

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG Plus (AUVBP 2015)

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Artikel 1 Was ist versichert?
- Artikel 2 Was ist der 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

Die Artikel 7 bis 25 gelten nur, wenn die jeweilige vereinbarte Leistung in der Polizza angeführt ist.

- Artikel 7 Dauerinvalidität - Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität?
- Artikel 8 Unfallrente - Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallrente?
- Artikel 9 Todesfall - Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?
- Artikel 10 Spitalgeld inklusive Genesungsgeld - Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?
- Artikel 11 Heilkosten inklusive Kosmetische Operationen - Was gilt bei vereinbarter Leistung Heilkosten inklusive Kosmetische Operationen?
- Artikel 12 Taggeld - Was gilt bei vereinbarter Leistung Taggeld?
- Artikel 13 Knochenbruch und andere Sofortleistungen – Was gilt bei vereinbarter Leistung Knochenbruch und andere Sofortleistungen?
- Artikel 14 Bergungskosten - Was gilt bei vereinbarter Leistung Bergungskosten?
- Artikel 15 Fixkosten – Was gilt bei vereinbarter Leistung Fixkosten?
- Artikel 16 SOS Service - Was gilt bei vereinbarter Leistung SOS Service?
- Artikel 17 REHA-Management - Was gilt bei vereinbarter Leistung REHA-Management?
- Artikel 18 Prämienbefreiung – Was gilt bei Leistung Prämienbefreiung?
- Artikel 19 Welche Sonderleistungen gelten versichert? Was zahlen wir zusätzlich?
- Artikel 20 Was gilt für die Kinderunfallversicherung?
- Artikel 21 Was gilt für die Einzelunfallversicherung?
- Artikel 22 Was gilt für die Freizeitunfallversicherung?
- Artikel 23 Was gilt für die Partnerunfallversicherung?
- Artikel 24 Was gilt für die Familienunfallversicherung?
- Artikel 25 Was gilt für die Alleinerzieherunfallversicherung?

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 26 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?
- Artikel 27 Welche Unfälle sind ausgeschlossen?
- Artikel 28 Welche Sportarten können gegen besondere Vereinbarung mitversichert werden?
- Artikel 29 Kann das Motorradrisiko gegen besondere Vereinbarung eingeschlossen werden?
- Artikel 30 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 31 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 32 Was ist bei Änderung des Berufes/der Beschäftigung, des Motorradrisikos sowie gefährlicher Sport-/Freizeitaktivitäten zu beachten?
- Artikel 33 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 34	Was ist die Versicherungsperiode und wann kommt es zu einer stillschweigenden Verlängerung?
Artikel 35	Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?
Artikel 36	Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
Artikel 37	Wer kann versichert werden?
Artikel 38	Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
Artikel 39	Welches Recht gilt?
Artikel 40	Auf welcher Basis wird der Vertrag indiziert?

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz
Auszug aus dem Konsumentenschutzgesetz
Auszug aus dem Fern-Finanzdienstleistungsgesetz

Zu Ihrer Orientierung

Versicherungsnehmer(in)

ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.

Versicherte Person

ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

Verweise auf gesetzliche Bestimmungen

Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind im Anhang zu den Versicherungsbedingungen im vollen Wortlaut wiedergegeben.

Form von Erklärungen

Die Rücktrittserklärung unterliegt ausschließlich den in der Rücktrittsrechtsbelehrung genannten Formvorschriften.

Für sämtliche sonstigen Anzeigen, Erklärungen und Informationen, die Sie als Versicherungsnehmer an uns, als Versicherer richten, ist die geschriebene Form erforderlich, sofern die Schriftform nicht ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.

Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus der die Person des Erklärenden hervorgeht. Eine eigenhändige Unterschrift des Erklärenden ist in der geschriebenen Form nicht erforderlich. Anzeigen, Erklärungen und Informationen in geschriebener Form können zum Beispiel per Telefax, E-Mail oder auf dem Postweg übermittelt werden.

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Originalunterschrift des Erklärenden zugehen muss. Auch eine qualifizierte elektronische Signatur (gemäß Artikel 3 Z 12 der Verordnung (EU) Nr. 910/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23.07.2014 über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt) erfüllt das Schriftformerfordernis.

Abschnitt A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Was ist versichert?

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

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B dieser Bedingungen. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen zum Zeitpunkt des Schadenfalles vereinbart sind.

Artikel 2

Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall).

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Artikel 5

Wann beginnt die Versicherung?

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist im Artikel 31 – Wann ist die Prämie zu bezahlen – geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang).

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Police.

Wir sind berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Uns gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende Prämie.

Artikel 6

Was ist ein Unfall?

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

1.1 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei Bemühungen zur **Rettung von Menschen- und Tierleben** oder im Zuge rechtmäßiger Verteidigung erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.

- 1.2 Bei **Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe** wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen von Gasen oder Dämpfen mehrere Stunden lang unfreiwillig ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufskrankheiten.

Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken oder Ersticken sowie **tauchtypische Gesundheitsschädigungen** sind versichert, auch wenn kein Unfallereignis festgestellt werden kann.

- 1.3 Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (insbesondere **Herzinfarkt**), sind versichert, 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.

Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Gehirns entstanden sind (insbesondere **Schlaganfall**), sind versichert, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung oder einem Verschluss des betreffenden Blutgefäßes besteht und diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen verursacht worden sind.

Herzinfarkt oder Schlaganfall ohne direkte mechanische Einwirkungen gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

- 1.4 **Bandscheibenhernien** jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden und
- diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
- 1.5 **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt bestehen.

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- 2.1 **Verrenkungen** von Gliedern sowie **Zerrungen und Zerreißen** von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Artikel 30, Punkt 3 – Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es – Anwendung.

2.2 **Erfrieren**

2.3 **Verhungern, Verdursten**

2.4 Einwirkung von **Blitzschlag oder elektrischem Strom; Verbrennungen und Verbrühungen.**

- 2.5 Gesundheitsschädigung infolge **unabsichtlicher Einnahme** von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung).

- 2.6 Gesundheitsschädigung infolge **Verschluckens von festen Stoffen** und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr.

- 2.7 Unfälle, die **durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall** der versicherten Person herbeigeführt wurden.

3. **Krankheiten** gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch auf:

3.1 Folgen der **Kinderlähmung** und der durch Zeckenbiss übertragenen **Frühsommer-Meningoencephalitis** und **Borreliose**, wenn die Erkrankung eingetreten ist und serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn bzw. spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

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

Wir leisten im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen für die Versicherungsleistung Dauerinvalidität oder Todesfall bis maximal 25.000 Euro.

3.2 Folgen des **Wundstarrkrampfes**, **Wundinfektionen** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1 - Was ist ein Unfall - verursacht wurden.

3.3 Folge von **Schlangenbissen**, **Stichen von Skorpionen** und **Bissen von Spinnen** oder durch Insektenstiche ausgelöste Malaria. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der Ausbruch der Erkrankung frühestens ein Monat nach Beginn, jedoch spätestens ein Monat nach Erlöschen der Versicherung stattfindet. Eine Leistung für den Versicherungsschutz wird von uns nur für dauernde Invalidität oder Unfalltod erbracht.

Wir leisten im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen für die Versicherungsleistung Dauerinvalidität bis maximal 25.000 Euro.

3.4 **Allergische Reaktionen**, ausgelöst durch **Bienen- Wespen oder Hornissenstiche**. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der Ausbruch der Erkrankung frühestens ein Monat nach Beginn, jedoch spätestens ein Monat nach Erlöschen der Versicherung stattfindet. Eine Leistung für den Versicherungsschutz wird von uns nur für dauernde Invalidität oder Unfalltod erbracht.

Wir leisten im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen für die Versicherungsleistung Dauerinvalidität bis maximal 25.000 Euro.

3.5 Dauerhafte **Gesundheitsschädigung durch Schutzimpfungen**:

Wir leisten im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen für die Versicherungsleistung Dauerinvalidität bis maximal 25.000 Euro.

3.6 Unsachgemäße **Verabreichung von Medikamenten bzw. Medikamentenentzug**, beides verursacht im Zuge einer Entführung oder Geiselnahme der versicherten Person.

Wir leisten im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen für die Versicherungsleistung Dauerinvalidität bis maximal 25.000 Euro.

Abschnitt B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7 - Dauerinvalidität

Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität?

1. Voraussetzung für die Leistung:

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

Die Invalidität muss

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und in diesem Zeitraum durch medizinische Unterlagen dokumentiert sein sowie
- innerhalb von drei Jahren nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und bei uns geltend gemacht werden. Aus dem ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen.

Maßgeblich für die Ermittlung der dauernden Invalidität ist der Zustand der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung bzw. der Erstellung des Gutachtens.

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

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall; oder
- gleichgültig – aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der vorhandenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2. Art und Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten zur Bemessung des Invaliditätsgrades ausschließlich die folgenden Bewertungsgrundlagen (Gliedertaxe):

eines Armes	80%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines	80%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
der Sehkraft eines Auges	50%
der Stimme	50%
des Gehörs beider Ohren	80%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles verloren war	50%
des Gehörs eines Ohres	50%
des Geruchsinnens	10%
des Geschmacksinnens	10%
der Milz	10%

einer Niere	20%
Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 7, Abs. 3 und 4, Dauernde Invalidität, anzuwenden	
Geschlechtsteil des Mannes	30%
Brust der Frau je	15%

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

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 vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.
4. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

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

6. Variante Dauerinvalidität – mit Progression
Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7, Punkte 2 und 3 – Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung – sowie nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 30 nach folgender Progressionsstaffel entschädigt:

bei einem Invaliditätsgrad unter 20% gemäß Artikel 7, Punkte 2 und 3 lineare Leistung
bei einem Invaliditätsgrad ab 20% bis 29,99%: Leistung 50% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 30% bis 39,99%: Leistung 75% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 40% bis 49,99%: Leistung 100% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 50% bis 59,99%: Leistung 150% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 60% bis 69,99%: Leistung 200% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 70% bis 79,99%: Leistung 300% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 80% bis 89,99%: Leistung 400% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 90% bis 100,00%: Leistung 500% der Versicherungssumme

Zum Ende des Monats in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet, tritt an die Stelle der Progressionsvereinbarung die Leistungsvereinbarung gemäß Artikel 7, Punkte 2 bis 5.- Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung; Gleichzeitig erhöht sich die Versicherungssumme für Invalidität um 41,67%.

