekutive, Bodyguards, Stuntmen, Artisten, Testfahrer für KFZ, Ski und ähnliche Sportgeräte
- den Fall, dass die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt wird.

3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor Einlösung der Polizze 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 Polizze. Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, wird

gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich gekündigt.
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 der versicherten Person unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken
- Erfrierungstod
- Erstickungstod
- 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 Zerreißen von an Gliedmaßen befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich abnützungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Artikel 26 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. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose; Versicherungsschutz besteht hier jeweils ausschließlich im Rahmen und Umfang von Artikel 21, Punkt 2.1.

- Als versichertes Unfallereignis gelten auch Impfschäden resultierend aus einer in Österreich zugelassenen Schutzimpfung gegen Infektionskrankheiten, jeweils ausschließlich im Rahmen und Umfang des Artikel 21, Punkt 2.2.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

4. Selbsttötung und Selbsttötungsversuch gelten nicht als Unfall.

5. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen (ausgenommen sind Motorsegler und Ultralights), welche für die Verwendungsart Personenbeförderung behördlich zugelassen sind. Weiters gilt der Versicherungsschutz auch für Unfälle, die die versicherte Person als Besatzungsmitglied in motorischen Luftfahrzeugen im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit als Notarzt erleidet.

Definitionen:

Luftfahrzeuge sind Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen, gleichgültig, ob sie schwerer als Luft (zum Beispiel Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber und Fallschirme) oder leichter als Luft (zum Beispiel Luftschiffe und Freiballone) sind.

Motorische Luftfahrzeuge sind Luftfahrzeuge mit motorischen Antrieb (zum Beispiel Flugzeug, Motorsegler, Ultralights), nicht-motorische angetriebene Luftfahrzeuge sind Luftfahrzeuge ohne motorischen Antrieb (zum Beispiel Hängegleiter, Gleitsegler, Drachenflieger, Paragleiter, Ballon, Segelflieger, Fallschirme).

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.

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.

Die versicherte Person ist darüber hinaus berechtigt, die Beurteilung der Unfallfolgen, unter Vorlage der im Absatz davor genannten Unterlagen, durch einen vom Versicherer beauftragten Sachverständigen, zu verlangen.

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, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, 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 bereits verloren war	65%
des Gehöres beider Ohren	80%
des Gehöres eines Ohres	50%
sofern das Gehör des anderen Ohres vor dem Versicherungsfall bereits verloren war	50%
des Geruchsinnes	15%
des Geschmacksinnes	15%
der Milz	10%
der Niere	20%
der Stimme	60%

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist (Artikel 26) anzuwenden.

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Artikels 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 Punkt 2.3 ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall ist jedoch mit 100% begrenzt.

2.5. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 26.

3. Wird im ersten Jahr nach dem Unfälle 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, und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.

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

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

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

Für die Bemessung der Invaliditätsleistung gelten folgende Bestimmungen:

Variante "Optimum"

Sofern mit dem Versicherungsnehmer die Variante „Optimum“ vereinbart wurde, gilt Folgendes:

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der folgenden Darstellung errechnet.

Invaliditätsgrad		Bemessungsgrundlage	
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%

Bei einem Invaliditätsgrad über 90,0% leistet der Versicherer das Sechsfache der für Invalidität versicherten Summe.

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der obigen Darstellung errechnet.

Wie ändert sich die Invaliditätsberechnungsgrundlage aufgrund der Progression?

IG	L	IG	L	IG	L	IG	L
1%	0,5%	26%	52%	51%	153%	76%	304%
2%	1%	27%	54%	52%	156%	77%	308%
3%	1,5%	28%	56%	53%	159%	78%	312%
4%	2%	29%	58%	54%	162%	79%	316%
5%	2,5%	30%	60%	55%	165%	80%	320%
6%	3%	31%	62%	56%	168%	81%	324%
7%	3,5%	32%	64%	57%	171%	82%	328%
8%	4%	33%	66%	58%	174%	83%	332%
9%	4,5%	34%	68%	59%	177%	84%	336%
10%	5%	35%	70%	60%	180%	85%	340%
11%	11%	36%	72%	61%	183%	86%	344%
12%	12%	37%	74%	62%	186%	87%	348%
13%	13%	38%	76%	63%	189%	88%	352%
14%	14%	39%	78%	64%	192%	89%	356%
15%	15%	40%	80%	65%	195%	90%	360%
16%	16%	41%	82%	66%	198%	91%	600%
17%	17%	42%	84%	67%	201%	92%	600%
18%	18%	43%	86%	68%	204%	93%	600%
19%	19%	44%	88%	69%	207%	94%	600%
20%	20%	45%	90%	70%	210%	95%	600%
21%	21%	46%	92%	71%	213%	96%	600%

22%	22%	47%	94%	72%	216%	97%	600%
23%	23%	48%	96%	73%	219%	98%	600%
24%	24%	49%	98%	74%	222%	99%	600%
25%	25%	50%	100%	75%	225%	100%	600%

Legende: IG - ärztlich festgestellter Invaliditätsgrad
L - Leistung entsprechend der Versicherungssumme

Rechenbeispiel: Bei einer Invalidität von bspw. 8% erhalten Sie 4% der Versicherungssumme. Das entspricht bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,00 einer Versicherungsleistung von EUR 4.000,00.

Variante "Optimum Plus"

Sofern mit dem Versicherungsnehmer die Variante „Optimum Plus“ vereinbart wurde, gilt Folgendes:

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der folgenden Darstellung errechnet.

Invaliditätsgrad			Bemessungsgrundlage
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%			

Bei einem Invaliditätsgrad über 90,0% leistet der Versicherer das Sechsfache der für Invalidität versicherten Summe.

Wie ändert sich die Invaliditätsberechnungsgrundlage aufgrund der Progression?

