

Informationsbroschüre (Nota Informativa)
zum Versicherungsvertrag
„Bereich Privat“

SicherDurchsLeben **Unfallversicherung**

Fassung April 2017

Die vorliegende Informationsbroschüre enthält

- a) das Informationsschreiben inklusive Glossar**
- b) die Klausel SIT**
- c) die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2007) 55V;
Klausel 24J, 55K, 56K, 57K, 34J, 58K, 35J 66K, 70K, 75F, 88A, 96A, 97A;**
- d) Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz**

und muss dem Versicherungsnehmer vor Unterzeichnung des Versicherungsvertrages bzw. des Versicherungsangebotes überreicht werden.

Bitte lesen Sie vor der Unterzeichnung des Versicherungsvertrages bzw. des Versicherungsangebotes das Informationsschreiben aufmerksam durch.

INFORMATIONSSCHREIBEN

Das vorliegende Informationsschreiben wurde nach der vom ISVAP vorgesehenen Vorlage erstellt, aber dessen Inhalt unterliegt nicht einer vorherigen Genehmigung seitens des ISVAP.

Das vorliegende Informationsschreiben ersetzt nicht die allgemeinen Versicherungsbedingungen, welche der Versicherungsnehmer vor Unterzeichnung des Versicherungsvertrages einsehen muss.

Aktualisierungen der in diesem Schreiben und der Informationsbroschüre enthaltenen Informationen, welche nicht gesetzliche Neuerungen betreffen, können auf der Internetseite www.donauversicherung.at eingesehen werden.

Sollte es sich um gesetzliche Neuerungen handeln, wird die Donau dem Versicherungsnehmer zukünftige Änderungen schriftlich mitteilen.

Für weitere Erläuterungen jeglicher Art steht Ihnen gerne der Versicherungsberater Ihres Vertrauens zur Verfügung.

Das vorliegende Informationsschreiben ist in drei Abschnitte aufgeteilt:

- A. Allgemeine Informationen über das Versicherungsunternehmen
- B. Informationen zum Versicherungsvertrag
- C. Informationen zur Schadensregulierung und Beschwerden

A. INFORMATIONEN ÜBER DAS VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

1. Allgemeine Informationen

Die Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group ist ein österreichisches Versicherungsunternehmen in der Rechtsform einer Aktiengesellschaft und der Vienna Insurance Group zugehörig, mit Geschäftssitz und Hauptniederlassung am Schottenring 15 in 1010 Wien (Österreich), Telefonnr. + 43 (0) 5033070000, Telefax: +43 (0) 503309970000, Internetseite: www.donauversicherung.at, email: donau@donauversicherung.at.

Der Versicherer ist beim Handelsgericht Wien in das Firmenbuch unter 32002m eingetragen und übt die Versicherungstätigkeit aufgrund der von der zuständigen österreichischen Aufsichtsbehörde (Finanzmarktaufsicht „FMA“) erteilten Konzession aus. Der Versicherer untersteht der Kontrolle der vorgenannten FMA. In Italien ist die DONAU Versicherung zur Ausübung der Versicherungstätigkeit im Rahmen der Dienstleistungsfreiheit gemäß Artikel 24 Legislativdekret vom 7. September 2005 („Versicherungskodex“) zugelassen und im Register der Versicherungsunternehmen bei der ISVAP unter der Nummer II.00750 eingetragen.

2. Informationen über die Vermögenssituation des Unternehmens

Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz (2016) entspricht das Eigenkapital des Versicherers einem Betrag in Höhe von € 84,54 Millionen (€ 35,29 Millionen für die Lebensversicherung, € 43,04 Millionen für die Sachversicherung und € 6,21 Millionen für die Krankenversicherung). Das Grundkapital beträgt € 16,57 Millionen (€ 6,21 Millionen für die Lebensversicherung, € 8,86 Millionen für die Sachversicherung und € 1,5 Millionen für die Krankenversicherung). Die Rücklagen, das sind Kapital-, Gewinn- und Risikorücklagen, belaufen sich auf insgesamt auf € 67,97 Millionen (€ 29,08 Millionen für die Lebensversicherung, € 34,18 Millionen für die Sachversicherung und € 4,71 Million für die Krankenversicherung).

Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz (2016) entspricht die Solvabilitätsrate 206,2 % .Bei der Solvabilitätsrate handelt es sich um das Verhältnis zwischen den verfügbaren Eigenmitteln und dem Eigenmittelerfordernis aufgrund der geltenden Gesetzgebung.

B. INFORMATIONEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

Sofern in der Police nicht etwas anderes vereinbart wurde, unterliegt der Versicherungsvertrag bei vereinbarter Vertragslaufzeit von zumindest einem Jahr der „stillschweigenden Verlängerung“.

Hinweis: 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. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht spätestens 60 Tage vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

siehe 55V - Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2007) (in der Folge „AUVB“ genannt), Artikel 33 und Klausel SIT

1. Versicherungsumfang – Einschränkungen und Ausschlüsse

Im Folgenden werden die in der Police angebotenen Versicherungsdeckungen mit den in den allgemeinen Versicherungsbedingungen genau angegebenen Bedingungen und Ausschlüssen angeführt:

1.(a) Versicherungsschutz

Es gibt zwei Versicherungsvarianten:

- **Standard**
- **Plus**

Unfalldefinition für beide Varianten:

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

Weiters gelten als Unfall folgende Ereignisse:

Ertrinken, Erfrierungen, Verbrennen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom, Einatmen von Gasen, Dämpfen oder schädlichen Stoffen, Nahrungsmittelvergiftung, Verschlucken von festen Gegenständen, Plötzliche Zerrung und Zerreißung von Muskeln, Bändern und Meniskusverletzungen, Zerrungen und Zerreißung infolge ungewohnter Kraftanstrengung , Rettung von Menschenleben, Bewusstseinsstörungen, Unfälle infolge Herzinfarkt oder Schlaganfall, Kinderlähmung, Folgen von FSME und Lyme-Borreliose, Tollwut und Wundstarrkrampf, Impffolgeschäden, Infektionskrankheiten infolge Hautverletzungen durch Tiere, Schlangenbisse und Insektenstiche;

Als Unfall gilt auch der Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen auf die versicherte Person übertragen wurden. Weiters sind auch dauerhafte Gesundheitsschädigungen (z.B. allergische Reaktionen) infolge Schlangenbissen und Insektenstichen mitversichert. Impffolgeschäden gelten auch als Unfall, wenn die versicherte Person durch Schutzimpfungen eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.

Die Versicherungsleistung wird nur für Tod, dauernde Invalidität und/oder Unfallhit erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit € 50.000,-- begrenzt.

siehe AUVB, Artikel 6 und 15

1. (b) Deckungsübersicht

Unfallversicherung - Variante „Standard“

Hinweis: Alle beschriebenen Versicherungsleistungen gelten nur als versichert, wenn diese ausdrücklich in der Police dokumentiert wurden.

Eine Invaliditätsversicherung muss **zwingend** abgeschlossen werden und zwar in der Form „Dauernde Invalidität“ und/oder „Unfall-Hit“ gewählt werden:

- Dauernde Invalidität:
Die Leistung wird ab jedem feststellbaren Grad einer dauernden Invalidität erbracht und zwar entsprechend dem festgestellten Invaliditätsgrad und in Verbindung mit einer Progressionsstaffel.
Hinweis: Bei der Unfallversicherung „Light“ wird bis zu einer dauernden Invalidität von 20 % eine verminderte Leistung erbracht. Die Versicherungsleistung beträgt 20 % der gemäß dem festgestellten Invaliditätsgrad entsprechenden Leistung.
- Unfall-Hit:
Die Leistung der vereinbarten (kompletten) Versicherungssumme erfolgt, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad einer dauernden Invalidität mindestens 50% erreicht oder übersteigt.