7. Variante Dauerinvalidität Leistung ab 20% – mit Progression
Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7, Punkte 2 und 3 – Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung – sowie nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 30 nach folgender Progressionsstaffel entschädigt:

bei einem Invaliditätsgrad unter 20% wird keine Leistung erbracht
bei einem Invaliditätsgrad ab 20% bis 29,99%: Leistung 50% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 30% bis 39,99%: Leistung 75% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 40% bis 49,99%: Leistung 100% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 50% bis 59,99%: Leistung 150% der Versicherungssumme

bei einem Invaliditätsgrad ab 60% bis 69,99%: Leistung 200% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 70% bis 79,99%: Leistung 300% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 80% bis 89,99%: Leistung 400% der Versicherungssumme
bei einem Invaliditätsgrad ab 90% bis 100,00%: Leistung 500% der Versicherungssumme

Zum Ende des Monats, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet, tritt an die Stelle der Progressionsvereinbarung die Leistungsvereinbarung gemäß Artikel 7, Punkte 2 bis 5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung; Gleichzeitig erhöht sich die Versicherungssumme für Invalidität um 62,50%.

8. Variante Dauerinvalidität – ohne Progression
Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7, Punkte 2 bis 5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - entschädigt.
9. Variante Dauerinvalidität Leistung ab 20% – ohne Progression
Abweichend von Artikel 7 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - entfällt die Leistung für eine Invalidität, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad geringer als 20% ist. Ab einem Invaliditätsgrad von 20% wird die Versicherungsleistung gemäß Artikel 7, Punkte 2 bis 5 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - erbracht.
10. Variante Dauerinvalidität Leistung ab 50% – Kapital-Fixeistung
Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7, Punkte 2 und 3 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung – sowie nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 30 nach folgender Staffel entschädigt:
 - bei einem Invaliditätsgrad unter 50% wird keine Leistung erbracht.
 - bei einem Invaliditätsgrad ab 50% bis 100,00%: Leistung 100% der Versicherungssumme.

Artikel 8 - Unfallrente

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallrente?

Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gemäß Artikels 7 - Dauerinvalidität - von mindestens 35% bzw. 50%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente bezahlt. Für darunterliegende Invaliditätsgrade wird keine Leistung erbracht. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden nicht zusammengerechnet. Artikel 7, Punkte 6 und 7 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - finden keine Anwendung.

Ist die Leistungspflicht – gemäß gewählter Variante Unfallrente – des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach festgestellt, so wird eine einmalige Zusatzleistung bei 35%iger Invalidität in Höhe des Sechsfachen und bei 50%iger Invalidität in Höhe des Zwölffachen der versicherten monatlichen Unfallrente geleistet.

Die Rentenzahlung beginnt mit dem der Feststellung der Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach folgenden Monatsersten. Mit der ersten Rentenzahlung wird die einmalige Zusatzleistung fällig.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer sind berechtigt den Grad der Invalidität bis zu zehn Jahren nach dem Unfall erneut ärztlich bemessen zu lassen. Ergibt sich aus dieser neuerlichen ärztlichen Bemessung, dass der Grad der Invalidität unter den vertraglich vereinbarten Prozentsatz von 35% bzw. 50% gesunken ist, so erlischt in Abänderung die monatliche Rentenzahlung mit dem der ärztlichen Bemessung folgenden Monatsersten.

Stirbt die versicherte Person innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf Unfallrente.

1. Variante Unfallrente - ab 50%iger Dauerinvalidität bis zu 300 Monate
Der Versicherer leistet die volle Versicherungssumme in Form einer Rente, wenn die durch den Unfall entstandene dauernde Invalidität gemäß Artikel 7, Punkte 2 und 3 Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - der zugrundeliegenden AUVBP 50% erreicht hat oder übersteigt.

Die Unfallrente wird monatlich im Nachhinein in der am letzten Polizzendokument ausgewiesenen Höhe solange gezahlt, als der Leistungsempfänger lebt, jedoch mindestens für 180 Monate und längstens für 300 Monate.

2. Variante Unfallrente - ab 50%iger Dauerinvalidität lebenslang
Der Versicherer leistet die volle Versicherungssumme in Form einer Rente, wenn die durch den Unfall entstandene dauernde Invalidität gemäß Artikel 7, Punkte 2 und 3 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - der zugrundeliegenden AUVBP 50% erreicht hat oder übersteigt.

Die Unfallrente wird monatlich im Nachhinein in der am letzten Polizzendokument ausgewiesenen Höhe solange gezahlt, als der Leistungsempfänger lebt, jedoch mindestens für 240 Monate.

3. Variante Unfallrente - ab 35%iger Dauerinvalidität lebenslang
Der Versicherer leistet die halbe Versicherungssumme in Form einer Rente, wenn die durch den Unfall entstandene dauernde Invalidität gemäß Artikel 7, Punkte 2 und 3 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - der zugrundeliegenden AUVBP 35% erreicht hat oder übersteigt und leistet die volle Versicherungssumme in Form einer Rente, wenn die durch den Unfall entstandene dauernde Invalidität gemäß Artikel 7, Punkte 2 und 3 - Dauerinvalidität/Art und Höhe der Leistung - der zugrundeliegenden AUVBP 50% erreicht hat oder übersteigt.

Die Unfallrente wird monatlich im Nachhinein in der am letzten Polizzendokument ausgewiesenen Höhe solange gezahlt, als der Leistungsempfänger lebt, jedoch mindestens für 240 Monate.

Artikel 9 - Todesfall

Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?

Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall vereinbarte Summe ausbezahlt. Bei Unfalltod außerhalb Österreichs wird die vereinbarte Leistung um 50% erhöht.

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

Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten Begräbniskosten ersetzt. Zum Empfang der Begräbniskosten für Personen unter 15 Jahren ist ohne Rücksicht auf eine Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnung berechtigt.

Artikel - 10 Spitalgeld inklusive Genesungsgeld

Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld inklusive Genesungsgeld?

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, gezahlt. Die Leistung wird für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag erbracht.

1. Als Spitäler gelten Krankenanstalten, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, sofern diese eine ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Gleiches gilt für Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres.

Nicht als Spitäler gelten z.B. Anstalten zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege und deren Krankenabteilungen, Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, ferner Krankenanstalten für psychische Erkrankungen.

2. Bei einem stationären Spitalsaufenthalt außerhalb Österreichs oder einen länger als 20 Tage andauernden Spitalsaufenthalt in Österreich wird die vereinbarte Leistung um 50% erhöht.
3. Bei ambulanten, unfallbedingten Operationen haben Sie Anspruch auf Spitalgeld für einen Tag.
4. Genesungsgeld wird im Anschluss an den Spitalsaufenthalt für die gleiche Anzahl von Tagen, die der Spitalsaufenthalt gedauert hat, längstens jedoch für 100 Tage je Unfall, in folgender Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Spitalgeld, zusätzlich gezahlt:
 - für den 1. bis 10. Tag: 100%
 - für den 11. bis 20. Tag: 50%
 - für den 21. bis 100. Tag: 25%

Mehrere stationäre Spitalsaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt gewertet.

Artikel 11 - Heilkosten inkl. Kosmetische Operationen

Was gilt bei vereinbarter Leistung Heilkosten inkl. Kosmetischer Operationen?

Bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme Heilkosten inkl. Kosmetische Operationen werden von uns Kosten ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

1. Heilkosten

Heilkosten sind jene Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zu medizinisch verordneten Heilbehandlungen bei unfallkausaler Gehunfähigkeit der versicherten Person. Wir sehen die Gehunfähigkeit dann gegeben, wenn die versicherte Person die Heilbehandlung aus eigener Kraft nicht aufsuchen kann. Wir leisten diesen Kostenersatz

- bis zur Versicherungssumme für konzessionierte Transportunternehmen (auch Krankenwagen, Krankentaxi) und öffentliche Verkehrsmittel;
- bis 200 Euro je Versicherungsfall für amtliches Kilometergeld bei Fahrten mit dem Privat-PKW.

Wir versichern auch medizinisch notwendige Heilkosten in privaten Sanatorien. Das bedeutet, wir übernehmen für stationäre oder ambulante Behandlungen von Unfallfolgen:

- die privaten Ordinationskosten
- die privaten Operationskosten
- die Kosten für physiotherapeutische Behandlungen

Nicht versichert gelten Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte.

Versichert gelten zur Behebung von Unfallfolgen nach ärztlichem Ermessen auch:

- erstmalige Anschaffung von künstlichen Gliedmaßen.
- erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes.
- andere erstmalige Anschaffungen
- Castverband (Kunststoffgips).

Für Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe leisten wir unter folgenden Voraussetzungen:

- die Beschädigung muss im unmittelbaren Zusammenhang mit einem gleichzeitig eintretenden versicherten Unfallereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt und eine ärztliche Behandlung oder Versorgung erfordert.
- der Versicherte muss dem Versicherer eine schriftliche Bestätigung über die medizinische Erstversorgung durch den behandelnden Arzt oder das behandelnde Spital, die aufgrund der erlittenen Gesundheitsschädigung erfolgt ist, überbringen.

Wir leisten Kostenersatz bis zum ursprünglichen Wertausmaß – gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall – im Rahmen der vereinbarten Summe für Heilkosten.

Nicht versichert gelten: Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen, Kosten für Reparatur oder Wiederbeschaffung von abnehmbaren Zahnersätzen.

Versichert gelten auch Leihgebühren für Heilbehelfe – wie z. B. Krücken, Rollstühle.

Nicht versichert gelten: Anschaffung von Trainingsgeräten.

Die Versicherungssumme für Heilkosten inklusive den beschriebenen Erweiterungen gemäß den Punkten 1 bis 4 steht pro Unfallereignis gesamt einmal zur Verfügung.

2. Alternative Heilmethoden

Die Kosten für Aufwendungen der traditionellen chinesische Medizin (TCM), insbesondere:

- Akupunktur (Nadelung inklusive Schröpfen und Moxibustion)
- Massage (Tuina Anmo, Gua Sha oder Shiatsu)
- Bewegungslehre (Qigong und Taijiquan)
- Diätetik (Ernährungslehre)
- Heilkräutertherapie (beinhaltet pflanzliche, mineralische und tierische Stoffe)

Die Kosten werden bis maximal 20% der vereinbarten Versicherungssumme für Heilkosten auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

3. Begleitkosten

Das sind die stationären Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person, wenn das versicherte Kind zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Dieser Kostenersatz gilt für eine Begleitperson von Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr. Wir ersetzen Begleitkosten bis maximal 20% der vereinbarten Versicherungssumme für Heilkosten.