IG	L	IG	L	IG	L	IG	L
1%	1%	26%	52%	51%	153%	76%	304%
2%	2%	27%	54%	52%	156%	77%	308%
3%	3%	28%	56%	53%	159%	78%	312%
4%	4%	29%	58%	54%	162%	79%	316%
5%	5%	30%	60%	55%	165%	80%	320%
6%	6%	31%	62%	56%	168%	81%	324%
7%	7%	32%	64%	57%	171%	82%	328%
8%	8%	33%	66%	58%	174%	83%	332%
9%	9%	34%	68%	59%	177%	84%	336%
10%	10%	35%	70%	60%	180%	85%	340%
11%	11%	36%	72%	61%	183%	86%	344%
12%	12%	37%	74%	62%	186%	87%	348%
13%	13%	38%	76%	63%	189%	88%	352%
14%	14%	39%	78%	64%	192%	89%	356%
15%	15%	40%	80%	65%	195%	90%	360%
16%	16%	41%	82%	66%	198%	91%	600%
17%	17%	42%	84%	67%	201%	92%	600%
18%	18%	43%	86%	68%	204%	93%	600%
19%	19%	44%	88%	69%	207%	94%	600%
20%	20%	45%	90%	70%	210%	95%	600%
21%	21%	46%	92%	71%	213%	96%	600%
22%	22%	47%	94%	72%	216%	97%	600%
23%	23%	48%	96%	73%	219%	98%	600%
24%	24%	49%	98%	74%	222%	99%	600%
25%	25%	50%	100%	75%	225%	100%	600%

Legende: IG - ärztlich festgestellter Invaliditätsgrad
L - Leistung entsprechend der Versicherungssumme

Rechenbeispiel: Bei einer Invalidität von bspw. 43% erhalten Sie 86% der Versicherungssumme. Das entspricht bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,00 einer Versicherungsleistung von EUR 86.000,00.

6. Besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn die versicherte Person als Folge des Unfalles stirbt?

Stirbt die versicherte Person

- 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 Artikels 26 Anwendung.

A.) Sofortleistung bei Verletzung laut Verletzungskatalog

1. Bei der Versicherung von Dauerinvalidität wird - bei der Erfüllung der Voraussetzungen nach Artikel 7 A Punkt 2 und 3 und in Abänderung des Artikel 23 Punkt 1 - nach einem Unfall bei erstmaliger Anspruchsstellung eine Sofortleistung als Einmalzahlung ausbezahlt.

Eine Sofortleistung wird unabhängig davon gewährt, ob zusätzlich Leistungen aus dem Titel Dauernde Invalidität (Artikel 7) in Anspruch genommen werden. Bei Inanspruchnahme von Leistungen aus dem Titel Dauernde Invalidität (Artikel 7) kommt es jedoch zu einer Anrechnung der ausbezahlten Sofortleistung (siehe Artikel 7 A Punkt 6).

2. Ein Anspruch auf Sofortleistung besteht, wenn Folge des Unfalles eine, im Verletzungskatalog, der in der Police enthalten ist (im Folgenden kurz:

Verletzungskatalog), angeführte Verletzung ist und auf Basis der vorgelegten Krankengeschichte davon auszugehen ist, dass die verletzte Person nicht aufgrund der Unfallfolgen im ersten Jahr verstirbt. Im Falle eines Unfalles infolge einer versicherten Sondersportgefahr gemäß Art. 20 besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.

3. Die Sofortleistung wird nur nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte (z.B. ärztlicher Befundbericht, Arztbrief, Entlassungsbericht vom Spital und Röntgen- oder MRT-Befund), welche die eingetretene Verletzung gemäß Verletzungskatalog nachweist, sofort ausbezahlt.

4. Die Höhe der Sofortleistung ergibt sich aus dem Verletzungskatalog und entspricht einem prozentuellen Anteil der Versicherungssummen gemäß Verletzungskatalog.

4.1. Sind mehrere Verletzungen gemäß Verletzungskatalog an unterschiedlichen Körperteilen eingetreten, werden die jeweiligen Sofortleistungen zusammengerechnet.

4.2. Kommt es durch ein Unfallgeschehen zu mehreren Verletzungen an einem Körperteil, wird die Sofortleistung immer für die im Verletzungskatalog am höchsten bewertete Verletzung geleistet.

4.3. Sollten in den uns gemäß Artikel 7 A Punkt 3 vorgelegten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentiert sein, die nahelegen, dass diese an den Unfallfolgen mitgewirkt haben, behalten wir uns vor, den Anspruch auf Sofortleistung durch einen medizinischen Gutachter überprüfen zu lassen. Im Falle einer Mitwirkung der Vorerkrankungen oder Vorverletzungen kommen die in Artikel 26 vorgesehenen sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes zur Anwendung.

4.4. Für Verletzungen einer Wachstumsfuge wird keine Sofortleistung bezahlt.

5. Sollte eine versicherte Person eine Sofortleistung bezogen haben und innerhalb eines Jahres unfallkausal versterben, wird die bereits ausgezahlte Sofortleistung auf eine etwaige Unfalltodzahlung gemäß Artikel 8 angerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Sollte die Unfalltodzahlung gemäß Artikel 8 geringer ausfallen als die bereits gezahlte Sofortleistung, kommt es zu einer Rückforderung der zu viel bezahlten Leistung (in Höhe der Differenz zwischen bezahlter Sofortleistung und der zustehenden Unfalltodzahlung gemäß Artikel 8).

6. Macht die versicherte Person für Verletzungen gemäß Verletzungskatalog, die zur Auszahlung einer Sofortleistung geführt haben, zusätzlich einen Anspruch aus dem Titel Dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 geltend, gilt folgendes:

6.1. Ein Antrag auf Leistung aus Dauernder Invalidität ist binnen 15 Monaten vom Unfalltag an zu stellen (siehe Artikel 7 Punkt 1).

6.2. Die ausbezahlte Sofortleistung wird auf Leistungen, die der versicherten Person aus dem Titel Dauernde Invalidität (Artikel 7) zustehen, angerechnet und dadurch diese Leistungen entsprechend reduziert.

6.3. Die versicherte Person ist berechtigt, die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen vom Versicherer beauftragten Sachverständigen, unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu verlangen (Artikel 7 Punkt 1).

6.3.1. Ergibt sich aus dem Sachverständigengutachten, dass der versicherten Person eine höhere Leistung aus dem Titel Dauernde Invalidität (Artikel 7) als die bereits ausbezahlte Sofortleistung zusteht, wird die Differenz nachbezahlt. Die versicherte Person enthält in diesem Fall die Differenz zwischen der Invaliditätsleistung gemäß Artikel 7 und der bereits ausbezahlten Sofortleistung.

6.3.2. Ergibt sich aus dem Sachverständigengutachten, dass der Anspruch aus dem Titel Dauernde Invalidität (Artikel 7) niedriger als die bereits ausbezahlte Sofortleistung ist, behalten wir uns das Recht vor, die Differenz zurückzufordern.

7. Ist die aufgrund des Unfalles erlittene Verletzung nicht im Verletzungskatalog angeführt, besteht kein Anspruch auf Sofortleistung. Die versicherte Person kann - davon unabhängig - jedoch einen Anspruch gemäß Artikel 7 (Dauernde Invalidität) - unter den in Artikel 7 angeführten Voraussetzungen - geltend machen. Ein Antrag auf Leistung aus Dauernder Invalidität ist binnen 15 Monaten ab dem Unfalltag zu stellen (siehe Artikel 7).

