

Allgemeine Zurich Bedingungen für die Unfall-Versicherung (AUVB 2015)

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt. Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalls versichert ist. Bezugsberechtigter ist eine Person, die vom Versicherungsnehmer für den Empfang der Versicherungsleistung benannt wird,
Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sich diese auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Wichtiger Hinweis: Einzelne Regelungen der nachfolgenden AUVB verweisen ausdrücklich auf Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) oder andere gesetzliche Bestimmungen. Gesetzesstellen des VersVG oder anderer Gesetze, auf die im Rahmen der AUVB verwiesen wird, sowie andere wichtige Bestimmungen des VersVG sind im Anhang zu den AUVB in vollem Wortlaut wiedergegeben.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?

Art. 1: Gegenstand der Versicherung

Was gilt als Versicherungsfall?

Art. 2: Versicherungsfall

Wo gilt die Versicherung?

Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich

Wann gilt die Versicherung?

Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich

Wann beginnt die Versicherung?

Art. 5: Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

Was ist ein Unfall?

Art. 6: Begriff des Unfalls

Abschnitt B: Versicherbare Leistungen

Was kann versichert werden?

Art. 7: Dauernde Invalidität

Was zahlen wir zusätzlich?

Art. 8: Unfallgeld

Wie sind die Versicherungssummen vom Alter der versicherten Person abhängig?

Art. 9: Todesfall

Wann sind unsere Leistungen fällig?

Art. 10: Taggeld

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet ein Schiedsgutachter?

Art. 11: Spitalgeld mit Schmerzzuschlag

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Art. 12: Unfallkosten

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Was ist bei Änderung des Berufes/der Beschäftigung zu beachten?

Art. 13: Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Borreliose

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?
Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?

Art. 14: Zusatzleistungen

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?

Art. 15: Versicherungssummen, Altersgrenzen

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Art. 16: Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung

Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Art. 17: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

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

Art. 18: Ausschlüsse

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Art. 19: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten

Anhang:

Art. 21: Obliegenheiten

Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer

Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages

Art. 24: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

Art. 25: Anzuwendendes Recht

Art. 26: Form der Erklärungen

Rententafel

Abschnitt A:

Versicherungsschutz

Artikel 1 Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B.

Die tatsächlich vereinbarten Versicherungsleistungen und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Versicherungsvertrag.

Artikel 2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art 6).

Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich

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

Artikel 5 Prämie, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Prämie und Zahlungsverzug

1.1. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer gegen Übermittlung der Polizze innerhalb von 14 Tagen nach

- Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung)
- und
- Aufforderung zur Prämienzahlung, welche auf die Rechtsfolgen des § 38 Abs 1 und Abs 2 VersVG (Rücktrittsrecht und Leistungsfreiheit des Versicherers bei Erstprämienverzug sowie die dafür geltenden gesetzlichen Voraussetzungen) verweist

zu bezahlen (Einhaltung der Polizze).

1.2. Die Folgeprämien einschließlich Versicherungssteuer sind zum vereinbarten, in der Polizze angeführten Fälligkeitstermin, bei vereinbarter Teilzahlung zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen, zu entrichten

1.3. Zahlungsverzug kann zur Leistungsfreiheit des Versicherers und weiteren Rechtsfolgen führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sowie sonstige Rechtsfolgen sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG im Anhang).

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, wenn der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie einschließlich Versicherungssteuer

- innerhalb der 14-Tages-Frist des Pkt. 1.1. oder
- nach Ablauf der in Pkt. 1.1. angeführten 14- Tage-Frist ohne schuldhaften Verzug, bezahlt.

Bei schuldhaftem Verzug mit der Bezahlung der Prämie besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Prämienzahlung. Bei Zahlungsverzug mit einem Teil der Prämie sind zusätzlich die Bestimmungen des § 39a VersVG maßgebend.

3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz jedenfalls schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, so tritt diese, wenn sie nicht gemäß den in Punkt 3.1. oder 3.2. enthaltenen Regelungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt endet, jedenfalls und spätestens mit Ablauf einer vereinbarten Befristung derselben außer Kraft.

3.1. Kommt der beantragte Versicherungsvertrag zustande, endet die Vorläufige Deckung:

- 3.1.1. mit jenem Zeitpunkt, in welchem eine Kündigung der Vorläufigen Deckung wirksam wird (der Versicherer hat im Falle der Kündigung der Vorläufigen Deckung die geschriebene Form sowie eine Frist von mindestens 14 Tagen zwischen Zugang und Wirksamkeit der Kündigung zu wahren);

ist eine solche Kündigung nicht erfolgt:

- 3.1.2. mit vereinbartem Versicherungsbeginn, wenn die erste oder einmalige Prämie fristgerecht (Punkt 1.1.) oder danach ohne schuldhaften Verzug bezahlt wird. Liegen auch die in Pkt. 3.1.2. angeführten Umstände nicht vor:

- 3.1.3. mit Ablauf der Frist von 14 Tagen ab Abschluss des Versicherungsvertrages und Aufforderung zur Prämienzahlung einschließlich Rechtsfolgenbelehrung (Punkt 1.1.):

3.2. Kommt der beantragte Versicherungsvertrag nicht zustande, endet die Vorläufige Deckung:

- 3.2.1. mit jenem Zeitpunkt, in welchem eine Kündigung der Vorläufigen Deckung wirksam wird (der Versicherer hat im Falle der Kündigung der Vorläufigen Deckung die geschriebene Form sowie eine Frist von 14 Tagen zwischen Zugang und Wirksamkeit der Kündigung zu wahren):

ist eine solche Kündigung nicht erfolgt:

- 3.2.2. mit Zugang einer ausdrücklichen Ablehnung des Vertragsabschlusses durch eine der („Vertrags“-)Parteien in geschriebener Form;

ist auch eine solche Ablehnung nicht erfolgt:

- jedenfalls und spätestens
- 3.2.3. bei Abgabe einer Erklärung, während einer bestimmten Frist an den Versicherungsantrag gebunden zu sein: mit Ablauf dieser Bindungsfrist. Wurde eine solche Erklärung nicht abgegeben, so endet die Vorläufige Deckung jedenfalls und spätestens sechs Wochen nach Zugang des Antrags an den Erklärungsempfänger.
- 3.3. Dem Versicherer gebürt im Falle einer Vorläufigen Deckung die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6

Begriff des Unfalles

- Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person durch ein Unfallereignis bei rechtmäßiger Abwehr einer gegenwärtigen oder unmittelbar drohenden Gefährdung eigenen oder fremden Lebens, Gesundheit, Freiheit oder Eigentums erleidet, gelten jedenfalls unfreiwillig erlitten.

- Als Unfall gelten auch folgende, unfreiwillig erlittene Ereignisse:
 - Ertrinken
 - 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. Ausgeschlossen sind je- doch die Folgen der unabsichtlichen Einnahme verdorbener, bakteriell oder virologisch belasteter Lebensmittel (z.B. Nahrungsmittel-vergiftung, Salmonelleninfektion).
 - Folgen des Verschluckens von Gegenständen und Vergiftungen aller Art bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr
 - Infektionen durch Tierstiche und Tierbisse. Krankheitsübertragungen infolge von Insektenstichen oder Tierbissen (wie z.B. Malaria, Flecktyphus usw.) sowie allergische Reaktionen gelten in keinem Fall als Unfall oder Unfallfolgen.
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich abnützungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 19 Pkt. 2, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.

- Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut gilt Art. 13.

- Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorisch betriebenen Luftfahrzeugen (im Sinne des Luftfahrtgesetzes in der jeweils gültigen Fassung), welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet. Unfälle, die den Ausschlussstatbestand des Art. 18.1 erfüllen, gelten keinesfalls als Unfall, den die versicherte Person als Fluggast erleidet.

Abschnitt B:

Versicherungsleistungen

Die Versicherung kann abgeschlossen werden für

- dauernde Invalidität (Art. 7)
- Unfallgeld (Art. 8)
- den Todesfall (Art. 9)
- Taggeld (Art. 10)
- Spitalgeld mit Schmerzzuschlag (Art. 11)
- Unfallkosten (Art. 12)

Artikel 7

Dauernde Invalidität

- Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden.

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

- Art der Leistung:

Die Art der Invaliditätsleistung (Leistung als Kapitalbetrag oder in Rentenform) richtet sich nach der mit uns getroffenen Vereinbarung.

Für Unfälle, die versicherte Personen ab Vollendung des 75. Lebensjahres erleiden, wird eine Invaliditätsleistung aber ausschließlich in Form einer Rente erbracht.

Diese Rente ist nach der im Anhang beigefügten Rententafel unter Zugrundelegung des vom Versicherten am Unfalltag vollendeten Lebensjahres zu bemessen. Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Zahlung eines Kapitalbetrages zu erbringen wäre.

- Höhe der Leistung:

- Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	80%
eines Daumens	20%

eines Zeigefingers	10%	4. Stirbt der Versicherte
eines anderen Fingers	5%	4.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
eines Beines	70%	4.2 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.
einer großen Zehe	5%	
einer anderen Zehe	2%	
der Sehkraft beider Augen	100%	4.3 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.
der Sehkraft eines Auges	50%	
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%	
des Gehörs beider Ohren	70%	
des Gehörs eines Ohres	35%	
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%	
des Geruchssinnes	10%	
des Geschmackssinnes	10%	
des Magens	20%	
der Milz	10%	
der Niere	20%	
der Stimme	30%	
der weiblichen Brust (je Seite)	15%	
des männlichen Geschlechtsorgans (Penis)	30%	

Wenn die Funktion der zweiten Niere bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit beeinträchtigt war oder durch denselben Unfall auf Lebenszeit ebenfalls beeinträchtigt wird, ist bei der Bemessung der Dauernden Invalidität hinsichtlich der Nieren ausschließlich Pkt. 3.3 anzuwenden.