4. Selbstbehalt bei Krankenhausaufenthalt

Wird vom zuständigen Sozialversicherungsträger bei einem stationären Krankenhausaufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse ein Selbstbehalt verrechnet, werden wir diesen im Rahmen der Versicherungssumme für Heilkosten ersetzen.

Nicht versichert gelten verrechnete Selbstbehalte im Rahmen von Kur-, Reha-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte.

5. Kosmetische Operationen

Zur Verfügung steht die doppelte Versicherungssumme für Heilkosten. Ersetzt werden die Kosten für kosmetische Operationen, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten dauernd beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer kosmetischen Operation, übernehmen wir die dafür aufgewandten Kosten für Arzthonorar, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Spital.

Nicht versichert gelten: Kosten für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für häusliche Krankenpflege.

Artikel 12 - Taggeld

Was gilt bei vereinbarter Leistung Taggeld?

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt, sofern zum Zeitpunkt des Unfallereignisses (gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall) der Beruf tatsächlich ausgeübt wurde.

Im Falle des Unfallereignisses werden wir ab dem 43. Tag der vollständigen und ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die Taggeldleistung ab diesem Tag um 20% erhöhen.

Wird eine Karenzfrist vereinbart und auf der Polizza vermerkt, so leisten wir das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist.

Die Vereinbarung des Taggeldes endet mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Diese Vereinbarung unterliegt keiner Wertanpassung.

Artikel 13 - Knochenbruch und andere Sofortleistungen

Was gilt bei vereinbarter Leistung Knochenbruch und andere Sofortleistungen?

1. Knochenbruch

Die Leistung wird in Höhe von 250 Euro erbracht, wenn die versicherte Person durch einen Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Die Versicherungsleistung kommt auch dann zur Auszahlung, wenn bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin therapiert wird.

Der knöchernen Abriss einer Sehne sowie Knochensplinterungen und ähnliche Verletzungen, gelten nicht als Knochenbruch.

2. Andere Sofortleistungen

Die Leistung wird in Höhe von 250 Euro erbracht, wenn an der versicherten Person eine unfallkausale Operation an Bändern, Sehnen oder Menisken vorgenommen wurde.

Nach einem stationären, medizinisch notwendigen Spitalaufenthalt leisten wir 25 Euro pro Tag bzw. 250 Euro pauschal bei mehr als drei Tagen Aufenthalt.

Diese Vereinbarung unterliegt keiner Wertanpassung.

Artikel 14 - Bergungskosten

Was gilt bei vereinbarter Leistung Bergungskosten?

Die Leistung wird bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme erbracht, wenn die versicherte Person durch einen Unfall oder infolge Berg-, See- oder Wassernot verletzt oder unverletzt geborgen werden muss oder den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens und des Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem den Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus. Die Leistung wird erbracht, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Bergnot liegt vor, wenn die versicherte Person in alpinem Gelände durch dafür typische Gefahren (z.B. Lawine, Steinschlag, Wettersturz, Verlust der Orientierung) in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

See- bzw. Wassernot liegt vor, wenn die versicherte Person durch außergewöhnliche Wassermassen (z.B. Überschwemmung, Sturmflut) oder außergewöhnliche Wetterverhältnisse (z.B. Sturm, Unwetter) während des Aufenthalts auf Wasserflächen in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

Artikel 15 - Fixkosten

Was gilt bei vereinbarter Leistung Fixkosten?

Im Falle eines Unfallereignisses (gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall) mit 100%iger unfallkausaler Arbeitsunfähigkeit leisten wir ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die monatlichen Verbindlichkeiten der verunfallten versicherten Person für:

- Wohnungsmiete inklusive Betriebskosten des Hauptwohnsitzes.
- Kreditzahlungen für Wohnraumschaffung für den Hauptwohnsitz.
- Kreditzahlungen für Kraftfahrzeuge inklusive Leasingraten.
- Versicherungsprämien für private Versicherungsverträge.
- Alimente (das sind von einem Gericht oder aufgrund privater Vereinbarung festgesetzte Geldbeträge zur ausschließlichen Bedürfnisdeckung eines Kindes oder geschiedenen Ehepartners).

Versichert ist der in der Polizze angeführte und berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig versicherte Person sein muss, bzw. der berufstätige mitversicherte Lebenspartner im Zeitpunkt des Versicherungsfalles.

Die Deckung für Fixkosten besteht ab dem 15. Lebensjahr und nur solange für diesen Unfallversicherungsvertrag Prämien entrichtet werden. Sie endet mit dem Pensionsantritt bzw. Ruhestand der versicherten Person, spätestens aber mit jenem Versicherungsjahr, in dem sie ihr 70. Lebensjahr vollendet.

Ab dem 43. Tag der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ersetzen wir die nachgewiesenen Verbindlichkeiten gesamt bis maximal 1.500 Euro pro angefangenem Monat, längstens zwölf Monate.

Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Körperverletzung durch ein Unfallereignis gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall - vollständig (zu 100%) außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Kein Anspruch auf diese Leistung besteht daher:

- bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit.
- bei einer Körperverletzung durch ein Ereignis im Sinne der Ausschlussbestimmungen des Artikel 27.
- bei einer Körperverletzung als Folge missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften.

Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartefrist muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden. Aus diesem müssen Art der Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.

Wir sind berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Wir dürfen auf eigene Kosten jederzeit eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person durch einen von uns genannten Arzt verlangen.

Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss uns ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorgelegt werden, durch das deren Beendigung bestätigt wird. Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen oder eine von uns verlangte ärztliche Untersuchung verweigert wird, erlischt der Anspruch auf Ersatz der Fixkosten rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit ordnungsgemäß nachgewiesen wurde. Wir sind daher berechtigt, zu viel bezogene Leistungen zurückzuverlangen.

Artikel 16 – SOS Service

Was gilt bei vereinbarter Leistung SOS Service?

Voraussetzung ist, dass der Schadenfall unverzüglich über unsere Notrufnummern 0800 216 006 (für Unfallereignisse in Österreich) oder +43 1 216 0 006 (für Unfallereignisse im Ausland) gemeldet wird.

1. Begriffsbestimmungen

1.1 Notfall

Ein Notfall ist ein Ereignis – resultierend aus einem Unfall einer versicherten Person – welches sofortige Maßnahmen erfordert, um den Eintritt eines im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsvertrages erfassten Schaden an den versicherten Personen und/oder Haustieren abzuwenden, zu mindern oder Folgeschäden an den versicherten Personen und/oder Haustieren zu vermeiden.

Ein Notfall ist es auch nur dann, wenn diese erforderlichen sofortigen Maßnahmen auch nicht durch eine mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebende Person verrichtet werden können.

1.2 Wohnsitz

Als Wohnsitz gilt der in Österreich gelegene Ort, an dem der Versicherungsnehmer seinen bei der Behörde gemeldeten Hauptwohnsitz begründet hat.

1.3 Nahestehende Personen

Nahestehende Personen sind Eltern, Kinder, Ehepartner bzw. Lebensgefährte, Enkel, Geschwister, Großeltern, Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

1.4 Erkrankung

Eine Erkrankung ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

1.5 Reise

Eine Reise ist jede Abwesenheit der versicherten Person von ihrem Wohnsitz mit mindestens einer Übernachtung (hier ist der Nachweis der Übernachtung zu erbringen und der Schadenort darf nicht der Wohnsitz/Arbeitsplatz des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person/en sein) bis zu einer Höchstdauer von fortlaufend acht Wochen. Bei Reisen, die ausschließlich oder überwiegend beruflichen Zwecken dienen, besteht Versicherungsschutz für maximal zehn Tage.

2. Informationsleistungen – Telefonische Soforthilfe

2.1 24 Stunden – Notdienst

In einem Notfall informiert die Einsatzzentrale über:

- Ärzte, Fachärzte, deren Adressen, Telefonnummern und Ordinationszeiten (ohne Urlaubszeiten).
- Zahnärzte, deren Adressen, Telefonnummern und Ordinationszeiten (ohne Urlaubszeiten).
- Nächstgelegene Apotheken (Nacht- bzw. Wochenenddienste).
- Krankenhäuser (nächstgelegene Krankenhäuser).
- Dolmetscher Service.
- Telefonnummer und Adresse eines Dolmetschers für die gewünschte Sprache.
- Rechtsanwälte mit diversen Sprachkenntnissen.

Geltungsbereich: Europa

2.2 24 Stunden - Reiseinformationen

Vor oder während einer Reise informiert die Einsatzzentrale über:

- Impf- und Gesundheitsbestimmungen im Ausland.
- Ein-, Durch- und Weiterreisebestimmungen (Visum und ähnliches).
- Devisenbestimmungen, Währung (Höhe der Ein- bzw. Ausfuhr von Landeswährung).
- Fremdenverkehrsämter des Urlaubslandes in Österreich und im Reiseland.
- Diplomatische und konsularische Vertretung Österreichs im Urlaubsland.
- Fluggesellschaften (Adressen der verschiedenen Fluggesellschaften, Telefonnummer und Öffnungszeiten).
- Reisewege, Verkehrsmittel, Fahrtkosten, Flugverbindungen und -Gesellschaften.
- Hotels, Pensionen und Campingplätze.
- Klimatische Bedingungen.
- Sehenswürdigkeiten.
- Tipps: Restaurants & Clubs (in Städten).
- Informationen über medizinische Versorgungsmöglichkeiten vor Ort (Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser vor Ort).

Geltungsbereich: Weltweit

3. Leistungen nach einem Unfall gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall

3.1 Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen

Such-, Rettungs- und Bergungskosten die notwendig waren, wenn die versicherte Person:

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

Kostenübernahme: Kosten der Such-, Rettungs- und Bergeaktion.

Zusätzlich stehen 15.000 Euro für den erforderlichen Einsatz eines Notarzt-Hubschraubers zur Verfügung.

Geltungsbereich: Weltweit

3.2 Behandlungskosten

Wir übernehmen nach einem Unfall folgende Behandlungskosten pro versicherter Person:

- Ambulante ärztliche Behandlung inkl. verordneter Heilmittel.
- Stationäre Behandlung.
Wir unterstützen bei der Notfallaufnahme in das nächstgelegene, geeignete Krankenhaus, das allgemein anerkannt ist und unter ständiger ärztlicher Leitung steht. Kostenübernahme im unten genannten Rahmen für die stationäre Heilbehandlung inkl. Operations- und Operationsnebenkosten.
- Medikamenten- und Seren-Transport.
Benötigt eine versicherte Person verschreibungspflichtige Medikamente, die sie am Aufenthaltsort nicht erhält und können diese auch nicht durch ein anderes Arzneimittel ersetzt werden, veranlassen wir im Einvernehmen mit einem Arzt die Zusendung vom nächstgelegenen Depot und übernehmen die Versandkosten innerhalb des unten genannten Limits, nicht jedoch die Übernahme der Kosten für die Medikamente selbst.