8. Die Sofortleistung wird unabhängig von einem allfälligen Anspruch gemäß Artikel 9 (Unfall-Invaliditäts-Rente) gewährt. Eine Anrechnung einer gewährten Sofortleistung findet nicht statt.

Artikel 8 - Todesfall (Unfalltod)

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

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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 Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität (Artikel 7), Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9) oder Sofortleistungen (Artikel 7A) 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?

Soweit nichts Anderes vereinbart ist, gilt:

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 der versicherten Person - 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 2.5.

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 die versicherte Person 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 die versicherte Person 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 Artikels 26 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 Artikels 29 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 der versicherten Person 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 die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt keine Erwerbstätigkeit aus, tritt anstelle des Taggeldes das Pfl egetaggeld gemäß Punkt 5. In Kraft. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder Hausmänner, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten sowie geringfügig Beschäftigte.

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

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 festzustellen und dem Versicherer 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 die versicherte Person 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 die versicherte Person 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 Privatkrankenanstalten 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 (Ordination 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 Kostenvoranschlages 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.
- Die versicherte Person 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 für die unter Artikel 12, Punkt 2.1.3. und 2.1.4. angeführten Behandlungen nachweisen können, durchgeführt werden.

2.1.6 Psychologische Betreuung (Behandlung)

Abweichend von Artikel 26 Punkt 3.3 gilt:

Ersetzt werden die nachgewiesenen Kosten für eine medizinisch notwendige und ärztlich verordnete psychologische Betreuung und Behandlungen, sofern

- diese aufgrund eines deckungspflichtigen Unfalles ärztlich verordnet werden oder
- eine mitversicherte Person aufgrund eines Unfalles tödlich verletzt wird oder

- die versicherte Person Opfer eines polizeilich dokumentierten Verbrechens geworden ist, und danach eine psychologische Akutbehandlung ärztlich angeordnet wird.
Der Kostenersatz für psychologische Betreuung und Behandlungen ist (pro gemeldeten und vom Versicherer anerkannten Schadenfall) auf insgesamt EUR 500,- begrenzt.

Nicht ersetzt werden:

Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungs- bzw. Aufbaumittel, 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 die versicherte Person

- 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 die versicherte Person 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 der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.

2.3. Transportkosten

Transportkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes der verunfallten versicherten Person von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches die versicherte Person 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 Personen
- 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 sind 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 grob fahrlässigem 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 überhaupt verhinderten 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 die versicherte Person 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 der versicherten Person 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 der versicherten Person nahestehenden Begleitperson (Ehegatte, Elternteil, Kind).

Diese Leistungen sind mit einer Höchstsumme von EUR 300.000,- je Versicherungsfall begrenzt.

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 der im Ausland verunfallten oder erkrankten versicherten Person, durch die verunfallte oder erkrankte versicherte Person 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 der versicherten Person bei der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft

2.2.2. Name, Geburtsdatum und ordentlicher Wohnsitz der versicherten Person

2.2.3. Name, Ort und Telefonnummer des Krankenhauses, in dem sich die versicherte Person befindet, sowie Name, Erreichbarkeit und Verständigungssprache des behandelnden Arztes

2.2.4. Art der Erkrankung oder des Unfalles und gegenwärtiger Krankheitszustand der versicherten Person

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 der versicherten Person 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 zur verunfallten oder erkrankten versicherten Person 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 der versicherten Person, 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. Diese Leistungen sind mit einer Höchstsumme von EUR 30.000,- je Versicherungsfall begrenzt. 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 die versicherte Person im Ausland, oder erleidet sie 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 Police angeführten Höchstbetrag vergütet.

3.1.2. Für Zahnbehandlungen, Zahnröntgen, 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 die versicherte Person infolge Unfall oder Krankheit in medizinisch notwendiger Heilbehandlung in einem Krankenhaus befindet, werden die Kosten bis zu der in der Police angeführten Höchstsumme übernommen.

Hat die versicherte Person 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 Geisteskranke.

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 einer im Ausland verstorbenen versicherten Person

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

5.1.1. Ersetzt werden die Kosten der Überführung einer im Ausland verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die von ihm bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird. Diese Leistungen sind mit einer Höchstsumme von EUR 300.000,-- je Versicherungsfall begrenzt. Bei Nichtinanspruchnahme der vom Versicherer bestimmten Vertragsorganisation sind nur Kosten bis EUR 1.000,-- versichert.

6. Bergung eines Verunfallten (auch durch einen Rettungshubschrauber)

6.1. Welche Kosten werden bei Bergung einer verunglückten versicherten Person ersetzt?

6.1.1. Ersetzt werden die Kosten, die bei der Bergung eines Verunfallten oder in Berg bzw. Wassernot geratenen versicherten Person 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.

Artikel 15 - Mobilitäts-Plus

Zieht sich der Versicherte bei einem bedingungsgemäßen Unfall eine Verletzung gemäß der Punkte 15.1 bis 15.2 zu und/oder wird aufgrund eines bedingungsgemäßen Unfalles ein stationärer Krankenhausaufenthalt gemäß Punkt 15.3 notwendig, wird die jeweilige in der Police dafür vorgesehene Entschädigungssumme ausgezahlt:

15.1. Knochenbruch, Meniskusriss und -teileinriss, Teileinriss Bänder und Sehnen

Knochenabsplittierungen gelten als mitversichert, Fissuren gelten nicht als Knochenbruch.

Die in der Police dafür vorgesehene Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.

15.2. Kompletter Bänder-, Sehnenriss

Die in der Police dafür vorgesehene Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.

15.3. Trostpflaster

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

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 - Knochenbruch

Bei einem Knochenbruch (unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen), wird eine einmalige Pauschalleistung laut Police pro Unfall-

eignis bezahlt.
Knochenabsplitterungen gelten als mitversichert, Fissuren gelten nicht als Knochenbruch.

Artikel 19 - 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 Schutzhand-
schuhe, Lawenschutztausrüstung, 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.)
- Sportartikel , die dem Erhalt, der Verbesserung oder der Kontrolle der körperlichen Fitness und somit der Unfallprävention dienen
(z.B. Lauf- oder Wanderschuhe, Springschnüre, Trainingsgewichte, Therabänder, Balance Boards, Fitnessuhren)

Pro versicherter Person werden alle 3 Jahre bis zu max. EUR 50,- an Kosten an den Versicherungsnehmer rückerstattet (namentliche Rechnungslegung auf Versicherungsnehmer oder versicherte Personen). Sollten mehrere Kinder auf der Police versichert sein, so werden stellvertretend für alle Kinder nur einmalig max. EUR 50,- an Kosten an den Versicherungsnehmer rückerstattet.