- 3.2 Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung der in Pkt. 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 3.3 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.
- 3.4 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall auf Lebenszeit in ihrer Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen. Diese Vorinvalidität ist hinsichtlich der in Pkt. 3.1 angeführten Körperteile oder Sinnesorgane nach den im genannten Punkt angeführten Modalitäten zu bemessen, hinsichtlich anderer Körperteile oder Sinnesorgane nach Pkt. 3.3.
- 3.5 Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 3.6 Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
- 3.7 Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

4. Stirbt der Versicherte
- 4.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- 4.2 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.
- 4.3 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.

Artikel 8 Unfallgeld

Unfallgeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität unter der Voraussetzung einer dadurch verursachten, ärztlich bestätigten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person von zumindest 3 Kalendertagen längstens für die Dauer von 3 Wochen (21 Kalendertagen) ab dem Unfalltag in nachstehendem Ausmaß erbracht.

- bei einer ärztlich bestätigten vollständigen Arbeitsunfähigkeitsdauer bis zu einer Woche wird das vereinbarte Unfallgeld gezahlt;
- bei einer ärztlich bestätigten vollständigen Arbeitsunfähigkeitsdauer bis zu 2 Wochen wird das Vierfache des vereinbarten Unfallgeldes gezahlt;
- bei einer ärztlich bestätigten vollständigen Arbeitsunfähigkeitsdauer bis zu 3 Wochen wird das Zehnfache des vereinbarten Unfallgeldes gezahlt.

Artikel 9 Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.
3. Im Falle unserer Verpflichtung zur Auszahlung der für den Todesfall vereinbarten Summe werden zusätzlich zur Leistung gemäß Pkt. 1 die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt. Der Kostenersatz ist mit 10% der für den Fall des Todes versicherten Summe begrenzt.
4. Für Personen unter 19 Jahren ist die Versicherung einer für den Todesfall zu bezahlenden Summe nicht möglich. Deshalb ungeachtet werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der Leiche und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.

Artikel 10

Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der dadurch verursachten vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Artikel 11

Spitalgeld mit Schmerzzuschlag

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Schmerzzuschlag: Ab dem 15. Kalendertag ununterbrochener stationärer Behandlung erhöht sich die Leistung für Spitalgeld auf 200%.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten. Darüber hinaus gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke, unheilbar chronisch Erkrankte sowie für Nerven- und Geisteskranke nicht als Spitäler.
4. Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes infolge Unfall oder Krankheit werden die täglichen Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses übernommen.

Artikel 12

Unfallkosten

1. Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren (Kosten für kosmetische Operationen gemäß Pkt. 2.4: innerhalb von 4 Jahren) vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Dritten Ersatz zu leisten ist.

2. **Unfallkosten** sind:

- 2.1. **Heilkosten**,

die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren; hiezu zählen auch aufgewendete Kosten der nach ärztlicher Verordnung notwendigen Rehabilitation.

Heilkosten sind auch die medizinisch und wirtschaftlich notwendigen Kosten

- des Verletztentransportes zur Erstbehandlung oder zu weiteren Behandlungen durch einen Arzt oder im Krankenhaus (sofern die versicherte Person gehunfähig ist)

- der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes (bei bereits vor dem Unfall wurzelbehandelten und/oder überkronten Zähnen findet Art 19 Pkt 2 sinngemäß Anwendung) sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Für versicherte Kinder tritt hinsichtlich der Kosten für die erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes an Stelle der in Punkt 1. angeführten Frist folgende Regelung: Die aufgewandten Kosten müssen bis zur Vollsiedlung des 18. Lebensjahres aufgelaufen sein.

Kosten der Sonderklasse in Spitätern, Krankenanstalten, Rehabilitationszentren, privaten Sanatorien, sowie private Operations- und Ordinationskosten und Kosten der privaten Physiotherapie, werden nicht ersetzt. Auch Kosten für Behandlungen, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind (alternativmedizinische Behandlungen), werden nicht ersetzt.

Kosten für Bade- und Erholungsaufenthalte und/oder -reisen sowie Kuraufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

- 2.2. **Bergungskosten**,

die notwendig werden, wenn die versicherte Person

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

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu jenem Spital, das dem Unfallort am Nächsten gelegen ist.

- 2.3. **Rückholkosten**,

das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum dem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

- 2.4. **Kosten für kosmetische Operationen**

Wenn Unfallkosten versichert sind, steht die für Unfallkosten vereinbarte Versicherungssumme zusätzlich für Kosten kosmetischer Operationen zur Verfügung. Kosten für kosmetische Operationen sind Kosten, die aus ärztlicher Sicht notwendig werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wurde, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild auf Lebenszeit beeinträchtigt ist. Unterzieht

sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen nach Abschluss der Heilbehandlung einer kosmetischen Operation, werden die dafür aufgewendeten Kosten für Arzthonorar, Medikamente, und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in einem Spital bezahlt. Nicht ersetzt werden die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes.