siehe AUVB, Artikel 7 und 8

Im Rahmen der Erwachsenen-, Partner- und Alleinerzieher- und Familienunfall sind während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes geborene leibliche Kinder einer versicherten Person ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennung der Nabelschnur) innerhalb der ersten 6 Lebensmonate automatisch mitversichert (gilt nur für Dauernde Invalidität).

siehe AUVB, Artikel 20, 21, 22 und 23

Unabhängig vom Vorliegen einer dauernden Invalidität werden bei einem Knochenbruch, der sich während der Vertragslaufzeit ereignet, € 100,-- pro Schadenereignis bezahlt. Die Entschädigungsleistung steht nur einmal pro Versicherungsperiode zur Verfügung.

siehe Klausel 96A

Folgende Eventualleistungen können **variabel** zu einer Invaliditätsversicherung mitversichert werden:

- Unfalltod (**gilt nicht für Kinder** – für Kinder werden nur die Begräbniskosten bezahlt)

siehe AUVB, Artikel 10

- Unfallkosten

siehe AUVB, Artikel 14

Hinweis: Im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für die Unfallkosten werden Kinderbegleitkosten bis max. 10 % und Krankenhausbesuch im Ausland bis max. 25 % der Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt. Hubschrauberrettungskosten werden bis max. EUR 7.500,- und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt.

siehe AUVB, Artikel 14, Punkt 5, 6 und 7

- Unfallrente

siehe AUVB, Artikel 9

- (Pflege)-Taggeld

siehe AUVB, Artikel 11

Hinweis: Pfl egetaggeld wird längstens für 180 Tage ab dem Unfallstag erbracht, wobei für die ersten 7 Tage die Entschädigung um 50% reduziert wird.

- Spitalgeld

siehe AUVB, Artikel 12

- Schmerzensgeld

Hinweis: Ab einem medizinisch bedingten ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens 10 Tagen innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag wird ein einmaliges Schmerzensgeld erbracht..

siehe AUVB, Artikel 13

- Sonderklasse und Sonderklasse/Privatarzt

siehe Klausel 24J und 75F

Unfallversicherung - Variante „Plus“

Hinweis: Alle beschriebenen Versicherungsleistungen gelten nur als versichert, wenn diese ausdrücklich in der Polizza dokumentiert wurden.

Eine Invaliditätsversicherung muss **zwingend** abgeschlossen werden und zwar in der Form „Dauernde Invalidität“ und/oder „Unfall-Hit“ gewählt werden:

- Dauernde Invalidität:
Die Leistung wird ab jedem feststellbaren Grad einer dauernden Invalidität erbracht und zwar entsprechend dem festgestellten Invaliditätsgrad und in Verbindung mit einer Progressionsstaffel.
Hinweis: Bei der Unfallversicherung „Light“ wird bis zu einer dauernden Invalidität von 20 % eine verminderte Leistung erbracht. Die Versicherungsleistung beträgt 20 % der gemäß dem festgestellten Invaliditätsgrad entsprechenden Leistung.
- Unfall-Hit:
Die Leistung der vereinbarten (kompletten) Versicherungssumme erfolgt, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad einer dauernden Invalidität mindestens 50% erreicht oder übersteigt.

siehe AUVB, Artikel 7 und 8

Im Rahmen der Erwachsenen-, Partner- und Alleinerzieher- und Familienunfall sind während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes geborene leibliche Kinder einer versicherten Person ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennung der Nabelschnur) innerhalb der ersten 12 Lebensmonate automatisch mitversichert (gilt nur für Dauernde Invalidität).

siehe AUVB, Artikel 20, 21, 22 und 23

Unabhängig vom Vorliegen einer dauernden Invalidität werden bei einem Knochenbruch, der sich während der Vertragslaufzeit ereignet, € 250,- pro Schadenereignis bezahlt. Die Entschädigungsleistung steht nur einmal pro Versicherungsperiode zur Verfügung.