Artikel 20 - Sondersportgefahr

1. Nur wenn gesondert vereinbart und auf der Police angeführt („Besondere Sportgefahren Gruppen 1 - 3“) gilt die hobbymäßige Ausübung folgender gefährliche Freizeitaktivitäten im Rahmen der jeweiligen Besonderen Bedingung mit den untenstehenden eingeschränkten Leistungsarten als mitversichert

Besondere Sportgefahren

Gruppe 1:

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

Gruppe 2

Kitesurfen
Tauchen tiefer als 30 bis maximal 60 Meter Tiefe
Canyoning
Wildwasserkanu und -kajak
Downhillmountainbiken, Freeridemountainbiken inkl. Bikeparks und Flowtrails
Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (umfasst sind Vollkontakt Kampfsportarten, Vollkontakt-Karate, Boxen, Kickboxen)

Gruppe 3:

Sondersportgefahr Flugrisiko: Benützung von nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen gemäß Artikel 6 Punkt 5, (z.B. Hängegleiter, Gleitsegler, Drachenflieger, Paragleiter, Freiballon, Segelflieger, Fallschirme) , ausgeschlossen und vom Versicherungsschutz nicht umfasst ist die Benützung von Wingsuits und Base-Jumping

Voraussetzung für die gesonderte Vereinbarung ist die hobbymäßige Ausübung der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivität. Unter hobbymäßiger Ausübung ist zu verstehen, dass die Ausübung nicht beruflich erfolgt bzw. keine Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben, regelmäßigen Leistungsvergleichen, Turnieren oder Wettkämpfen der gefährlichen Freizeitaktivität erfolgt.
Es gelten nur die untenstehenden eingeschränkten Leistungsarten gemäß Artikel 20 als versichert, nicht jedoch Zusatzleistungen gemäß Artikel 21.

Eingeschränkte Leistungsarten:

1.1. Heilkosten:

Sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist, ist die Entschädigungssumme für Heilkosten gemäß Art 12 Punkt 2.1 bei einem bedingungsgemäßen Unfall infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten mit der vereinbarten und in der Police angeführten Versicherungssumme für Unfallkosten, maximal jedoch mit insgesamt EUR 5.000,- begrenzt.

1.2. Bergung inklusive Hubschrauberbergung:

Sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist, steht bei einem bedingungsgemäßen Unfall infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten zusätzlich zu der vereinbarten und in der Police angeführten Versicherungssumme für Unfallkosten ein Betrag von bis zu EUR 10.000,- für Bergungs- und Hubschrauberbergungskosten gemäß Art. 12 Punkt 2.2. zur Verfügung.

1.3. Kosmetische Operationen:

Sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist, steht bei einen bedingungsgemäßen Unfall infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten zusätzlich zu der vereinbarten und in der Police angeführten Versicherungssumme für Unfallkosten ein Betrag von bis zu EUR 10.000,- für kosmetische Operationen gemäß Art. 12 Punkt 2.4.zur Verfügung.

1.4. Unfalltod :

Sofern die Leistungsart Unfalltod gemäß Artikel 8 mitversichert ist, ist die Versicherungssumme für Unfalltod gemäß Artikel 8 infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten mit der vereinbarten und in der Police angeführten Versicherungssumme für Unfalltod, maximal jedoch mit insgesamt EUR 150.000,- begrenzt . Dies gilt selbst dann, wenn mehrere Versicherungen bei der Merkur Versicherung AG eine derartige Deckung je versicherter Person beinhalten sollten.

1.5. Dauernde Invalidität:

Die Versicherungssumme für Dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 aufgrund eines bedingungsgemäßen Unfalls infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten ist mit der der vereinbarten und in der Police angeführten Versicherungssumme für Dauernde Invalidität, maximal jedoch mit insgesamt EUR 100.000,- begrenzt . Die vorgenannten Grenzen gelten auch dann, wenn mehrere Versicherungen bei der Merkur Versicherung AG eine derartige Deckung je versicherter Person beinhalten sollten.

Die vorgenannten Beträge bzw. Versicherungssummen gemäß Punkte 1.1 bis 1.5 können mit keiner anderen Versicherungsdeckung der Merkur Versicherung AG erhöht werden (auch nicht mit den Risiken zur Urlaubsdeckung gemäß Artikel 25 Punkt 12 oder einer Zweitversicherung bei der Merkur Versicherung AG, welche die Sondersportgefahr/Besondere Sportgefahren Gruppe 1-3 beinhaltet). Somit stellen die oben angeführten Summen die maximalen Versicherungssummen bzw. Beträge dar.

1.6. Mobilitäts-Plus:

Sofern der Baustein Mobilitäts-Plus gemäß Artikel 15 mitversichert ist und sofern die in Artikel 15 vorgesehenen Voraussetzungen erfüllt sind, umfasst der Versicherungsschutz bei einem bedingungsgemäßen Unfall infolge Ausübung einer der oben angeführten gefährlichen Freizeitaktivitäten auch die Leistungen des Artikels 15 (Mobilitäts-Plus).

Artikel 21 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Zusatzleistungen

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

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

1.1. Unfall-Nachsorge

Eine Unfallversicherung beinhaltet ein Unfall-Nachsorge Paket. Aus diesem Paket werden folgende Leistungen erbracht: Die Durchführung der nachfolgend angeführten Tätigkeiten muss durch öffentlich anerkannte Stellen erfolgen und die Kosten werden für max. 6 Wochen, beginnend ab dem Unfalltag, insgesamt bis zu dem in der Polizza angeführten Höchstbetrag übernommen. Grundvoraussetzung für einen Leistungsanspruch aus den Punkten 1.1.1. bis 1.1.3 ist, dass sich die versicherte Person unmittelbar nach dem Unfall mindestens 24 Stunden in ununterbrochener stationärer Krankenhausbehandlung befunden hat.

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).

1.1.2. Kinderbetreuung nach Unfall

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und ist nachweislich kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied zur Versorgung von Kindern in der Lage, werden die Kosten für die Betreuung der Kinder ersetzt. Voraussetzung für den Ersatz der Kosten ist zudem, dass die minderjährigen Kinder im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben und im gegenständlichen Vertrag mitversichert sind.