Kostenübernahme: Pro versicherter Person bis maximal 40.000 Euro

Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

3.3 Verletztenrücktransport

Verunfallt auf einer Reise die versicherte Person, organisieren wir einen aus medizinischen Gründen notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport zum Wohnsitz der versicherten Person – oder – sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich – an einen anderen Ort innerhalb Österreichs.

Wenn medizinisch notwendig, wird der Verunfallte mit einem Ambulanzjet geflogen. Art und Zeit des Rücktransportes müssen medizinisch notwendig und ärztlich angeordnet sein. Die medizinische Notwendigkeit wird durch den behandelnden Arzt oder Vertrauensarzt festgestellt.

Kostenübernahme: 100%
Geltungsbereich: Weltweit

3.4 Rückreise nach einem dreitägigen Krankenhausaufenthalt

Unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit organisieren wir auf Wunsch nach einem unfallbedingtem, mindestens dreitägigem Krankenhausaufenthalt eine – je nach Zustand der versicherten Person vom behandelnden Arzt festgelegte adäquate – Rückreise zum Wohnsitz der versicherten Person. Der Transport erfolgt wenn notwendig mit Arztbegleitung – mit den Transportmitteln Eisenbahn, Autobus, Rettungswagen oder Flugzeug (nicht jedoch Ambulanzjet).

Kostenübernahme: 100% für Mehrkosten
Geltungsbereich: Weltweit

3.5 Verletztentransport

Wir organisieren bzw. koordinieren nach einem Unfall:

- die Notfalleinweisung in ein Krankenhaus .
- den Transport vom Unfallort in ein Krankenhaus.
- bei medizinischer Notwendigkeit eine Verlegung vom Erstversorger-Krankenhaus in ein anderes, besser geeignetes Krankenhaus.

Kostenübernahme: 100%
Geltungsbereich: Weltweit – außerhalb Österreichs

3.6 Hilfe im Todesfall

Nach einem tödlichen Unfall der versicherten Person im Ausland organisieren wir die Überführung an den ehemaligen Wohnsitz in Österreich. Anstelle der Rückführung in das Heimatland übernehmen wir in Abstimmung mit den Angehörigen die Organisation der Bestattung im Ausland.

Kostenübernahme: 100% für die Überführung der sterblichen Überreste.
Bei Bestattung im Ausland die Kosten bis zur Höhe der Kosten, die durch eine Überführung in das Heimatland entstanden wären.
Geltungsbereich: Weltweit – außerhalb Österreichs

- 3.7 Heimreise eines Mitreisenden bei einem Rücktransport/einer Rückreise
Wir ersetzen die notwendigen und nachgewiesenen Mehrkosten für die Heimreise einer mitreisenden Person ins Heimatland, wenn die Reise dort begonnen hat. Voraussetzung für die Übernahme der Mehrkosten ist, dass die mitreisende Person ihren gebuchten Aufenthalt aufgrund:
- des Heimtransport oder der Überführung der versicherten Person vorzeitig beenden muss.
 - eines Krankenhausaufenthaltes der versicherten Person verlängern muss.

Die Heimreise wird zum ehest möglichen Zeitpunkt organisiert und erfolgt mit dem preisgünstigsten in Betracht kommenden Verkehrsmittel. Im Ambulanzjet erfolgt eine Mitnahme nur bei ausreichendem Platz im Flugzeug.

Kostenübernahme: Für die Mehrkosten der vorzeitigen/verspäteten Heimreise.
Geltungsbereich: Weltweit - außerhalb Österreichs

- 3.8 Rückreise der Kinder aus dem Ausland mit Begleitung
Können mitreisende Kinder unter 16 Jahren auf einer Reise infolge Todes oder Unfalls der versicherten Person weder von diesem noch von einem anderen Familienangehörigen betreut werden, sorgen wir für die Reise einer von der versicherten Person beauftragten Person zum Aufenthaltsort und zurück zum Wohnort der versicherten Person. Die Abholung wird zum ehest möglichen Zeitpunkt organisiert und erfolgt mit dem preisgünstigsten in Betracht kommenden Verkehrsmittel.

Kostenübernahme: Anfallende Kosten bis zu 3.500 Euro für die Abholung der Kinder durch eine Vertrauensperson des Versicherungsnehmers bzw. durch eine andere Begleitperson.
Geltungsbereich: Weltweit – außerhalb Österreichs

- 3.9 Besuch des Verunglückten durch einen Familienangehörigen
Muss sich der Verunglückte auf seiner Auslandsreise infolge eines Unfalls länger als sieben Tage ununterbrochen im Krankenhaus aufhalten, organisieren wir die Hin- und Rückreise und die Übernachtung einer nahestehenden Person.

Kostenübernahme: Fahrtkosten für die Hin- und Rückreise und die Übernachtungskosten für höchstens vier Übernachtungen bis maximal 60 Euro pro Nacht.
Geltungsbereich: Weltweit – außerhalb Österreichs

- 3.10 Hotelübernachtung eines Mitreisenden bis zum Rücktransport/zur Rückreise der verunglückten Person
Werden aufgrund eines Unfalls einer versicherten Person weitere Nächtigungen erforderlich, weil diese aufgrund eines Verletztentransportes entstehen, organisieren wir Hotelübernachtungen für eine mitreisende Person bis zum Zeitpunkt, an dem ein Verletztenrücktransport erfolgen kann.

Kostenübernahme: Bis sieben Übernachtungen, maximal 60 Euro pro Nacht
Geltungsbereich: Weltweit – außerhalb Österreichs

- 3.11 Reiserückruf - Service
Erweist sich infolge Todes oder schwerer Erkrankung bzw. Unfalles einer nahestehenden versicherten Person von versicherten Personen in Österreich der Rückruf von einer Reise durch öffentliche Medien als notwendig, werden die erforderlichen Maßnahmen von uns organisiert.

Kostenübernahme: Für die Kosten des Reiserückrufs
Geltungsbereich: Weltweit – außerhalb Österreichs

3.12 Nachrichtenübermittlung

Ist es den versicherten Personen aufgrund eines Todesfalles, lebensbedrohenden Unfalles, finanzieller Notlage oder behördlicher Einschränkungen nicht möglich, selbst eine nahestehende Person oder den Arbeitgeber zu benachrichtigen, sorgen wir dafür.

Kostenübernahme: Für anfallende Telefon- bzw. Faxkosten bis zu drei Versuchen.
Geltungsbereich: Weltweit

3.13 Kostenvorschuss

Wir bevorschussen im Notfall gegen Bankgarantie:

- eine Strafkautions bis maximal 11.000 Euro.
Werden versicherte Personen aufgrund eines Unfalls verhaftet oder mit Haft bedroht, bevorschussen wir die von den Behörden eventuell verlangte Strafkautions sowie die in diesem Zusammenhang anfallenden Gerichtskosten bis zum oben angeführten Limit pro versicherter Person.
- Anwaltskosten bis maximal 2.200 Euro.
Werden versicherte Personen aufgrund eines Unfalls verhaftet oder mit Haft bedroht, bevorschussen wir die notwendigen Kosten eines Rechtsvertreters bis zum oben angeführten Limit pro versicherter Person. Wir sind bei der Suche und Beauftragung eines Rechtsvertreters behilflich.
- Bargeldvorschuss bis maximal 1.500 Euro.
Befinden sich versicherte Personen infolge Abhandenkommens von Zahlungsmitteln in einer Notlage und kann keine der versicherten Personen Bargeld vor Ort allenfalls unter Einschaltung der konsularischen Vertretung beschaffen, stellen wir die Verbindung zur Hausbank der versicherten Person her.
Ist die Kontaktaufnahme zur Hausbank nicht innerhalb von 24 Stunden nach dem der Schadenmeldung folgenden Werktag möglich, kann die versicherte Person einen Vorschuss bis zum oben angeführten Limit in der jeweiligen Landeswährung in Anspruch nehmen. Wir übernehmen die etwaigen Kosten des Geldtransfers.

Geltungsbereich: Weltweit – außerhalb Österreichs

- Organisation eines Dolmetschers oder Kostenvorschuss bis maximal 2.200 Euro.
Bei Verständigungsschwierigkeiten mit der Polizei, den Behörden oder medizinischen Einrichtungen nach einem Unfall, vermitteln wir bei Bedarf einen Dolmetscher und bevorschussen die notwendigen Kosten des Dolmetschers bis zu oben angeführten Limit pro versicherter Person.

Geltungsbereich: Weltweit – ausgenommen Länder mit Amtssprache Deutsch

Bitte beachten Sie: Wir bevorschussen nur gegen Rückzahlungsverpflichtung. Der Kostenvorschuss ist von der versicherten Person spätestens innerhalb von drei Monaten ab Überbringung des Vorschusses zurückzuzahlen. Mitversicherte Personen haften solidarisch mit der versicherten Person für die für sie geleisteten Vorschüsse.

4. Organisatorische Hilfe nach einem Unfall gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall

4.1 Informations- und Organisationsleistungen

Kontaktaufnahme zu REHA-Einrichtungen wie insbesondere:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden und Institutionen
- Sozialen Einrichtungen
- Ämtern und Behörden
- Selbsthilfegruppen
- Auf behindertengerechtes Wohnen spezialisierte Bauunternehmen inklusive Bedarfsanalyse mittels medizinischer Gutachten
- Auf behindertengerechten Transport spezialisierte Firmen
- Für behinderte Kinder spezialisierte Kindergärten
- Schulen
- Tagesmütter

Geltungsbereich: Österreich

4.2 Pflege- und Haushaltsservice

Ist die versicherte Person - oder eine mit der versicherten Person im gemeinsamen Haushalt lebende Person – nicht in der Lage, die unten aufgezählten Leistungen selbst zu verrichten, organisieren wir nach einem Knochenbruch, Bänderriss oder nach einem unfallbedingtem, mindestens 24-stündigem Krankenhausaufenthalt eine REHA-/Haushaltshilfe.