siehe Klausel 97A

Folgende Eventualleistungen können **variabel** zu einer Invaliditätsversicherung mitversichert werden:

- Unfalltod (**gilt nicht für Kinder** – für Kinder werden nur die Begräbniskosten bezahlt)

siehe AUVB, Artikel 10

- Unfallkosten

siehe 55V AUVB, Artikel 14

***Hinweis:** Im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für die Unfallkosten werden Kinderbegleitkosten bis max. 20 % und Krankenhausbesuch im Ausland bis max. 50 % der Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt. Hubschrauberrettungskosten werden bis max. EUR 10.000,- und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt. Nach einem versicherten Unfall wird zusätzlich eine Beihilfe in der Höhe von € 500,- bezahlt, wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens 21 Tagen durchgeführt hat. Nach einem Unfall im Sinne des Artikels 6 wird zusätzlich eine Beihilfe in der Höhe von € 250,- bezahlt, wenn das versicherte Kind innerhalb von einem Jahren vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Nachhilfe benötigt und nachweislich in Anspruch nimmt.*

siehe AUVB, Artikel 14, Punkt 5, 6 und 7 sowie Klausel 66K

- Unfallrente

siehe AUVB, Artikel 9

- (Pflege)-Taggeld

siehe AUVB, Artikel 11

***Hinweis:** Pfl egetaggeld wird längstens für 180 Tage ab dem Unfalltag erbracht, wobei für die ersten 7 Tage die Entschädigung um 50% reduziert wird.*

- Spitalgeld

siehe AUVB, Artikel 12

- Schmerzengeld

Hinweis: Ab einem medizinisch bedingten ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens 10 Tagen innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag wird ein einmaliges Schmerzengeld.

siehe AUVB, Artikel 13

- Sonderklasse und Privatarzt

siehe Klausel 75F

Sondergefahren - Varianten „Standard“ und „Plus“

Zu beiden Unfallversicherungsvarianten können folgende Zusatzgefahren mitversichert werden:

- Klettern bis zum Schwierigkeitsgrad VIII
- Tauchen bis 40 m:
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf tauchtypische Erkrankungen. Wenn Unfallkosten mitversichert sind, werden die Kosten der Dekompressionskammer bis maximal EUR 10.000,- und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt.
siehe Klausel 88A

1. (c) Leistungseinschränkungen und Ausschlüsse

Die Versicherungsdeckungen unterliegen Einschränkungen, Ausschlüssen und Aussetzungen von Leistungen, welche zu einer verminderten Auszahlung oder Nichtzahlung der Schadenssumme führen können. Betreffend die allgemeinen Ausschlüsse im Detail wird auf folgende Artikel verwiesen:

- AUVB: Artikel 6, Punkt 3 und 4; Artikel 7, Punkte 1 und 2, Punkte 4 bis 6 und Punkt 8; Artikel 8, Punkte 1 und 2; Artikel 9, Punkt 1; Artikel 10, Punkt 4; Artikel 11; Artikel 12, Punkt 1; Artikel 13, Punkt 1; Artikel 14, Punkt 1, Punkte 5 bis 7; Artikel 15; Artikel 18; Artikel 28; Artikel 29 und Artikel 32

Hinweis: Für oben angeführte Deckungen sind bestimmte Selbstbehalte und Höchstsummen vorgesehen. Zur näheren Information wird auf die allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Polizze verwiesen. Zum leichteren Verständnis des Versicherten wird im Folgenden beispielhaft aufgezeigt, wie sich Selbstbehalte und Höchstsummen berechnen.

Beispiel zu den Karenzfristen - Taggeld

Der Versicherungsnehmer beantragt bei Abschluss seiner Unfallversicherung ein (Pflege)-Taggeld. Er entscheidet sich für eine Karenzfrist von 8 Tagen (gegen einen Prämievorteil). D.h. das Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 3 Jahren erst ab dem 8. Tag nach dem Unfalltag gezahlt.