1.1.3. Haustierversorgung nach Unfall

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und ist nachweislich kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied in der Lage, die ebenfalls im gemeinsamen Haushalt in zulässiger Weise gehaltenen Haustiere (Kleintiere wie Hunde, Katzen, Vögel, etc.) zu betreuen, werden die Kosten für die tiergerechte Unterbringung und Versorgung der Haustiere ersetzt. Die Kosten eines etwaigen Tiertransportes zur und von einer Betreuungstätte selbst werden nicht ersetzt.

1.1.4. Kosten für psychotherapeutische und psychologische Beratung nach Unfällen und für Verbrechenopfer

Abweichend vom Artikel 26 Punkt 3.3 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 Polizza angeführten Höchstbetrag ersetzt.

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass bei der versicherten Person aufgrund eines Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt bzw. die versicherte Person einem Verbrechen zum Opfer gefallen ist (Verbrechen muss polizeibehördlich dokumentiert sein).

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

2.1. Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut sowie 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 die Versicherungsleistung dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 oder Todesfall gemäß Artikel 8. erbracht. Die Versicherungssumme ist ident mit der in der Polizza ausgewiesenen Versicherungssumme gemäß Grundleistung. Die maximale Leistung ist jedoch mit EUR 100.000,00 begrenzt.

2.2. Impfschäden

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf dauerhafte Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person auf Lebenszeit infolge einer in Österreich zugelassenen Schutzimpfung gegen Infektionskrankheiten erleidet.

Voraussetzung ist, dass die Schutzimpfung nach Versicherungsbeginn und vor Beendigung des Versicherungsvertrages erfolgt und dass die erstmalige Feststellung der Gesundheitsschädigung durch einen Arzt spätestens 1 Monat nach Durchführung der Schutzimpfungen eintritt.

Eine Leistung wird nur für die Versicherungsleistung dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 oder Todesfall gemäß Artikel 8. erbracht und bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen mit EUR 25.000,- begrenzt. Eine Anspruchstellung für dauernde Invalidität hat gemäß Artikel 7 zu erfolgen. Auf andere vereinbarte Leistungen findet diese Erweiterung keine Anwendung.

2.3. Bewusstseinsstörung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung (ausgenommen infolge Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten gemäß Artikel 25 Punkt 17) erleidet.

2.4. Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

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

2.5. Verschlucken bei Kindern

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

2.6. Röntgenstrahlen

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

2.7. Insektenstiche und Schlangenbisse

Die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten als Unfälle im Sinne des Artikel 6 dieser Bedingungen. Folgen einer Allergie bzw. ein anaphylaktischer Schock gelten keinesfalls als Unfallfolge

2.8. 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 Artikel 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 die versicherte Person 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. Diese Kosten sind mit einer Höchstsumme von EUR 300.000,-- je Versicherungsfall begrenzt.

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 die versicherte Person 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 20.000,--

4. Prämiegutschrift

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

5. Trostpflaster nach stationärem Aufenthalt

Bei einem deckungspflichtigen Unfall und einem dadurch notwendigen durchgehenden stationären Krankenhaus-, Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt von mind. 7 Tagen, wird ein Trostpflaster in der in der Police angeführten Höhe fällig. Diese Leistung wird nur einmalig pro Schadenfall ausbezahlt.

6. Welche Kosten werden für Obliegenheiten übernommen?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der im Artikel 29, Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Artikel 29, 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 Taucherausrüstung 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 tiefer als 30 Meter bis maximal 60 Meter besteht nur dann Versicherungsschutz im Rahmen der Regelungen des Punkt 7.1., wenn mit dem Versicherer eine gesonderte Vereinbarung geschlossen wurde.

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

8. Rooming In

Befindet sich ein versichertes Kind nach einem deckungspflichtigen Unfall, der sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Kindes ereignet hat, in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung, übernimmt der Versicherer die notwendigen Kosten für die Übernachtung eines Erziehungsberechtigten im Spital (Rooming-in) bis zur Höhe von EUR 250,--.

9. Umschulungsmaßnahmen

Der Versicherer ersetzt die notwendigen und nachgewiesenen Kosten einer staatlich anerkannten Umschulungsmaßnahme, sofern - die notwendigen Umschulungsmaßnahmen, die ausschließlich auf die Folgen eines Unfalles der versicherten Person - ohne Mitwirkung von

Krankheiten und/oder Gebrechen gemäß Artikel 26 - zurückzuführen sind und

- die versicherte Person voraussichtlich außerstande ist, ihren zum Unfallzeitpunkt ausgeübten Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt und
- die Umschulungsmaßnahmen innerhalb von 3 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, durchgeführt werden.

Der Kostenersatz für Umschulungsmaßnahmen ist auf insgesamt EUR 5.000,00 begrenzt.

10. Prämienentschuldung bei Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers, werden einmalig pro Vertragslaufzeit die für den Zeitraum der Arbeitslosigkeit fälligen Netto-Monatsprämien für maximal 6 Monate ab Beginn der Arbeitslosigkeit gegen Vorlage einer entsprechenden Bestätigung des Arbeitsmarktservices (AMS) refundiert.

Versichert ist der in der Police angeführte und vor Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 6 Monate berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig auch versicherte Person sein muss. Weiters muss der Vertrag vor Beginn der Arbeitslosigkeit mindestens 6 Monate bestanden haben und darf bei Eintritt der Arbeitslosigkeit kein Prämienrückstand bestehen.

Artikel 22 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter der versicherten Person 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 die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungssummen um 70%.

Diese Reduktion um 70 % 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) oder, sofern es sich bei diesen Kindern um Schüler, Lehrlinge oder Studenten handelt, die ein regelmäßiges Einkommen beziehen, auch wenn diese nicht im gemeinsamen Haushalt des Versicherungsnehmers wohnen,
- und solange die Eltern für diese Kinder Familienbeihilfe beziehen;

in diesen Fällen erfolgt eine Reduktion der Versicherungssummen um 50 %.

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.

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 Anspruchserhebende 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.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 24 - Wer kann nicht versichert werden ?

Personen, die als Berufs-/Profisportler aus ihrer Sportausübung ein Einkommen oder eine Aufwandsentschädigung von mehr als EUR 10.000,- netto pro Jahr erzielen oder von der Österreichischen Sporthilfe, vom österreichischen Bundesheer oder vergleichbaren Institutionen gefördert werden, können nicht versichert werden.