Wir übernehmen die Kosten für folgende Aktivitäten:

- Einkaufen, Kochen (z. B. Essen auf Rädern), Putzen
- Abnahme oder Begleitung von Behördenwegen
- Blumengießen
- Häusliche Pflege
- Kinderbetreuung (mit Nachhilfeunterricht für den verunfallten Schüler, wenn ein Schulbesuch aufgrund der Unfallfolgen nicht möglich ist)
- Haustierversorgung (Füttern, Spazieren, erforderliche Tierarztbesuche) für die als Haustiere gehaltenen Hunde, Katzen, Hamster, Meerschweinchen, Hasen, Fische und Vögel

Kostenübernahme: Bis maximal 2.500 Euro pro Versicherungsfall innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet.

Zusätzlich werden nach einem Unfall bei Bedarf von uns nachstehende Hilfeleistungen organisiert:

- Planung und Beratung für bauliche Adaptierungen
- Psychologische Beratung

Kostenübernahme: Bis maximal 750 Euro pro versicherter Person

Geltungsbereich: Österreich

4.3 Bildungs- und Berufshelfer

Muss sich die versicherte Person aus arbeitsmedizinischen Gründen innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Versicherungsfalles wegen des Unfalls einer Berufsumschulung unterziehen, erstellen wir eine Bildungsanamnese und helfen bei der Reintegration ins Berufsleben durch Beratung unter Berücksichtigung der sozialen, familiären und finanziellen Situation. Wir fungieren als Schnittstelle zwischen dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Eine Beratung des Arbeitgebers hinsichtlich Förderung ist ebenso Bestandteil der Arbeit der angestellten Bildungsmanager.

Kostenübernahme: Bis maximal 3.000 Euro pro Versicherungsfall innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet und pro versicherter Person

Geltungsbereich: Österreich

Artikel 17 – REHA-Management

Was gilt bei vereinbarter Leistung REHA-Management?

Wir erbringen nach Eintritt eines Versicherungsfalles gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall - bei dem eine medizinische, soziale oder berufliche Notwendigkeit für den Einsatz eines REHA-Managements erforderlich ist, folgende Leistungen:

- Voraussichtliche Invalidität bis zu 34,99% gemäß Art. 7 Dauerinvalidität:
Kostenersatz bis maximal 2.000 Euro
- Voraussichtliche Invalidität ab 35% gemäß Art 7 Dauerinvalidität:
Kostenersatz bis maximal 10.000 Euro

Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen durch den zuständigen Rehabilitations-Manager in Auftrag gegeben werden und der Schadenfall unverzüglich, auf jeden Fall aber vor Inanspruchnahme dieser Leistungen über unsere Notrufnummern 0800 216 006 (für Unfallereignisse in Österreich) oder +43 1 216 0 006 (für Unfallereignisse im Ausland) gemeldet wird.

1. Begriffsbestimmungen

1.1 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der dem Anspruch zugrundeliegende Unfall gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall.

1.2 Wohnsitz

Als Wohnsitz gilt der in Österreich gelegene Ort, an dem die versicherte Person ihren bei der Behörde gemeldeten Hauptwohnsitz begründet hat.

1.3 Nahestehende Personen

Nahestehende Personen sind Eltern, Kinder, Ehepartner bzw. Lebensgefährte, Enkel, Geschwister, Großeltern, Schwiegereltern und Schwiegerkinder.

2. Rehabilitationsmanagement

Medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation innerhalb von zwei Jahren (für Personen unter 15 Jahren innerhalb von fünf Jahren) ab dem Unfalltag

2.1 Medizinische Rehabilitation, Begleitung, Organisation und Koordination

- der Rehabilitationsmaßnahmen.
- von Therapien (Physio-, Logo-, Bewegungs-, Wärme- und Kälte-, Elektro- sowie Unterwassertherapie und Massagen durch zur selbständigen Berufsausübung Berechtigte).
- von Behandlungen in Rehabilitationseinrichtungen.

2.2 Soziale Rehabilitation

- Hilfestellung bei Kontakten zu Ämtern/Behörden, Sozialversicherungsträgern, Versicherungen, etc.
- Organisation von Transport, Pflege, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, etc.
- Herstellung von Kontakten zu spezialisierten Bauunternehmen und Architekten zur Analyse und Planung von notwendigen baulichen Adaptierungen des Wohnraumes sowie Organisation dieser Hilfestellung bei Beschaffung eines behindertengerechten Fahrzeuges, Hilfestellung bei Organisation eines Behinderten-Parkplatzes
- Hilfestellung bei Inanspruchnahme der öffentlichen Verkehrsmittel
- Vermittlung von Nachhilfeunterricht

2.3 Berufliche Rehabilitation

- Perspektivenentwicklung mit umfangreicher Diagnostik, Berufsorientierung und Berufsfindung
- Maßnahmenentwicklung und Organisation der beruflichen Qualifikation
- Umsetzung von arbeitsrelevanten Maßnahmen am Arbeitsplatz

2.4 Sportliche Rehabilitation

- Analyse und Recherche: Medizinischer Status und Entwicklung, Umfeld, Sportmöglichkeiten und Vereine im Umkreis
- Organisation von Sportprothesen und -rollstühlen
- Trainingsmöglichkeiten, Personal Training, Vereinssuche
- Hol- und Bringdienste zum Training und Prothesenanpassung
- Informationen rund um den Behindertensport: Magazine, Organisationen und Vereine

Der Kostenersatz für die Sportliche Rehabilitation steht zusätzlich bis maximal 10.000 Euro einmal pro versichertes Unfallereignis zur Verfügung. Wir können keine Garantien für Kapazitäten und Services der jeweiligen Leistungsträger geben.

2.5 Private Diagnostik

Die Organisation und Kostenübernahme umfasst die rasche Abklärung der Unfallfolgen und Beratung über mögliche Methoden und Anbietern. Dazu zählen:

- Organisation von medizinischer Abklärung an Privatkliniken und Diagnosezentren (z.B.: Röntgen, MRT, CT)
- Therapeutische Zweitmeinung im Bereich Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, und Psychotherapie: Ein Kostenersatz wird lediglich für die erste Konsultation eines Therapeuten geleistet. Die Kosten weiterer Beratungen sind vom Versicherungsnehmer zu übernehmen.)

Der Kostenersatz für Private Diagnostik steht zusätzlich bis maximal 1.000 Euro einmal pro versichertes Unfallereignis zur Verfügung. Wir können keine Garantien für Kapazitäten und Services der jeweiligen Leistungsträger geben.

2.6 Vermittlung von Telefonnummern, Adressen und Einrichtungen von:

- Behindertentransportmöglichkeiten
- Selbsthilfegruppen
- Behindertengerechtem Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbänden und Institutionen
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)

2.7 Andere Hilfeleistungen

- Informationen über Krankentransporte in ein anderes Spital, Heim oder von bzw. an den eigenen Wohnsitz
- Information über betreute Rückkehr vom Krankenhaus ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahestehende Personen verhindert sind
- Information über praktische Ärzte in der Wohnnähe
- Information über Gartenbetreuungsunternehmen
- Vermittlung von Kinderbetreuung und Nachhilfelehrern
- Vermittlung von Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause)
- Besorgung der verschriebenen Medikamente
- Begleitung bzw. Abnahme von Behördenwegen

3. Allgemeines

Werden von uns Leistungen erbracht, für die ein anderer Leistungsträger aufzukommen hat, so sind diese an uns abzutreten. Wir bezahlen keine Kosten soweit von einem Sozialversicherungsträger oder einem anderen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde.

4. Grundlage für den Kostenersatz

Die Versicherungssumme für „Rehabilitations-Management“ steht einmal pro Versicherungsfall innerhalb von zwei Jahren (für Personen unter 15 Jahren innerhalb von fünf Jahren) vom Unfalltag an gerechnet zur Verfügung.

5. Organisation ärztlicher Behandlung und Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen

Wir können die Verfügbarkeit eines bestimmten Behandlers oder einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht garantieren. Unsere Leistung ist von der personellen Ausstattung und der Auslastung der geeigneten Einrichtungen abhängig.

6. Einschränkung des Kostenersatzes aus Heilkosten

Keine Leistungen erbringen wir für die Folgen von Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen. Weiters werden nicht ersetzt: Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines abnehmbaren Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sowie für die Anschaffungskosten von Trainingsgeräten oder Geräten zur Verbesserung der Fortbewegung.

Artikel 18 – Prämienbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Was gilt bei Leistung Prämienbefreiung?

Im Falle eines Unfallereignisses (Artikel 6 – Was ist ein Unfall) mit 100%iger unfallkausaler Arbeitsunfähigkeit erlassen wir ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die Prämie für gegenständliche Unfallversicherung für die weitere Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit, längstens für zwölf Monate.

Versichert ist der in der Polizza angeführte und berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig versicherte Person sein muss.

Die Vereinbarung zur Prämienbefreiung besteht ab dem 15. Lebensjahr und nur solange für diesen Unfallversicherungsvertrag Prämien entrichtet werden. Sie endet mit dem Pensionsantritt bzw. Ruhestand der versicherten Pension, spätestens aber mit jenem Versicherungsjahr, in dem sie ihr 70. Lebensjahr vollendet.

Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Körperverletzung durch ein Unfallereignis gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall - vollständig (zu 100%) außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Personen, welche ausschließlich den Haushalt für die eigene Familie führen, gelten erwerbstätig im Sinne dieser Bedingungen.

Kein Anspruch auf diese Leistung besteht daher:

- bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit.
- bei einer Körperverletzung durch ein Ereignis im Sinne der Ausschlussbestimmungen des Artikel 27.
- bei einer Körperverletzung als Folge missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften.
- für Kinder, Schüler, hauptberuflich Studierende und Pensionisten.

Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartefrist muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden. Aus diesem müssen Art der Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.

Im Zeitraum der Prämienbefreiung leisten wir kein Taggeld. Innerhalb einer Vertragsdauer von zehn Jahren bieten wir Prämienbefreiung für maximal 24 Monate.

Wir sind berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit bestätigen. Wir dürfen auf eigene Kosten jederzeit eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person durch einen von uns genannten Arzt verlangen.

Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss uns ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorgelegt werden, durch das deren Beendigung bestätigt wird. Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen oder eine von uns verlangte ärztliche Untersuchung verweigert wird, erlischt der Anspruch auf Prämienfreistellung rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit ordnungsgemäß nachgewiesen wurde. Wir sind daher berechtigt, zu viel bezogene Leistungen zurückzuverlangen.