Beispiel zu den Karenzfristen – (Pflege)-Taggeld

Der Versicherungsnehmer beantragt bei Abschluss seiner Unfallversicherung ein (Pflege)-Taggeld. Er entscheidet sich für eine Karenzfrist von 8 Tagen (gegen einen Prämievorteil). Im Zeitpunkt des Unfalles übt die versicherte Person keinen sozialversicherungspflichtigen Beruf aus, anstelle des Taggeldes leisten wir ein Pfl egetaggeld, wenn sich die versicherte Person aufgrund eines Unfalles in ärztlicher Behandlung befindet. Die Höhe des Pfl egetaggeldes entspricht der vereinbarten Versicherungssumme für (Pflege)-Taggeld. Pfl egetaggeld wird längstens für 180 Tage ab dem 8. Tag nach dem Unfalltag erbracht, wobei für die ersten 7 Tage die Entschädigung um 50 % reduziert wird.

1. (d) Entschädigungs- und Altersgrenzen

Hinweis: Die Ersatzleistung aus diesem Vertrag unterliegt den in der Police bzw. in den anwendbaren Bedingungen angegebenen Höchstbeträgen (Versicherungssumme). Bei einigen Leistungen kommt es darüber hinaus darauf an, ob das Standard- oder Plus-Paket bzw. die Light-Version gewählt wurde.

Beispiel zur Entschädigungsgrenze

Durch den Rettungstransport mittels eines Hubschraubers sind Kosten in Höhe von EUR 12.000.- entstanden. Vereinbart wurden unter anderem „Unfallkosten“ im Rahmen der Unfallversicherung – „Standard“, die einen Ersatz von Rettungskosten für Hubschraubertransporte in Höhe von maximal EUR 7.500.- vorsehen. Aufgrund dieser Entschädigungsgrenze werden die Kosten in Höhe von EUR 7.500.- unabhängig von den tatsächlich entstandenen Kosten ersetzt.

Hinweis: In den verschiedenen Versicherungsprodukten (Kinder- und Jugend-, Erwachsenen-, Partner- und Alleinerzieher- und Familienunfall) sind unterschiedliche Altersgrenzen vorgesehen. Die Versicherungsleistung variieren je nach vereinbarter Leistung und Form der Versicherung entsprechend bestehender Altersgrenzen:

In der Kinder- und Jugendunfall gilt der vereinbarte Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Danach besteht Versicherungsschutz mit reduzierten Versicherungssummen.

Für Erwachsene gilt in allen Produkten der vereinbarte Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres. Danach besteht Versicherungsschutz mit reduzierten Versicherungssummen und für die dauernde Invalidität nur in Form einer lebenslangen Rente.

In der Erwachsenenunfall besteht bei Vereinbarung des Ausbildungsnachlasses nach Vollendung des 25. Lebensjahres Versicherungsschutz mit reduzierten Versicherungssummen.

Im Rahmen der Erwachsenen- und Partnerunfall sind während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes geborene leibliche Kinder einer versicherten Person automatisch ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennung der Nabelschnur) bis zur Vollendung der ersten 6 Lebensmonate bzw. des 1. Lebensjahres mitversichert, danach entfällt der Versicherungsschutz.

In der Alleinerzieher- und Familienunfall gilt der vereinbarte Versicherungsschutz für mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Auch alle im Rahmen dieser Unfallversicherungen geborenen leiblichen und adoptierten Kinder sind automatisch ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennung der Nabelschnur) bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mitversichert, danach entfällt der Versicherungsschutz. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Meldung der Geburt an den Versicherer.

siehe AUVB, Artikel 19 bis 24

2. Erklärungen des Versicherten zu den Risikoverhältnissen

Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte muss der Gesellschaft vor Vertragsbeginn über alle versicherungsrelevanten Merkmale informieren.

siehe §§ 16 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

Hinweis: Etwaige falsche oder unvollständige Angaben zu Gefahrumständen bei Vertragsabschluss können den Versicherungsschutz beeinträchtigen bzw. gegebenenfalls zum gänzlichen Verlust des Versicherungsschutzes führen.