Ferner können nachfolgende Sportler nicht versichert werden:

- Wintersportler, das sind Sportler des nordischen und alpinen Skisports, Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeleton Fahren (hiervon ausgenommen sind Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres) mit Kaderzugehörigkeit im ÖSV oder vergleichbaren Länderorganisationen;
- Sportler, die in der höchsten Spielklasse bzw. Liga der nachfolgenden Sportarten tätig sind: Eishockey, Handball, American Football, Rugby oder Basketball;
- Fußballspieler, die in den zwei höchsten Spielklassen tätig sind;
- Springreiter, die an Wettbewerben ab Klasse S* bzw. an Ausschreibungen für Springen über 1,40m Höhe teilnehmen;
- Sportler in der höchsten Spielklasse bzw. Liga einer sonstigen gefährlichen Sportart.

Artikel 25 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. die die versicherte Person

- als Luftfahrzeugführer eines motorischen Luftfahrzeuges gemäß Artikel 6 Punkt 5 erleidet; oder
- bei der Benützung von nicht-motorischen Luftfahrzeugen gemäß Artikel 6 Punkt 5 erleidet, sofern keine besondere Vereinbarung gemäß Artikel 20 zur Ausübung der Sondersportgefahr Flugrisiko abgeschlossen wurde; oder
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges gemäß Artikel 6 Punkt 5, oder
- bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges gemäß Artikel 6 Punkt 5 auszuübenden beruflichen Tätigkeit, oder
- bei der Benützung von Raumfahrzeugen;

2. die die versicherte Person als Berufs-/Profisportler bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem dazugehörigen Training erleidet.

Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person direkt oder indirekt aus ihrer Sportausübung ein Einkommen oder eine Aufwandsentschädigung von mehr als EUR 10.000,- netto pro Jahr erzielt. Es besteht auch kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als von der Österreichischen Sporthilfe, vom österreichischen Bundesheer oder vergleichbaren Institutionen geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderter Sportart und dem dazugehörigen Training erleidet.

3. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Fahrzeuges an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörenden Trainingsfahrten beteiligt; jedenfalls nicht versichert sind sämtliche Fahrten auf Motocross Strecken;

4. die die versicherte Person bei der Ausübung der Sportarten Freeclimbing, , Bergsteigen / Klettern über Schwierigkeitsgrad VI nach UIAA (Union Internationale des Associations d Alpinisme, Internationale Union der Alpinismusvereinigungen), und/oder über 7000 Höhenmeter, Eisklettern, Houserunning,bzw. der Teilnahme an Expeditionen erleidet;

5. die die versicherte Person beim Tauchen tiefer als 60 Meter Tiefe, Apnoetauchen, Höhlentauchen oder Berufstauchen mit Sprengungen erleidet;

6. die die versicherte Person bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens sowie am dazugehörigen Training für diese Veranstaltungen erleidet, sofern die versicherte Person dem Kader des ÖSV oder vergleichbarer Länderorganisationen angehört. Hiervon ausgenommen sind Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres, für welche Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres besteht;

7. die die versicherte Person bei der Ausübung nachfolgender Sportarten in der höchsten Spielklasse bzw. Liga oder dem dazugehörigen Training dazu erleidet: Eishockey, Handball, American Football, Rugby, Basketball;

8. die die versicherte Person bei der Ausübung des Fußballsports in den zwei höchsten Spielklassen erleidet.

9. die die versicherte Person bei der Ausübung des Springreitens ab Klasse S* oder bei der Teilnahme an Ausschreibungen für Springen über 1,40m Höhe erleidet;

10. die die versicherte Person bei der Ausübung einer anderen als unter Artikel 25 Punkt 1 sowie Punkt 3 bis 9 angeführten sonstigen gefährlichen Sportarten in der höchsten Spielklasse bzw. Liga dieser Sportart oder dem dazugehörigen Training erleidet;

11. die die versicherte Person bei Ausübung der nachfolgenden Sportarten oder den dazugehörigen Trainings im Rahmen der Sportausübung erleidet, es sei denn, es wurde mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung geschlossen, dass Versicherungsschutz besteht:

- Fußball: dritthöchste bis sechstöchste österreichische Spielklasse
- Eishockey: zweithöchste bis vierthöchste österreichische Spielklasse
- Football, Handball, Volleyball, Basketball, Rugby: zweithöchste und dritthöchste österreichische Spielklasse
- Springreiten bis max. Klasse M** und Ausschreibungen für Springen bis max. Höhe 1,40m
- Rennradfahren mit der Teilnahme an Bahn- oder Straßenrennen oder ähnliche Veranstaltungen, Wettkämpfe für den Bereich Bicycle Moto Cross (BMX), Mountainbike, Cross Country.

Hiervon ausgenommen sind Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres, für welche Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres besteht;

12. die die versicherte Person bei der Ausübung der nachstehenden Sportarten erleidet, es sei denn, es wurde mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung nach Artikel 20 geschlossen. Bei einer besonderen Vereinbarung gelten die eingeschränkten Leistungsarten nach Artikel 20.

Besondere Sportgefahren

Gruppe 1:

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

Gruppe 2:

Kitesurfen
Tauchen tiefer als 30 bis maximal 60 Meter Tiefe
Canyoning
Wildwasserkanu und -kajak
Downhillmountainbiken, Freidemountainbiken inkl. Bikeparks und Flowtrails
Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (umfasst sind Vollkontakt Kampfsportarten, Vollkontakt-Karate, Boxen, Kickboxen)

Gruppe 3:

Sondersportgefahr Flugrisiko: Benützung von nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen gemäß Artikel 6 Punkt 5, (z.B. Hängegleiter, Gleitsegler, Drachenflieger, Paragleiter, Freiballon, Segelflieger, Fallschirme) , ausgeschlossen und vom Versicherungsschutz nicht umfasst ist die Benützung von Wingsuits und Base-Jumping

Darüber hinaus gelten auch ohne besondere Vereinbarung folgende Sondersportarten ausschließlich für die Leistungsarten gemäß Artikel 20 versichert, wenn es sich nachweislich um die einmalige Ausübung der nachstehenden Sportarten handelt ("Urlaubsdeckung"):

- Tandemspringen
- Ballonfahren als Begleitperson/ Mitfahrer, nicht jedoch als Ballonführer
- Bungeejumping/Rocketjumping

13. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

14. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:

- Kriegsereignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung,
- bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten,
- Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen,
- Bürgerkrieg,
- Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Rebellen, Aufrührer, Aufständischen daran teilgenommen hat

15. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

16. 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 Strahlenschutzgesetzes verursacht werden, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;

17. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;

18. 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 deckungspflichtigen Unfall veranlasst waren;

Artikel 26 - 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 30% beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnützungsbedingten 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 (ausgenommen sind Behandlungen gemäß Artikel 12 Punkt 2.1.6 und Beratungen gemäß Artikel 21 Punkt 1.1.4).

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. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.