Für versicherte Kinder tritt bei Kosten für kosmetische Operationen an Stelle der in Punkt 1. angeführten Frist von 4 Jahren folgende Regelung: Die aufgewandten Kosten müssen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres aufgelaufen sein.

Artikel 13 Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis; Borreliose

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

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

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 100.000,00 begrenzt.

Artikel 14 Zusatzleistungen

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21, Pkt. 2, Obliegenheiten, bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Art. 21, Pkt. 2.1, Pkt. 2.2, Pkt. 2.4.und Pkt. 2.5.

Artikel 15 Versicherungssummen, Altersgrenzen

Kinder, im Rahmen einer Kinderunfall- oder Familienunfallversicherung (für letztere ist vorausgesetzt, dass mindestens eine unfallversicherte Person im Antragszeitpunkt das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat), sind über das 19. Lebensjahr, längstens bis Vollendung des 27. Lebensjahrs, hinaus versichert, wenn die Antragstellung vor Vollendung des 19. Lebensjahrs lag und das versicherte Kind zum Unfallzeitpunkt

- nachweislich SchülerIn oder StudentIn,
- im Haushalt der Eltern oder eines Elternteiles gemeldet ist,
- keine wie immer gearteten Einkünfte aus einer Berufsausübung oder Unternehmertätigkeit erhält.

Der Versicherungsschutz für das versicherte Kind endet mit Wegfall einer der Voraussetzungen, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Artikel 16 Fälligkeit der Versicherungsleistung und Verjährung

1. Die Versicherungsleistung wird nach Abschluss der für ihre Feststellung notwendigen Erhebungen fällig. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Artikel 7 Punkte 3.6 und 3.7 zu beachten.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Eintrittspflicht des Versicherers fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monates nach Eingang der Schadensanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.

Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist Artikel 7, Punkte 3.6 und 3.7 zu beachten.

4. Für die Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag gilt § 12 VersVG.

Artikel 17 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der jeweilige Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insoweit abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Rahmen kann die Entscheidung des Schiedsgutachters auch gerichtlich überprüft werden und erfolgt die Feststellung dann durch Urteil. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie verzögert.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, so hat dies unter Bekanntgabe seiner Forderung bzw Auffassung und unter Vorlage einer diese Forderung/Auffassung begründen-

den medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.

4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in die österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die österreichische Liste der allgemein beeideten und gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.
5. Der Schiedsgutachter hat über die strittigen Punkte im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird über Antrag des Anspruchsberechtigten und/oder des Versicherers (die Parteien können sich bei dieser Antragstellung von den im Anlassfall beigezogenen Gutachterärzten vertreten lassen) ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
6. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 21 Punkt 2.3. bis 2.6. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
7. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten. Im Gutachten ist die getroffene Entscheidung schriftlich zu begründen, wobei sich die Begründung auch mit den im Anlassfall bereits vorliegenden medizinischen Gutachten auseinanderzusetzen hat.
8.
 - 8.1. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein.
 - 8.2. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung

des Schiedsgutachters (siehe Punkt 2.) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 18 Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Unfälle,

1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer) soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;
2. bei Fahrten auf Rennstrecken, die nicht für den öffentlichen Verkehr zugelassen sind oder bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten; dazu zählen nicht die Teilnahme an Fahrsicherheitstrainings und – das nicht vereinsmäßig betriebene - Go-Cart-Fahren;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyle, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem darauf bezüglichen Training. Entgeltlichkeit der sportlichen Betätigung liegt vor, wenn die versicherte Person dafür Geldleistungen oder vermögenswerte Sachleistungen erhält, welche einen Betrag oder Wert von 5.000,00 Euro pro Kalenderjahr übersteigen. Dies gilt auch, wenn diese Leistungen als Aufwandsersatz bezeichnet sind. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als von der Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart und dem darauf bezüglichen Training, erleidet.
5. bei der Ausübung folgender gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten: Klettern ab Schwierigkeitsgrad V gemäß der UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme)-Skala, sowie auf Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad E, Free-Climbing, Kite-Sportarten, Blob-Jumping, Teilnahme an Mountainbike-Wettkämpfen, Teilnahme an Expeditionen, Eisfallklettern, Höhlen-, Wrack- und Eistauchen, Vollkontakt-Kampfsportarten (z.B. Boxen, Karate, etc.)
6. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
7. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art (mit oder ohne Kriegserklärung) zusammenhängen;
8. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
9. 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,
 - außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
10. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung erleidet. Versichert sind allerdings Unfälle infolge kurzfristiger Bewusstseinsstörungen sowie als Folge eines Kreislaufkollapses, ohne zugrunde liegender neurologische Grunderkrankung oder ohne zugrunde liegende Stoffwechselstörung, eintreten. Der Ausschlussstatbestand des Punktes 11. findet allerdings auch in den von Punkt 10. umfassten Fällen uneingeschränkt Anwendung.
11. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet. Eine solche wesentliche Beeinträchtigung liegt bei einem Lenker eines Kraftfahrzeuges jedenfalls ab einem Blutalkoholwert von 0,8% im Zeitpunkt des Versicherungsfalls vor.
12. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Artikel 19 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinausgehend gilt:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionsfähigkeit betroffen sind, die schon vorher auf Lebenszeit beeinträchtigt waren (siehe dazu im Einzelnen Art. 7, Pkt.3.4).
2. Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankheitswertige Abnützungerscheinungen, wie beispielsweise Arthrosen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich
 - im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades
 - bei allen anderen Versicherungsleistungen die jeweilige Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mandeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B.

Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.

4. 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.
5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschämmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
6. 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.
7. Ist bei Benutzung eines Kraftfahrzeugs das Anlegen eines Sicherheitsgurtes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallszeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich sämtliche zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%.
8. Ist bei Verwendung eines Fahrzeugs das Tragen eines Sturzhelmes gesetzlich oder behördlich vorgeschrieben und wurde seitens des Versicherten dieser für ihn geltenden Verpflichtung im Unfallszeitpunkt nicht entsprochen, reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen, sämtliche für diese Verletzungen und deren Folgen zu erbringende Versicherungsleistungen um 25%

Abschnitt D:

Pflichten des Versicherungsnehmers

Die Bestimmungen über die Prämienzahlungspflicht finden sich in Art. 5.

Artikel 20 Anzeige, Prämienanpassung, Leistungsbemessung und Kündigung bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten;

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit/Beschäftigung oder im Antrag anzugebender besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten einer versicherten Person, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eintreten, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

2. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten einer versicherten Person nach dem dem Vertrag im Abschlusszeitpunkt zugrundeliegenden Tarif des Versicherers:
 - eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
 - eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab welchem dem Versicherer die Anzeige zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit/ Beschäftigung oder die neuen besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer – dem höheren Risiko – angepassten Prämie. Hierzu wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer nach Meldung des erhöhten Risikos einen Anpassungsvorschlag übermitteln. Ein solcher Vorschlag zur Prämienhöhung ist vom Versicherer unter Zugrundelegung des im Abschlusszeitpunkt geltenden Tarif des Versicherers innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an in geschriebener Form zu unterbreiten, in welchem er von der Änderung der in Punkt 1. angeführten Umstände Kenntnis erlangt hat.

Zum Nachteil des Versicherers nicht unverzüglich oder unrichtig erstattete Anzeigen sowie der Umstand, dass zwischen den Parteien keine Einigung über die vom Versicherer fristgerecht vorgeschlagene höhere Prämie innerhalb der vorerwähnten 3-Monats-Frist erzielt werden konnte, berechtigen den Versicherer, für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der 3-Monats-Frist eintreten, die zu erbringenden Leistungen solcherart zu bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätszen des im Vertragsabschlusszeitpunkt geltenden Versicherungstarifs und unter Zugrundelegung der im Zeitpunkt des Versicherungsfalles tatsächlich zwischen den Parteien vereinbarten Prämie ergeben. Eine solche Kürzung der Versicherungssummen anlässlich der Entschädigungsbemessung tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer beweist,

- dass die Unrichtigkeit oder das Unterbleiben der erforderlichen unverzüglichen Anzeige nicht auf seinem Verschulden beruht; oder
 - dass die anzugegenden Umstände und eine mit diesen einhergehende Gefahrerhöhung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder inwieweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt haben; oder
 - dass zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Unterbreitung eines Vorschlags zur Vereinbarung einer höheren Prämie abgelaufen und eine solcher Vorschlag nicht erfolgt war.
3. Wird eine durch die neue Berufstätigkeit/ Beschäftigung oder die neuen besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person bewirkte höhere Gefahr nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden

Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, kann der Versicherer innerhalb eines Monates von dem Zeitpunkt an, in welchem er von dem für die höhere Gefahr erheblichen Umstand Kenntnis erlangt hat, den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat in geschriebener Form kündigen.

Zum Nachteil des Versicherers nicht unverzüglich oder unrichtig erstattete Anzeigen bewirken bei Konstellationen, welche Punkt 3. unterliegen, Leistungsfreiheit des Versicherers, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach jenem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer zugehen müssen. Diese Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer beweist,

- dass die Unrichtigkeit oder das Unterbleiben der erforderlichen unverzüglichen Anzeige nicht auf seinem Verschulden beruht; oder
- dass dem Versicherer die anzugegenden Umstände in dem Zeitpunkt bekannt waren, in welchem ihm die Anzeige zugehen müssen; oder
- dass die anzugegenden Umstände und eine mit diesen einhergehende Gefahrerhöhung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder inwieweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt haben; oder
- dass zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt war.