Artikel 19 – Welche Sonderleistungen gelten versichert?

Was zahlen wir zusätzlich?

1. Kosten für Obliegenheiten
Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Artikel 33, Punkt 2 - Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun - bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Artikel 33, Punkt 2.1.
2. Mitversicherung eines Neugeborenen
Besteht bei uns eine Unfallversicherung für einen Elternteil, erstreckt sich der Versicherungsschutz für Dauerinvalidität auch auf alle während des aufrechten Versicherungsvertrages neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur).

Die Neugeborenen sind für die ersten zwei Lebensjahre bis zu 100 % der in der Polizze genannten Summe für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit 50.000 Euro, versichert.

Kein Versicherungsschutz besteht für alle anderen Versicherungsleistungen. Eine etwaige Progressionsvereinbarung findet keine Anwendung. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Geburt innerhalb der ersten sechs Lebensmonate bekannt gegeben wird.

Artikel 20 – Was gilt für die Kinderunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für die in der Polizza angeführte Person.

Der Versicherungsschutz für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Über diesen Zeitpunkt hinaus gewähren wir Versicherungsschutz für Kinder, deren Eltern für sie staatliche Familienbeihilfe beziehen. Diese Erweiterung gilt bis zum Ende der Familienbeihilfe-Bezugsberechtigung, längstens bis zum Ende des Monats, in dem sie das 25. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Dauer des ordentlichen Präsenz- oder Zivildienstes, sofern dieser innerhalb der Altersgrenzen geleistet wird.

Wird eine Kinderunfall bei Erreichen der definierten Altersgrenzen nicht auf eine Einzelunfallversicherung umgestellt, gilt folgende Vereinbarung: die Berechnung einer Leistung erfolgt im Verhältnis aktuelle Prämie zur Bedarfsprämie für den tatsächlichen Beruf des versicherten Kindes.

Geistig behinderte Kinder, für die die Eltern die Sachwalterschaft innehaben und die im gemeinsamen Haushalt leben, sind vom Alter unbegrenzt versichert. Geistige Behinderung (Mentale Retardierung) bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens.

Artikel 21 – Was gilt für die Einzelunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für die in der Polizza angeführte Person.

Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, erlischt der Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Artikel 22 – Was gilt für die Freizeitunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für die in der Polizza angeführte Person.

Die Versicherung erstreckt sich nur auf solche Unfälle gemäß Artikel 6 – Was ist ein Unfall, die nicht als Arbeitsunfälle oder diesen gleichgestellt im Sinne der Sozialversicherungsgesetze gelten. Voraussetzung ist, dass der Versicherte einen der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden Beruf ausübt. Der Abschluss dieser Variante ist nicht für Arbeitslose, Hausfrauen/Hausmänner, Kinder, Pensionisten, Schüler und Studenten möglich. Liegt keine Berufsausübung vor, ist dies umgehend dem Versicherer zu melden.

Bei Entfall der beruflichen Tätigkeit erlischt die Freizeitunfallversicherung automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, erlischt der Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Artikel 23 – Was gilt für die Partnerunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für zwei erwachsene, namentlich genannte und in der Polizza angeführte Personen. Zu den Erwachsenen zählen Ehepartner oder Lebensgefährten (auch gleichgeschlechtlich).

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizza vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen, ausgenommen Taggeld und Unfallrente, auch für den mitversicherten Partner. Versicherungsschutz für Taggeld und Unfallrente ist nur dann gegeben, wenn eine diesbezügliche Vereinbarung in der Polizza bestätigt wird.

Bei Verständigung über Beendigung der Partnerschaft wird der Vertrag ab Kenntniserlangung bei gleichbleibenden Versicherungssummen in eine Einzelunfallversicherung für den Versicherungsnehmer abgeändert.

Erreicht einer der Partner das 80. Lebensjahr, so wird der Vertrag automatisch mit Ende des Monats, in dem der Partner das 80. Lebensjahr vollendet hat, durch eine Einzelunfallversicherung für Erwachsene für den verbleibenden Partner ersetzt.

Sollten beide Partner im gleichen Monat das 80. Lebensjahr vollenden, erlischt der gesamte Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Artikel 24 – Was gilt für die Familienunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für zwei erwachsene, namentlich genannte und in der Polizze angeführte Personen und die im gemeinsamen Haushalt lebenden namentlich genannten minderjährigen Kinder, Stief-, Adoptiv-, Pflege- oder Enkelkinder. Zu den Erwachsenen zählen Ehepartner oder Lebensgefährten (auch gleichgeschlechtlich).

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizze vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen, ausgenommen Taggeld und Unfallrente, auch für den mitversicherten Partner und Kinder. Versicherungsschutz für Taggeld und Unfallrente ist nur dann gegeben, wenn eine diesbezügliche Vereinbarung in der Polizze bestätigt wird.

Der Versicherungsschutz für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Über diesen Zeitpunkt hinaus gewähren wir Versicherungsschutz für Kinder, deren Eltern für sie staatliche Familienbeihilfe beziehen. Diese Erweiterung gilt bis zum Ende der Familienbeihilfe-Bezugsberechtigung, längstens bis zum Ende des Monats, in dem sie das 25. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Dauer des ordentlichen Präsenz- oder Zivildienstes, sofern dieser innerhalb der Altersgrenzen geleistet wird.

Bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gilt folgende Vereinbarung: alle Leistungen werden mit Ausnahme der Unfallrente um 75% gekürzt. Die Berechnung der Unfallrente erfolgt im Verhältnis aktuelle Prämie zu Bedarfsprämie für den tatsächlichen Beruf der verunfallten Person.

Geistig behinderte Kinder, für die die Eltern die Sachwalterschaft innehaben und die im gemeinsamen Haushalt leben, sind vom Alter unbegrenzt versichert. Geistige Behinderung (Mentale Retardierung) bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens.

Erreicht einer der Elternteile das 80. Lebensjahr, so wird der Vertrag automatisch mit Ende des Monats, in dem der Elternteil das 80. Lebensjahr vollendet hat durch eine Alleinerzieherunfallversicherung für die verbleibenden versicherten Personen ersetzt. Sollten beide Elternteile im gleichen Monat das 80. Lebensjahr vollenden, erlischt der gesamte Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Sterben beide Elternteile bei ein und demselben Unfallereignis unfallkausal innerhalb eines Jahres, leisten wir an die in der Familienunfallversicherung mitversicherten minderjährigen Kinder das Zweifache der je Elternteil vereinbarten Todesfallsumme. Voraussetzung für diese Zusatzleistung ist ein auf die Kinder lautendes Bezugsrecht. Diese Mehrleistung für beide Elternteile zusammen ist mit 100.000 Euro begrenzt.

Artikel 25 – Was gilt für die Alleinerzieherunfallversicherung?

Versicherungsschutz besteht für eine erwachsene, namentlich genannte und in der Polizze angeführte Person und die im gemeinsamen Haushalt lebenden namentlich genannten minderjährigen Kinder, Stief-, Adoptiv-, Pflege- oder Enkelkinder.

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizze vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen, ausgenommen Taggeld und Unfallrente, auch für den mitversicherten Partner und Kinder. Versicherungsschutz für Taggeld und Unfallrente ist nur dann gegeben, wenn eine diesbezügliche Vereinbarung in der Polizze bestätigt wird.

Der Versicherungsschutz für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden. Über diesen Zeitpunkt hinaus gewähren wir Versicherungsschutz für Kinder, deren Eltern für sie staatliche Familienbeihilfe beziehen. Diese Erweiterung gilt bis zum Ende der Familienbeihilfe-Bezugsberechtigung, längstens bis zum Ende des Monats, in dem sie das 25. Lebensjahr vollenden. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Dauer des ordentlichen Präsenz- oder Zivildienstes, sofern dieser innerhalb der Altersgrenzen geleistet wird.

Bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gilt folgende Vereinbarung: alle Leistungen werden mit Ausnahme der Unfallrente um 75% gekürzt. Die Berechnung der Unfallrente erfolgt im Verhältnis aktuelle Prämie zu Bedarfprämie für den tatsächlichen Beruf der verunfallten Person.

Geistig behinderte Kinder, für die der Alleinerzieher die Sachwalterschaft innehat und die im gemeinsamen Haushalt leben, sind vom Alter unbegrenzt versichert. Geistige Behinderung (Mentale Retardierung) bezeichnet einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten eines Menschen sowie damit verbundene Einschränkungen seines affektiven Verhaltens.

Erreicht der Alleinerzieher das 80. Lebensjahr, erlischt der Vertrag automatisch mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Stirbt der Alleinerzieher bei einem Unfallereignis unfallkausal innerhalb eines Jahres und waren die mitversicherten Kinder zum Unfallzeitpunkt Halbweisen, leisten wir an die minderjährigen mitversicherten Kinder das Zweifache der vereinbarten Todesfallsumme des Alleinerziehers. Voraussetzung für diese Zusatzleistung ist ein auf die Kinder lautendes Bezugsrecht. Diese Mehrleistung ist mit 100.000 Euro begrenzt.

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 26 – Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

Unsere Geldleistungen werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung nötig sind.

Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen die Sie nicht verschuldet haben, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige des Versicherungsfalles nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.

Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Artikel 7, Punkte 1 und 5 – Dauerinvalidität - zu beachten.

Für die Verjährung gilt § 12 Versicherungsvertragsgesetz.

Artikel 27 – Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Kein Versicherungsschutz besteht für 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 oder bei der Benützung von Raumfahrzeugen erleidet.

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

Wir geben aber Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet. Diese Luftfahrzeuge müssen für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sein.

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

Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens 50% ihres Jahres-Netto-Einkommens und somit mehr als einen bloßen Spesenersatz aus der Ausübung des Sports, erhält. Es besteht auch kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als von der Österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart – inklusive Training dazu – erleidet. Auch bei Unterschreiten dieser Einkommensgrenze gelten die in den folgenden Punkten der Ausschlussgründe genannten Sportarten nicht versichert.

3. Die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten teilnimmt, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.

4. Die die versicherte Person beim Fußballsport in den jeweiligen vier höchsten Spielklassen erleidet. Gleiches gilt für den Handballsport in den beiden höchsten Spielklassen.