3.7. Für Gesundheitsschädigungen, die auf Grund einer Mangel durchblutung des Gehirns (z.B.: Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mangel durchblutung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 27 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Prämie

Die Prämien sind Jahresbeiträge, die kostenfrei ohne Zuschläge 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 Polizza definierten Anpassungsklausel. Die Wertanpassung kann bei Abschluss des Versicherungsvertrages sowie bis zu ein Monat nach Erhalt der jährlichen Wertanpassungspolizza auf Antrag des Versicherungsnehmers ausgeschlossen werden.

Artikel 28 - Was ist bei Änderung des Wohnsitzes, bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie Freizeitaktivitäten bzw. Sportaktivitäten zu beachten?

Anzeige der Änderung des Wohnsitzes, Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie Freizeitaktivitäten bzw. Sportaktivitäten der versicherten Person.

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung, Freizeitaktivitäten oder Sportaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen, wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrerhöhung im Sinne der §§ 23 oder 27 VersVG verbunden ist. Eine solche erhebliche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalles oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird. 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, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung, Freizeitaktivitäten oder Sportaktivitäten der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif:

- dass die Übernahme der höheren Gefahr nach den im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht möglich ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der höheren Gefahr kündigen. Diese Kündigung muss in geschriebener Form und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat erfolgen.

- eine niedrigere Prämie, so ist ab Zugang der Anzeige an den Versicherer nur diese Prämie zu bezahlen. Im Übrigen kommen in diesem Fall die Bestimmungen des § 41a VersVG zur Anwendung.

- 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, Nebenbeschäftigung, Freizeitaktivität oder Sportaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie. Hierzu werden der Versicherer unverzüglich nach Anzeige des erhöhten Risikos oder sonst erfolgter Kenntniserlangung einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Dazu hat der Versicherer unverzüglich nach Zugang der Anzeige oder sonst erfolgter Kenntniserlangung ein Änderungsangebot und für den Fall der Ablehnung desselben die Kündigung des Versicherungsvertrages in geschriebener Form zu übermitteln. Ein solches Angebot mit Prämienenerhöhung ist vom Versicherer unter Zugrundelegung des im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags geltenden Tarifs des Versicherers zu erstellen.

Ein Angebot des Versicherers zur Änderung des Versicherungsvertrages gilt als abgelehnt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach seinem Zugang vom Versicherungsnehmer angenommen wird. Bei Ablehnung des Änderungsangebots gilt der Versicherungsvertrag als vom Versicherer gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag einen Monat nach Ablauf der Monatsfrist zur Annahme des Änderungsangebots. Im Änderungsangebot hat der Versicherer auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hinzuweisen.

2. Die Beendigung des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung der versicherten Person, insbesondere Karenzierung, Arbeitslosigkeit und Pension, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

3. Die Änderung des Wohnsitzes ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen (siehe Artikel 1).

Artikel 29 - 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 28.

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, in geschriebener Form 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 die versicherte Person 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 Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.6. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person 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 der versicherten Person, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

2.7. 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 der versicherten Person einzusenden.

2.8. Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente ist dem Versicherer die im Artikel 9, Punkt 6 genannte Bescheinigung vorzulegen.

2.9. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

2.10. 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 der versicherten Person einzusenden.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 30 - Was gilt als Versicherungsperiode?

Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.

Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr.

Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizze ausgewiesene Vertragsdauer endet.

Artikel 31 - Wann endet der Vertrag (Ablaufkündigung, Verlängerung, Erlöschen des Vertrages)?

1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein (1) Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.

2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein (1) Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.

2.1. Die Vertragsdauer verlängert sich aber jeweils automatisch um ein (1) weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen (1) Monat vor Ablauf gekündigt wird (Ablaufkündigung).

Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragsdauer unter Beachtung der genannten ein-monatigen Kündigungsfrist zur Verfügung.

2.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens vier (4) Monate, spätestens aber drei (3) Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber informieren und besonders hinweisen wird,

2.2.1. dass sich der Vertrag automatisch um ein (1) Jahr verlängert, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht kündigt,

2.2.2. dass es zur Verhinderung dieser Vertragsverlängerung notwendig ist, dass der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigt, und zwar durch eine Erklärung an den Versicherer, dass er den Vertrag kündigt,

2.2.3. dass die Frist zur Kündigung für diese Kündigung offen ist und spätestens ein (1) Monat vor Ablauf endet, und

2.2.4. welche Rechtsfolgen die Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie die Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung haben.

3. Wenn die versicherte Person verstirbt, erlischt der Vertrag in Bezug auf diese verstorbene versicherte Person. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 32 - 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 §§ 74-80 VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, 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 33 - 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 Versicherungsnehmer bei dem für seinen Wohnsitz zuständigen Gericht gemäß § 14 KSchG erheben.

Artikel 34 - In welcher Form sind Erklärungen abzugeben?

Form der Erklärungen

1. Für alle Ihre Mitteilungen und Erklärungen ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Schriftform bedeutet das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder eine qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 SVG. Für geschriebene Form ist keine Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur erforderlich, wenn aus der Erklärung die Person des Erklärenden hervorgeht.

Haben wir mit Ihnen ausdrücklich und gesondert eine elektronische Kommunikation gemäß § 5a VersVG vereinbart, so regelt diese die Form und die Übermittlung von Erklärungen.
Wenn wir uns auf die Unwirksamkeit einer nicht in der vereinbarten Schriftform abgegebenen Erklärung berufen wollen, so haben wir dies dem Erklärenden unverzüglich nach dem Zugang der Erklärung mitzuteilen. Dem Erklärungsempfänger steht es dann frei, das Formgebühren binnen 14 Tagen durch Absendung einer schriftlichen Erklärung fristwährend zu beseitigen.

2. Sie können jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die Sie mit Bezug auf den Vertrag abgegeben haben. Die Kosten dieser Abschriften haben Sie zu tragen und auf Verlangen vorzuschließen.

Artikel 35 - 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.

Artikel 36 - Sanktionsklausel

Es besteht - unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen - Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

Abschnitt F: Familienunfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2023) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Im Rahmen der Familienunfallversicherung sind neben dem Erwachsenen bzw. 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 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 Unfalldes getroffen wurde, ist zum Empfang der Unfalldleistung 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: Kollektivunfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2023) 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 Personen.

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 Personen den Betrag von EUR 2.000.000,00 so wird die Leistung für jede einzelne versicherte Person im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

2.3. Erlöschen des Versicherungsschutzes

Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für die einzelne versicherte Person 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 24 AUVB versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang.