Artikel 21 Obliegenheiten

1. Obliegenheit zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr

Für den Fall der Verletzung nachstehender Obliegenheit wird Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe des § 6 Abs. 2 VersVG (welcher die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit näher bestimmt; siehe Abdruck im Anhang) vereinbart:

Die versicherte Person muss als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrichtliche Berechtigung besitzen, die für das Lenken des Fahrzeugs auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Für den Fall der Verletzung einer der nachstehenden Obliegenheiten, die dem Versicherer gegenüber nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen sind, wird Leistungsfreiheit des Versicherers nach Maßgabe des § 6 Abs. 3 VersVG (welcher die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit näher bestimmt; siehe Abdruck im Anhang) vereinbart:

- 2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzugeben.

- 2.2. 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.
- 2.3. Dem Versicherer sind alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.4. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.5. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art.11, Pkt.2, Spitalgeld) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalsverwaltung zuzusenden.
- 2.6. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 22

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode

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

2. Vertragsdauer

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

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

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

Artikel 23

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können der Versicherungsnehmer und der Versicherer kündigen, wenn
 - der Versicherer seine Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung dem Grunde nach anerkannt hat,
 - oder
 - der Versicherer die Versicherungsleistung erbracht hat,
 - oder
 - die Leistung der fälligen Entschädigung verweigert hat,
 - oder
 - über den Entschädigungsanspruch ein Rechtsstreit geführt wurde
 - oder
 - die Entscheidung des Schiedsgutachters (Artikel 17) ergangen ist.
- 1.2. Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats ab
 - Anerkenntnis des Versicherers bezüglich seiner Verpflichtung zur Leistung der Entschädigung dem Grunde nach;
 - Erbringung der Versicherungsleistung;
 - Verweigerung der Leistung der fälligen Entschädigung;
 - Rechtskraft des Urteils im Falle eines Rechtsstreits über den Entschädigungsanspruch
 - Zustellung der Entscheidung des Schiedsgutachters (Artikel 17)
- 1.3. Die Kündigung des Versicherers kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Die Kündigung des Versicherungsnehmers kann mit sofortiger Wirkung oder zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
- 1.4. Dem Versicherer steht die bis zum Wirksamwerden der Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
2. Erlöscht der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht dem Versicherer die bis zum Wirksamwerden der Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 24

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 ff VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag und die Verfügung darüber 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 können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Insbesondere sind diese Personen neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

Artikel 25 Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht

Rententafel in EUR

auf Grund der österreichischen Sterbetafel OEM 2010/2012 und eines Zinsfußes von jährlich 1,5%.

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslänglichen 1) Rente für die kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 100,00.

Alter ²⁾	Jahresrente										
0	2,17	20	2,57	40	3,37	60	5,42	80	12,89	100	43,97
1	2,18	21	2,59	41	3,44	61	5,59	81	13,69	101	46,08
2	2,19	22	2,62	42	3,50	62	5,76	82	14,56	102	48,21
3	2,21	23	2,65	43	3,57	63	5,95	83	15,51	103	50,35
4	2,23	24	2,68	44	3,64	64	6,15	84	16,53	104	52,50
5	2,24	25	2,71	45	3,71	65	6,37	85	17,63	105	54,67
6	2,26	26	2,74	46	3,79	66	6,60	86	18,81	106	56,87
7	2,28	27	2,78	47	3,88	67	6,84	87	20,08	107	59,13
8	2,30	28	2,81	48	3,96	68	7,11	88	21,44	108	61,59
9	2,32	29	2,85	49	4,05	69	7,40	89	22,88	109	64,71
10	2,33	30	2,89	50	4,15	70	7,71	90	24,42	110	70,44
11	2,36	31	2,93	51	4,25	71	8,06	91	26,04	111	100,00
12	2,38	32	2,97	52	4,35	72	8,43	92	27,75		
13	2,40	33	3,01	53	4,46	73	8,83	93	29,54		
14	2,42	34	3,06	54	4,58	74	9,27	94	31,40		
15	2,44	35	3,10	55	4,70	75	9,75	95	33,34		
16	2,47	36	3,15	56	4,83	76	10,28	96	35,35		
17	2,49	37	3,20	57	4,97	77	10,85	97	37,41		
18	2,52	38	3,26	58	5,11	78	11,47	98	39,53		
19	2,54	39	3,32	59	5,26	79	12,15	99	41,71		

¹⁾ Bei zeitlich begrenzten Renten ist die Höhe der auf eine Versicherungssumme von EUR 100,00 entfallenden Jahresrente aus denselben Rechnungsgrundlagen zu erstellen.

²⁾ Für die Berechnung der Rente ist das Alter des Rentners an seinem dem Beginne des Rentenbezuges nächstgelegenen Geburtstage maßgebend.