3. Risikoänderung (Erhöhung)

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes, Beschäftigung sowie die Aufnahme einer vertraglich oder beruflichen Sportausübung oder der im Antrag anzugebenden besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Personen sind vom Versicherungsnehmer unverzüglich anzuzeigen.

siehe AUVB, Artikel 31 sowie §§ 23 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

Hinweis: Etwaige falsche oder unvollständige Angaben zu Risikoerhöhungen können den Versicherungsschutz beeinträchtigen bzw. gegebenenfalls zum gänzlichen Verlust des Versicherungsschutzes führen.

Im Folgenden werden beispielhaft hypothetische Umstände aufgezeigt, welche zu einer Änderung des Risikos führen:

Beispiel für Risikoänderung (Erhöhung)

Bei Vertragsabschluss hat der Versicherungsnehmer, welcher Angestellter einer Schmelzhütte ist, angegeben, dass er dort in der Verwaltung tätig ist. Aufgrund seiner Teilnahme an Berufsbildungskursen wird seine Wiedereinsetzung für Tätigkeiten beschlossen, welche eine handwerkliche Ausübung vorsehen. Diese Tätigkeiten beinhalten eine größere Unfallgefahr. Wenn der Versicherungsnehmer der Gesellschaft diese Risikoerhöhung nicht mitteilt, wird im Schadensfall die Entschädigung im Verhältnis zwischen der gezahlten Prämie und der aufgrund der neuen Risikosituation tatsächlich zu zahlenden Prämie gekürzt.

Beispiel für Risikoänderung (Erhöhung)

Eine Risikoerhöhung liegt vor, wenn der Versicherte nach Vertragsabschluss mit der regelmäßigen Ausübung einer gefährlichen Sportart (z.B. Mountainbike-Downhill, Wildwasser-Rafting, Judo, Karate) beginnt. Wenn der Versicherungsnehmer der Gesellschaft diese Risikoerhöhung nicht mitteilt, wird im Schadensfall die Entschädigung im Verhältnis zwischen der gezahlten Prämie und der aufgrund der neuen Risikosituation tatsächlich zu zahlenden Prämie gekürzt.

4. Prämie

Die Prämie muss im Voraus für das ganze Versicherungsjahr an das Versicherungsunternehmen bezahlt werden, und zwar mit den üblichen Zahlungsmitteln und den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend. Der Versicherer kann der Zahlung der Jahresprämie in Teilbeträgen ohne Zusatzkosten zustimmen.

siehe AUVB, Artikel 30 sowie §§ 38 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

5. Wertanpassung

Es gilt eine Wertanpassung vereinbart:

1. Die Erhöhung der Versicherungssummen für den Todes- und Invaliditätsfall sowie für Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld und Unfallkosten bzw. die Erhöhung der versicherten Unfall-Rente erfolgt jährlich nach Maßgabe der für das Kalenderjahr der Erhöhung vom Bundesminister für soziale Verwaltung gemäß § 108a ASVG kundgemachten Richtzahl, mindestens aber 4 %.
2. Die erhöhte Versicherungssumme bzw. Unfall-Rente ergibt sich durch Multiplikation der im Zeitpunkt der Erhöhung jeweils geltenden Versicherungssumme mit der Richtzahl (Erhöhung mindestens 4 %). Die Versicherungssummen für den Todes- und Invaliditätsfall sowie für Unfallkosten werden auf ganze Euro, die für Taggeld, Spitalgeld und Genesungsgeld auf 10 Cents genau sowie die Unfall-Rente auf 1 Cent genau aufgerundet.
3. Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme bzw. die Unfall-Rente.
4. Die Erhöhung der Versicherungssummen bzw. der Unfall-Rente und der Prämie erfolgt zur Prämienhauptfälligkeit eines jeden Jahres und wird dem Versicherungsnehmer bestätigt.
5. Wird die Richtzahl nicht mehr verlautbart, gilt der an deren Stelle verlautbarte Wert als Maßstab für die Erhöhungen (Erhöhung mindestens aber 4 %).
6. Diese Vereinbarung kann, unbeschadet des Fortbestandes der sonstigen Vertragsbestimmungen für sich allein vom Versicherungsnehmer und vom Versicherer zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden.