Kein Versicherungsschutz besteht auch bei aggressiven Mannschaftsportarten mit vollem Körperkontakt (wie zum Beispiel: alle Arten von Football, Rugby, Eishockey oder ähnliche Sportarten).
5. Die die versicherte Person beim Gewichtheben, Kraftsportarten oder sonstiger Schwerathletik erleidet.
6. Die die versicherte Person bei Kampfsportarten mit vollem Körperkontakt (wie zum Beispiel: Boxen, Karate, Kickboxen, Escrima oder ähnlichen Sportarten) oder Semikontakt (wie zum Beispiel: Judo, Taekwondo oder ähnlichen Sportarten) erleidet.
7. Die die versicherte Person beim Bergsteigen/Klettern mit außergewöhnlichem Risiko (das ist Klettern im freien Gelände ab einem UIAA-Schwierigkeitsgrad V, Free-Solobegehungen – Klettern ohne Sicherung, Eisklettern; Teilnahme an Expeditionen und ähnliches) erleidet.
Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist auch das Klettern im Klettersteig ab Schwierigkeitsgrad D (Skala nach Kurt Schall) und Bouldern ab Schwierigkeitsgrad 5c+ Fb-bloc (reines Boulder Problem nach Fontainebleau-Skala).
8. Die der versicherten Person zustoßen bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisportes, des Snowboardens sowie Freestyle, Bob-, Skibob-, Skeleton Fahrens, Rodelns oder ähnliches sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.
9. Die der versicherten Person zustoßen beim Rennradfahren mit Teilnahmen an Jedermann-, Amateur-, Bahn-, Straßenrennen und ähnliche Veranstaltungen sowie Downhill-Mountainbiking.
10. Es besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle beim Springreiten, Vielseitigkeits- und Military Reiten, Polospielen, Hindernisreiten, Rennreiten, Teilnahme an Trabrennen, Rodeo- und Westernreiten sowie reitsportlichen Wettkämpfen.
11. Die der versicherten Person zustoßen bei Tauchgängen mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchen tiefer als 40 Meter Tauchtiefe, Wrack- oder Nachtauchen, Solotauchgänge, Apnoetauchen, Höhlen- und Eistauchen, Hailtauchen ohne Schutzkäfig, „Tauchexpeditionen“). Der Versicherungsschutz besteht aber für solche Tauchgänge als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz.
12. Die die versicherte Person erleidet im Zuge von sonstigen nicht namentlich angeführten Risiko- und Extremsportarten. Diese definieren sich durch folgende Eigenschaften:
 - außerordentliche körperliche Strapazen und Konfrontation mit widrigen Naturkräften
 - ungewohnte Körperlagen und -zustände (zum Beispiel freier Fall, hohe Geschwindigkeiten und Beschleunigungskräfte, Rotationsbewegungen, extreme Seitenlagen, die völlig neue Körperorientierungen verlangen)
 - ungewissen Handlungsausgang (das bedeutet, wenn der Erfolg und Misserfolg einer Tätigkeit bzw. Handlung gleichwahrscheinlich sind)
 - unvorhersehbare Situationsbedingungen
 - eine generelle Verletzungs- und Todesfallgefahr beinhalten

Für Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr gelten alle Sportarten mitversichert.

Für Unfälle, die sich bei der Ausübung von gefährlichen Sportarten bzw. Freizeitaktivitäten (zum Beispiel: Tandem-Fallschirmspringen, Rafting, Parasailing, Bungee Jumping, Ballonfahren) ereignen, besteht Versicherungsschutz, wenn diese unter folgenden Voraussetzungen ausgeübt werden:

- während einer Urlaubsreise als Freizeit-Angebot
- einmalig oder anlassbezogen als Geschenk oder Firmenevent

13. Die sich beim Versuch oder der Begehung strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist, ereignen.
14. Die mittelbar oder unmittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird (passives Kriegsrisiko). Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 7. Tages nach Beginn des Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Der Versicherungsschutz gilt auch nicht für die aktive Teilnahme an einem solchen Ereignis.
- Für Unfälle hervorgerufen durch innere Unruhen besteht kein Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilnimmt.
15. Die mittelbar oder unmittelbar
- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - 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.
16. Der versicherten Person infolge
- einer Bewusstseinsstörung; oder
 - einer erheblichen Beeinträchtigung der psychologischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente; oder
 - eines epileptischen Anfalls; oder
 - eines anderen Krampfanfalls, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift.
- Versicherungsschutz besteht aber für Unfälle, wenn dieser Krampfanfall durch ein versichertes Ereignis verursacht wurde.
- 16.1 Versichert sind aber Unfälle infolge kurzfristiger Bewusstseinsstörungen, sofern diese nur kurzfristig sind und keine internistische oder neurologische Erkrankung zugrunde liegt. Die Ausschlussbestimmungen des Punktes 16.2 finden allerdings uneingeschränkt Anwendung.
- 16.2 Eine erhebliche Beeinträchtigung liegt bei einem Lenker eines Kraftfahrzeuges zu Land, Wasser und in der Luft jedenfalls ab einem Blutalkoholwert zum Unfallzeitpunkt von 0,8 Promille vor, bei sonstigen Unfällen ab 1,3 Promille.
17. Die durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
18. Die sich nach Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet hat, ereignen.

Artikel 28 – Welche Sportarten können gegen besondere Vereinbarung mitversichert werden?

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung – in der Versicherungspolizze separat angeführt – sind folgende Sportarten oder Freizeitaktivitäten mitversichert:

- Tauchen über 40 m bis maximal 60 m (mit entsprechender Tauchausbildung und nur mit Pressluftverwendung und Partner)
- Bergsteigen/Klettern ab Schwierigkeitsgrad V bis VII nach UIAA-Skala
- Klettern im Klettersteig im Schwierigkeitsgrad ab D (Skala nach Kurt Schall)
- Bouldern ab Schwierigkeitsgrad 5c+ Fb-bloc (reines Boulder Problem nach Fontainebleau-Skala).
- Canyoning
- Befahren von Wildwasser ab Klasse WW IV
- Rafting
- Rennradfahren mit Teilnahme an Jedermann/Amateur Bahn- und Straßenrennen
- Kitesurfen / Kiteboarding
- Spring-, Rodeo-/Westernreiten, Polo (auch bei Teilnahme an Wettbewerben)
- Kampfsportarten mit umfangreichen Schutzausrüstungen und Semi-Körperkontakt und Wettkämpfe jeglicher Art
- Judo (ohne Wettkampfrisiko)
- Traditionelles Taekwondo

Voraussetzung für diese Vereinbarung: die Sport- oder Freizeitaktivität darf nicht beruflich oder entgeltlich ausgeübt werden.

Artikel 29 – Kann das Motorradrisiko gegen besondere Vereinbarung eingeschlossen werden?

Nur aufgrund besonderer Vereinbarung – in der Versicherungspolizze separat angeführt – ist das Motorradrisiko mitversichert:

Das Motorradrisiko definieren wir:

- Benützung des Motorrades als Fahrer.
- Alle Kraffräder, Kraftroller, Quads und Trikes mit einem Hubraum ab 125 ccm, für deren Inbetriebnahme ein Führerschein der Klasse A notwendig ist.

Artikel 30 – Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns nur für die unmittelbar 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, Punkte 2 und 3 - Dauerinvalidität. bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Ein genereller Abzug erfolgt bei Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (zum Beispiel: Psychosen, Neurosen), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5. Verschlechtert sich der auf dem Antrag anzugebende Gesundheitszustand der versicherten Person während der Vertragslaufzeit erheblich, sind wir berechtigt, den Versicherungsvertrag nach Maßgabe der Bestimmungen des § 1d Versicherungsvertragsgesetz anzupassen. Dies kann durch Änderung der vereinbarten Leistungen (Summenreduktion, Ausschluss oder Anpassung einzelner Leistungsarten) und/oder mittels Prämienzuschlags erfolgen.

Tritt durch die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung mangelnde Versicherbarkeit der versicherten Person ein, sind wir innerhalb eines Monats ab Kenntnis vom Gesundheitszustand berechtigt, den Vertrag mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Mangelnde Versicherbarkeit liegt vor, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder -häufigkeit eines Versicherungsfalles um ein Vielfaches höher liegt, als in der Unfallversicherung kalkuliert.

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 31 – Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (folgend kurz Prämie genannt) ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police 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 Versicherungsvertragsgesetz (siehe Anhang).

2. Neben der Prämie verrechnen wir Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Ihr Verhalten veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren).

Artikel 32 – Was ist bei der Änderung des Berufes, der Beschäftigung, des Motorradrisikos, des Wohnortes sowie Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko zu beachten?

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit/Beschäftigung, des Motorradrisikos, des Wohnortes sowie die Aufnahme einer vertraglich oder beruflichen Sportausübung oder der im Antrag anzugebenden Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst oder zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit/Beschäftigung, des Motorradrisikos, des Wohnortes bzw. der Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko der versicherten Person nach dem zum Zeitpunkt der Veränderung unseres Tarifes eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit/Beschäftigung (nicht aber Motorradrisiko, Wohnort, Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko) eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige zugehen hätte müssen, auch für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung der volle Versicherungsschutz.
- Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit/Beschäftigung (nicht aber Motorradrisiko, Wohnort, Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko) zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der für die neue Berufstätigkeit/Beschäftigung erforderlichen Prämie zurückbleibt.
- Tritt ein auf das Motorradrisiko zurückzuführender Versicherungsfall ein, ohne dass eine Anzeige dazu uns zugegangen und inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der mit dem Einschluss des Motorradrisikos erforderlichen Prämie zurückbleibt. Diese Einschränkung gilt nicht für SOS-Service und REHA-Management.
- Tritt ein auf die neue Sport-/Freizeitaktivitäten mit erhöhtem Risiko zurückzuführender Versicherungsfall ein, ohne dass eine Anzeige dazu uns zugegangen und eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden ist, so besteht für diese Aktivitäten kein Versicherungsschutz.

Bieten wir für die neue Situation grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff Versicherungsvertragsgesetz (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

Artikel 33 – Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Um dem Eintritt des Versicherungsfalles oder einer Erhöhung des Umfangs der Versicherungsleistung vorzubeugen, ist folgende Obliegenheit einzuhalten:

Die versicherte Person besitzt als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung nach österreichischem Recht, die zum Lenken dieses Kraftfahrzeuges vorgeschrieben ist. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

Versichert sind jedoch Unfälle bei der Verwendung von landwirtschaftlichen Fahrzeugen auf Flächen ohne öffentlichen Verkehr auch dann, wenn die kraftfahrrechtliche Berechtigung für das Lenken auf Straßen mit öffentlichem Verkehr nicht vorhanden ist.