Allgemeine Zurich Bedingungen für die medizinische Hilfeleistung im Ausland (U-Assis 2008)

Die Allgemeinen Zürich Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB) finden insoweit Anwendung, als in den Allgemeinen Zürich Bedingungen für die medizinische Hilfeleistung im Ausland (U-Assis) keine Sonderregelungen getroffen werden.

Inhalt

Was gilt als Versicherungsfall?	Art. 1	Versicherungsfall
Was ist versichert?	Art. 2	Umfang der Versicherung
Wer ist versichert?	Art. 3	Örtlicher Geltungsbereich
Wo gilt die Versicherung?	Art. 4	Obliegenheiten zu beachten?
Was ist nach Eintritt des Versicherungsfalles	Art. 5	Subsidiarität
Was ist wenn der Versicherungsschutz auch anderweitig besteht?		

Artikel 1

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist das von der Versicherung umfasste Schadeneignis.

Der Versicherer erbringt die im Art. 2 angeführten Leistungen durch die dem Versicherungsnehmer bekannt gegebene Notrufzentrale, die über Notwendigkeit und Wahl der Hilfsmaßnahmen entscheidet.

Voraussetzung für Hilfeleistungen ist, dass in jedem Fall die Notrufzentrale sofort telefonisch kontaktiert und mit der Abwicklung der Hilfeleistung betraut wird.

Tel. Nr. 01/50 45 669

Artikel 2

Umfang der Versicherung

Medizinische Hilfeleistungen

1. Welche Leistungen werden erbracht?

Wenn eine versicherte Person ernsthaft erkrankt oder schwer verunfallt oder stirbt, erbringt die Zürich Unfall-Assistance bei medizinisch notwendigen Fällen folgende Leistungen und bezahlt die Kosten in unbegrenzter Höhe – ausgenommen Pkt. 1.4. - für:

- 1.1 notwendige Rettungsaktionen und Transporte;
- 1.2 bei medizinischer Notwendigkeit den Rücktransport an den Wohnort bzw. in das dem Wohnort nächstgelegene Spital;
- 1.3 die Bergung und Heimschaffung der verstorbenen Person;
- 1.4 Besuche:

Dauert der Spitalaufenthalt einer versicherten Person im Ausland länger als 7 Tage, übernimmt die Zürich Unfall-Assistance die Besuchskosten für eine der versicherten Person nahe stehenden Person in folgendem Ausmaß:

- die nachgewiesenen Kosten für die Hin- und Rückreise, höchstens jedoch die Kosten für einen Flug in der Economy-Klasse;
- die nachgewiesenen Kosten für Unterkunft und Verpflegung jedoch höchstens EUR 110,00 pro Tag und maximal EUR 365,00 pro Versicherungsfall.

2. Wer ist versichert?

Die Versicherung erstreckt sich auf:

- den Versicherungsnehmer;
- den mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehegatten oder Lebensgefährten;
- die minderjährigen Kinder (auch Enkel-, Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder) des Versicherungsnehmers, seines mitversicherten Ehegatten oder Lebensgefährten; diese Kinder bleiben darüber hinaus bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mitversichert, sofern sie über keinen eigenen Haushalt und kein eigenes regelmäßiges Einkommen verfügen.

Artikel 3

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung umfasst Versicherungsfälle, die außerhalb Österreichs auf der ganzen Erde eintreten.

Artikel 4

Obliegenheiten

Obliegenheit nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

1. den Schaden nach Möglichkeit abzuwenden oder zu mindern und dabei die Weisungen der Notrufzentrale zu befolgen;
2. dem Versicherer oder der Notrufzentrale die Originalbelege über Versicherungsleistungen zu überlassen.

Artikel 5

Subsidiarität

Versicherungsschutz besteht aus vorliegendem Versicherungsvertrag nur insoweit, als hiefür nicht anderweitig Versicherungsschutz besteht.

Allgemeine Zurich Bedingungen für die Unfall-Assistance Plus (U-Assis Plus 2008)

Die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUVB) finden insoweit Anwendung, als in der nachstehenden Allgemeinen Bedingungen für die Versicherungsleistungen der Assistance-Plus keine Sonderregelungen getroffen werden.

Inhalt

Was gilt als Versicherungsfall?

Artikel 1: Versicherungsfall

Welche Versicherungsleistungen beinhaltet die Assistance-Plus?

Artikel 2: Umfang der Versicherung

Wer kann die Leistungen in Anspruch nehmen?

Artikel 3: Versicherte Person

Wo gilt die Versicherung?