Die Zuordnung der versicherten Personen 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 24 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 H: Gesundheitsberufe - Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe

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

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

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2023) 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 Artikel 7 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 "Optimum"

Sofern mit dem Versicherungsnehmer die Variante „Optimum“ vereinbart wurde, gilt Folgendes:

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der folgenden Darstellung errechnet:

Invaliditätsgrad				Bemessungsgrundlage	
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%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe, wobei jene Grade des Invaliditätsgrades, die über 50% liegen, für die Berechnung vervierfacht werden	

Wie ändert sich die Invaliditätsberechnungsgrundlage aufgrund der Progression?

IG	L	IG	L	IG	L	IG	L
1%	0,5%	26%	26%	51%	54%	76%	154%
2%	1%	27%	27%	52%	58%	77%	158%
3%	1,5%	28%	28%	53%	62%	78%	162%
4%	2%	29%	29%	54%	66%	79%	166%
5%	2,5%	30%	30%	55%	70%	80%	170%
6%	3%	31%	31%	56%	74%	81%	174%
7%	3,5%	32%	32%	57%	78%	82%	178%
8%	4%	33%	33%	58%	82%	83%	182%
9%	4,5%	34%	34%	59%	86%	84%	186%
10%	5%	35%	35%	60%	90%	85%	190%
11%	11%	36%	36%	61%	94%	86%	194%
12%	12%	37%	37%	62%	98%	87%	198%
13%	13%	38%	38%	63%	102%	88%	202%
14%	14%	39%	39%	64%	106%	89%	206%
15%	15%	40%	40%	65%	110%	90%	210%
16%	16%	41%	41%	66%	114%	91%	214%
17%	17%	42%	42%	67%	118%	92%	218%
18%	18%	43%	43%	68%	122%	93%	222%
19%	19%	44%	44%	69%	126%	94%	226%
20%	20%	45%	45%	70%	130%	95%	230%
21%	21%	46%	46%	71%	134%	96%	234%
22%	22%	47%	47%	72%	138%	97%	238%
23%	23%	48%	48%	73%	142%	98%	242%
24%	24%	49%	49%	74%	146%	99%	246%
25%	25%	50%	50%	75%	150%	100%	250%

Legende: IG - ärztlich festgestellter Invaliditätsgrad
L - Leistung entsprechend der Versicherungssumme

Rechenbeispiel: Bei einer Invalidität von bspw. 6% erhalten Sie 3% der Versicherungssumme. Das entspricht bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,00 einer Versicherungsleistung von EUR 3.000,00.

Variante "Optimum Plus"

Sofern mit dem Versicherungsnehmer die Variante „Optimum Plus“ vereinbart wurde, gilt Folgendes:

Die entsprechende Versicherungsleistung wird aus Invaliditätsgrad und Versicherungssumme entsprechend der folgenden Darstellung errechnet:

Invaliditätsgrad				Bemessungsgrundlage	
von	0,1%	bis	50,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe	
über	50,0%	bis	100,0%	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe, wobei jene Grade des Invaliditätsgrades, die über 50% liegen, für die Berechnung vervierfacht werden	

Wie ändert sich die Invaliditätsberechnungsgrundlage aufgrund der Progression?

IG	L	IG	L	IG	L	IG	L
1%	1%	26%	26%	51%	54%	76%	154%
2%	2%	27%	27%	52%	58%	77%	158%
3%	3%	28%	28%	53%	62%	78%	162%
4%	4%	29%	29%	54%	66%	79%	166%
5%	5%	30%	30%	55%	70%	80%	170%
6%	6%	31%	31%	56%	74%	81%	174%
7%	7%	32%	32%	57%	78%	82%	178%
8%	8%	33%	33%	58%	82%	83%	182%
9%	9%	34%	34%	59%	86%	84%	186%
10%	10%	35%	35%	60%	90%	85%	190%
11%	11%	36%	36%	61%	94%	86%	194%
12%	12%	37%	37%	62%	98%	87%	198%
13%	13%	38%	38%	63%	102%	88%	202%
14%	14%	39%	39%	64%	106%	89%	206%
15%	15%	40%	40%	65%	110%	90%	210%
16%	16%	41%	41%	66%	114%	91%	214%
17%	17%	42%	42%	67%	118%	92%	218%
18%	18%	43%	43%	68%	122%	93%	222%
19%	19%	44%	44%	69%	126%	94%	226%
20%	20%	45%	45%	70%	130%	95%	230%
21%	21%	46%	46%	71%	134%	96%	234%
22%	22%	47%	47%	72%	138%	97%	238%
23%	23%	48%	48%	73%	142%	98%	242%
24%	24%	49%	49%	74%	146%	99%	246%
25%	25%	50%	50%	75%	150%	100%	250%

Legende: IG - ärztlich festgestellter Invaliditätsgrad

L - Leistung entsprechend der Versicherungssumme

Rechenbeispiel: Bei einer Invalidität von bspw. 78% erhalten Sie 162% der Versicherungssumme. Das entspricht bei einer Versicherungssumme von EUR 100.000,00 einer Versicherungsleistung von EUR 162.000,00.

1.1. Sollte sich ohne Berücksichtigung der verbesserten Gliedertaxe (Berechnung laut Artikel 7 Punkt 2.1 AUVB) eine höhere Entschädigungsleistung ergeben, so gelangt diese zur Anwendung.

1.2. Die Leistungserweiterungen aufgrund der verbesserten Gliedertaxe haben nur Gültigkeit, solange die versicherte Person den Gesundheitsberuf tatsächlich ausübt.

1.3. Die verbesserte Gliedertaxe gilt für die Bemessung der Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9 der AUVB) in keinem Fall. Falls im Vertrag Sondersportgefahren 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 Sondersportgefahren 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 finden auf die Gesundheitsberufe 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.

Gesetzestexte

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 in der jeweils geltenden Fassung) und Signatur- und Vertrauensdiensteleistungsgesetz (SVG).

§ 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.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die dem dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende 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 tarifmäßig 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.

(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.

(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.

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

(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.

§ 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.

(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.

§ 24. (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.

(2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25. (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

(3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26. Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt wird.

§ 27. (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis

erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28. (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29. Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, daß das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30. Die Vorschriften der §§ 25 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 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.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls 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.

(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.

(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.

(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.

(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.

(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.

§ 74. (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer abschließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung).

(2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, daß der Vertragsschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

§ 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.

(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.

§ 76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, dem Insolvenzverwalter beziehungsweise dem Treuhänder der Gläubiger den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§ 79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, daß der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

§ 80. (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, daß die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.

(2) Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, daß unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, daß fremdes Interesse versichert 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.

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

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

Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG)

§ 4. (1) Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesondere solche, die die Beziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.