Eine Verletzung dieser Obliegenheiten bewirkt die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen. Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind deshalb folgende Obliegenheiten einzuhalten:

- 2.1 Nach einem Unfall, ist von Ihnen oder der versicherten Person 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. Sie oder die versicherte Person haben nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.

- 2.2 Ein Unfall ist uns unverzüglich – spätestens innerhalb einer Woche – in geschriebener Form anzuzeigen.

- 2.3 Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von drei Tagen in geschriebener Form zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

- 2.4 Ein von uns übersandtes Unfallmeldeformular ist von Ihnen oder der versicherten Person wahrheitsgemäß auszufüllen und uns unverzüglich zurückzusenden. Von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

- 2.5 Werden Ärzte von uns beauftragt, hat sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen zu lassen.

- 2.6 Ist Spitalgeld nach Unfall versichert oder besteht ein Anspruch auf Genesungsgeld so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

- 2.7 Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind uns die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Diese Belege gehen dann in unser Eigentum über.

3. Wird eine der in Punkt 2 angeführten Obliegenheiten mit dem Vorsatz verletzt, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu erschweren, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung gemäß § 6 Artikel 3 Versicherungsvertragsgesetz befreit.

4. Wird eine der genannten Obliegenheiten mit einem anderen als den in Punkt 3 beschriebenen Vorsatz oder grobfahrlässig verletzt, so sind wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung gemäß § 6 Artikel 3 Versicherungsvertragsgesetz frei, als die Verletzung der Obliegenheit auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung oder den Umfang der zu erbringenden Leistung einen Einfluss gehabt hat.

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 34 – Was ist die Versicherungsperiode und wann kommt es zu einer stillschweigenden Verlängerung?

1. **Versicherungsperiode**
Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen entrichtet wird.
2. **Vertragsdauer**
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.
3. **Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizza festgesetzte Dauer. Beträgt diese mindestens ein Jahr, gilt das Versicherungsverhältnis jedes Mal um ein Jahr verlängert, wenn es nicht spätestens einen Monat vor Ablauf der Vertragslaufzeit von einem der Vertragspartner in geschriebener Form gekündigt worden ist. Die Kündigung wird erst mit Zugang beim anderen Vertragspartner wirksam und ist rechtzeitig, wenn sie spätestens ein Monat vor Ablauf des Versicherungsvertrages einlangt. Langt die Kündigung rechtzeitig ein, endet der Versicherungsvertrag mit Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit.**
4. **Sind Sie Verbraucher im Sinne des § 1 Abs. 1 Z 2 KSchG, können Sie ein Versicherungsverhältnis, das Sie für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen sind, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres schriftlich kündigen (Kündigungsfrist ebenfalls ein Monat).**
5. **Erfolgt jedoch keine Kündigung, können in der Folge beide Vertragspartner den damit auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Versicherungsvertrag jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres kündigen. Für diese Kündigung gelten obige Bestimmungen analog.**
6. **Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehören (sogenannte Verbraucherverträge im Sinne des § 1 Abs. 1 Z 2 KSchG) gelten folgende Vereinbarungen:**
 - a) **Wir verpflichten uns, Sie frühestens fünf und spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber zu informieren, dass Sie den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen können. Weiters verpflichten wir uns, Sie über die mit der Kündigungsmöglichkeit verbundenen Rechtsfolgen zu informieren (siehe dazu die folgenden Punkte b und c).**
 - b) **Sie haben ab Zugang der oben erwähnten Verständigung - aber auch schon davor – die Möglichkeit, ihren Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zu kündigen. Auch für diese Kündigung gelten die Bestimmungen von Punkt 3.**
 - c) **Wenn Ihre Kündigung nicht spätestens ein Monat vor Ablauf der Vertragsdauer bei uns einlangt, verlängert sich der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit. Der damit auf unbestimmte Zeit abgeschlossene Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Auch für diese Kündigung gelten die Bestimmungen von Punkt 3.**
7. **Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.**

Artikel 35 – Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

1. **Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles**
 - 1.1 **Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben oder wenn Sie einen Anspruch auf Vertragsleistung arglistig erhoben haben. Die Kündigung ist innerhalb eines Monats von uns vorzunehmen**

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

Die Kündigung kann unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

- 1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in Punkt 1.1 genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder seine Anerkennung verzögern.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats von Ihnen vorzunehmen

- nach Anerkennung dem Grunde nach,
- nach erbrachter Versicherungsleistung,
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung,
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung,
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht,
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 26 Wann ist die Leistung fällig).

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

- 1.3 Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist oder wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
3. Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 80. Lebensjahr vollendet, erlischt der Vertrag automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
4. Mit Beginn der Leistung aus der Unfallrente erlischt die Deckung für Unfallrente automatisch.
5. Haben wir mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie (Dauerrabatt) gewährt, können wir bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum, in dem er tatsächlich bestanden hat, geschlossen worden wäre. Ab dreijähriger Vertragslaufzeit beträgt die Ermäßigung 10% und bei zehnjähriger Vertragslaufzeit 20% der Prämie. Dieser Nachlass wird in der Polizze in Prozent und Betrag ausgewiesen und nur bei Kündigungen gemäß § 8 Abs. 3 VersVG nachverrechnet.
6. Nach Eröffnung eines Konkurs- oder Ausgleichsverfahrens über das Vermögen des Versicherungsnehmers können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Frist kündigen.

Artikel 36 – Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 ff Versicherungsvertragsgesetz (Versicherung für fremde Rechnung) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen 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 Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
3. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 37 – Wer kann versichert werden?

Versichert werden können Personen mit dauerndem Aufenthalt in Österreich. Falls die versicherte Person ihren dauernden Aufenthalt außerhalb Österreichs nimmt, sind wir berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis zu kündigen. Dieses Recht steht auch Ihnen zu.

Artikel 38 – Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

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

Artikel 39 – Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Artikel 40 – Auf welcher Basis wird der Vertrag indiziert?

Die Versicherungssummen und Prämien erhöhen sich jährlich zur Hauptfälligkeit der Prämie um den Prozentsatz, der den Veränderungen der Verbraucherpreise gemäß dem Index der Verbraucherpreise (laut Veröffentlichung des Österreichischen Statistischen Zentralamtes) seit der letzten Prämienhauptfälligkeit bzw. der letzten Wertanpassung entspricht, mindestens jedoch um 4 %. Es werden jene Indizes herangezogen, die jeweils drei Monate vor der Hauptfälligkeit Gültigkeit hatten. Wird der genannte Index nicht mehr veröffentlicht, so ist der an seine Stelle getretene Index heranzuziehen. Der Ausgangsindex ist in der Polizze angeführt. Ausgenommen davon sind die Positionen „Taggeld“, „Knochenbruch“, „REHA-Management“, „SOS Service“ und „Fixkosten“.

Diese Vereinbarung kann während der Dauer des Vertrages unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist zur Hauptfälligkeit des Vertrages gekündigt werden.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 idF. BGBl. I Nr. 131/2004)

§ 1d VersVG Versicherung für Menschen mit Behinderung

1. Ein Versicherungsverhältnis darf in Ansehung eines versicherbaren Risikos nicht deswegen abgelehnt oder gekündigt werden oder deshalb von einer höheren Prämie abhängig gemacht werden, weil der Versicherungsnehmer oder Versicherte behindert (§3 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, BGBl. I Nr. 82/2005) ist.
2. Ein Prämienzuschlag darf nur dann vorgesehen werden, wenn der Gesundheitszustand einen bestimmenden Faktor für die Risikokalkulation in dem betreffenden Versicherungszweig darstellt und der individuelle Gesundheitszustand der versicherten Person eine wesentliche Erhöhung der Gefahr bewirkt. Ein Prämienzuschlag darf nur in dem Ausmaß erfolgen, das sich anhand der Risikokalkulation in dem konkreten Versicherungszweig aufgrund der Gefahrerhöhung errechnet.
3. Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer gegenüber offenzulegen, aufgrund welcher (insbesondere statistischer) Daten er zu einer wesentlichen Erhöhung der Gefahr kommt und aufgrund welcher Änderung in der versicherungsmathematischen Berechnung sich der Prämienzuschlag oder die mangelnde Versicherbarkeit des Risikos nach Abs. 1 ergibt. Fehlen statistische Daten oder sind die Daten unzureichend, so ist die Gefahrerhöhung auf der Grundlage von für den individuellen Gesundheitszustand der versicherten Person konkrete Gefahrerhöhung und den Prämienzuschlag sind in einer gesonderten Urkunden auszuweisen diese ist dem Versicherungsnehmer spätestens mit dem Versicherungsschein zu übermitteln.
4. Die vorstehenden Ansätze lassen die Bestimmungen des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes unberührt und gelten sinngemäß auch für den Fall, dass der mit oder für eine behinderte Person abgeschlossene Versicherungsvertrag Wartefristen, einen Risikoausschluss oder Verminderungen der Leistungsumfänge aufweist.

Kündigungsrecht nach § 6 Versicherungsvertragsgesetz

- (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 die 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

Versicherungsfall 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.

Kündigungsrecht nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz

- (1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.
- (2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muss für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.
- (3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§1 Abs. 1 Z2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämienachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrages gewährt worden sind, bleibt unberührt.

Zustimmung zur Ermittlung und sonstigen Verwendung von Daten gem. § 11a Versicherungsvertragsgesetz

- (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies
 1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird oder
 2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
 3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.
- (2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:
 1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
 2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
 3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder
 4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat, oder
 5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßiger Weise bekannt gewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu

- (3) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Zustimmung des Betroffenen nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:
1. untersuchende oder behandelnde Ärzte, Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge oder
 2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer oder
 3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken, oder
 4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige oder
 5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen oder
 6. Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunftserteilung beziehungsweise der Einsichtgewährung zustimmt.
- (5) Gemäß Abs. 1 und 2 erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 108a VAG mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der Abs. 1 und 3 ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.

Verjährung gemäß § 12 Versicherungsvertragsgesetz

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein. Diese muss zumindest mit einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und einer gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein. Nach zehn Jahren tritt jedoch jedenfalls Verjährung ein.
- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist gehemmt.

Kündigung gemäß § 23 Versicherungsvertragsgesetz

- (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 gestattet Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

Kündigung gemäß § 38 Versicherungsvertragsgesetz

Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages 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.

Kündigung gemäß § 39 Versicherungsvertragsgesetz

- (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 Eintrittes 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 zu 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 Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen und Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

Versicherung auf fremde Rechnung gemäß § 75 Versicherungsvertragsgesetz

- (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung 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.