Artikel 4: Örtlicher Geltungsbereich

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Artikel 5: Pflichten im Schadenfall (Obliegenheiten)

Artikel 1 Versicherungsfall

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der in Artikel 2, Pkt. 1 „**Medizinische Ratgeber-Hotline**“ angeführten Leistungen ist, dass ein Unfall eingetreten ist.

cherer organisiert diese Heimhilfe und übernimmt die Kosten dafür bis EUR 35,00 pro Tag für maximal 14 Tage. Die Leistung erfolgt nur, wenn die Heimhilfe durch eine professionelle Hilfsorganisation erbracht wird. Die tatsächliche Gehbehinderung ist durch eine ärztliche Bestätigung nachzuweisen.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme in Artikel 2, Pkt. 2 „**Home-Care-Assistance**“ angeführten Leistungen ist ein zumindest 24-stündiger stationärer Spitalsaufenthalt einer im Versicherungsvertrag versicherten Person aufgrund eines versicherten Unfalls.

2.2 Medizinische Hilfsmittel nach einem Unfall

Ist die versicherte Person aufgrund eines Unfalls auf die Benützung spezieller medizinisch-technischer Hilfsmittel angewiesen, hilft der Versicherer bei der Beschaffung dieser Hilfsmittel und übernimmt die Mietkosten bis EUR 35,00 pro Tag für maximal 14 Tage. Die Verwendung der medizinischen Hilfsmittel muss vom Arzt angeordnet werden.

Der Versicherer erbringt die im Artikel 2 angeführten Leistungen durch die dem Versicherungsnehmer bekannt gegebene Notrufzentrale, die über Notwendigkeit und Wahl der Hilfemaßnahmen entscheidet.

2.3 Hauskrankenpflege

Wird die versicherte Person nach einem Unfall mit einem vorhergehenden Spitalsaufenthalt von mindestens 6 Tagen in häusliche Pflege entlassen und kann nachweislich kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied Pflegedienste für die versicherte Person erbringen, so hat die versicherte Person Anspruch auf eine Hauskrankenpflege. Der Versicherer organisiert diese Hauskrankenpflege durch Benennung von entsprechenden Pflegediensten und stellt dafür zur Kostenabdeckung bis EUR 70,00 pro Tag für maximal 7 Tage zur Verfügung.

Voraussetzung für Hilfeleistungen ist, dass in jedem Fall die Notrufzentrale sofort telefonisch kontaktiert und mit der Abwicklung der Hilfeleistung betraut wird.

2.4 Essensversorgung

Wird die versicherte Person nach einem Unfall bettlägerig und kann nachweislich kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied die Essensversorgung der versicherten Person übernehmen, so organisiert der Versicherer diese Essensversorgung und stellt dafür bis EUR 10,00 pro Tag für maximal 14 Tage zur Verfügung.

Artikel 2 Umfang der Versicherung

1. Medizinische Ratgeber-Hotline

Folgende Informationen können über die oben angeführte Notrufnummer nach einem Unfall eingeholt werden:

2.5 Kinderbetreuung

Muss die versicherte Person aufgrund eines Unfalls in stationäre Krankenhausbehandlung und ist kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied in der Lage, die im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 14 Jahre zu betreuen, so organisiert der Versicherer die ent-

- Informationen über spezialisierte Ärzte oder Spitäler
- Terminvereinbarung mit diesen Ärzten und Spitätern
- Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung
- Information über alternative/andere Behandlungs-/Therapiemöglichkeiten

2. Home-Care-Assistance

2.1 Heimhilfe

Die versicherte Person hat nach einem Unfall Anspruch auf Heimhilfe, wenn sie länger als 3 Tage nachweislich gehbehindert und unfähig für sich selbst zu sorgen ist. Der Versi-

sprechende Betreuung und übernimmt dafür die Kosten bis EUR 35,00 pro Tag für maximal 14 Tage.

2.6 Haustierbetreuung

Erleidet die versicherte Person einen Unfall und ist kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied in der Lage, die ebenfalls im gemeinsamen Haushalt mitlebenden Haustiere (Kleintiere wie Hunde, Katzen, Vögel, etc.) zu betreuen, so organisiert der Versicherer diese Betreuung und übernimmt dafür die nachgewiesenen Kosten bis EUR 35,00 pro Tag für maximal 14 Tage.

Artikel 3

Versicherte Person

Die versicherte Person (der Versicherte), welche(r) die Leistungen in Anspruch nehmen kann, ist dem Versicherungsvertrag zu entnehmen.

Artikel 4

Örtlicher Geltungsbereich

Die Hilfeleistungen werden nur in Österreich übernommen.

Artikel 5

Pflichten im Schadenfall (Obliegenheiten)

Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6, Abs. 3 VersVG bewirkt, wird in Ergänzung zu Art. 22 der AUVB bestimmt:

Bei Eintritt des Ereignisses ist unverzüglich die Zürich Assistance-Zentrale zu informieren und die Weisungen der Notrufzentrale zu befolgen.

Dem Versicherer oder der Notrufzentrale sind Originalrechnungen und Belege über Versicherungsleistungen sowie ärztliche Befunde mit Diagnose und offizielle Atteste zu überlassen.