6. Regressanspruch (gilt nicht für Dauernde Invalidität und Unfalltod)

Gemäß § 67 VersVG geht - für den Fall, dass dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zusteht - der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt.

Wenn sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen seine Gäste, Hausangestellte und mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Verwandten und Angehörigen richtet, erklärt der Versicherer seinen Anspruch nur mit Zustimmung des Versicherungsnehmers geltend zu machen, soweit der Schaden nicht vorsätzlich verursacht wurde.

7. Kündigungsrecht im Schadenfall

Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Vertragsleistung arglistig erhoben hat.

siehe AUVB, Artikel 34

8. Verjährung und Verlust der Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

Für die Verjährung gilt § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG). Danach verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in drei Jahren, wobei diese Frist gegenüber Dritten erst ab Kenntnis des Rechts auf die Leistung des Versicherers zu laufen beginnt. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein (Besserstellung zu dem in Artikel 2953 italienisches Zivilgesetzbuch festgesetzten Fristen).

9. Anwendbares Recht

Auf den Versicherungsvertrag ist österreichisches Recht anwendbar. Für den Fall, dass zwingende Regelungen des italienischen Rechts für den Versicherungsnehmer vorteilhafter sind, gehen diese dem österreichischen Recht vor.

Gemäß der Klausel SIT wird die deutsche Sprache zwischen den Parteien als Vertragssprache vereinbart. Dies bedeutet, dass die Vertragsunterlagen und der gesamte Schriftverkehr (insbesondere sämtliche vertraglichen und vorvertraglichen Unterlagen, einschließlich der vorliegenden Informationsschrift, sowie alle schriftlichen und mündlichen Mitteilungen zwischen dem Versicherer, dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten und sonstigen Anspruchsberechtigten) ausschließlich in deutscher Sprache abgefasst werden.

Der Antragsteller erklärt ausdrücklich, die gemäß Artikel 185 des italienischen Versicherungskodex (Legislativdekret Nr. 209/05) zu erteilenden Informationen auf seinen Wunsch in deutscher Sprache erhalten zu haben.

10. Steuerliche Behandlung

Der Vertrag unterliegt der italienischen Versicherungssteuer gemäß dem italienischen Gesetz Nr. 1216 von 1961. Die zur Anwendung kommende Versicherungssteuer bzw. Prämiensteuer ist vom Versicherungsnehmer zu tragen und bereits in der Prämie berücksichtigt.

C. INFORMATIONEN ZU SCHADENSREGULIERUNGEN UND BESCHWERDEN

1. Schadensfälle – Entschädigungszahlungen

Der Schadensfall muss vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherten unverzüglich dem Vermittler, bei welchem die Polizze abgeschlossen wurde, oder der Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group, 1010 Wien (Österreich) schriftlich mitgeteilt werden. In diesem Schreiben müssen das Datum, der Ort und die Ursache des Schadens, dessen Auswirkungen und / oder die ungefähre Höhe des Schadens, wie auch die Namen und Adressen etwaiger Zeugen angeführt werden.

siehe AUVB, Artikel 32

***Hinweis:** Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch vom Versicherer genannte Ärzte untersuchen lässt. Im Fall der Bestellung einer Ärztekommision zur Entscheidung über Meinungsverschiedenheiten hat der Versicherungsnehmer einen Teil der Kosten zu tragen. Die Kosten der Ärztekommision werden von dieser selbst festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Bei Bestellung einer Ärztekommision, ist die versicherte Person verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.*

siehe AUVB, Artikel 26 und 32

2. Beschwerden

Eventuelle Beschwerden, die das Vertragsverhältnis oder die Schadenabwicklung betreffen, können dem Versicherer schriftlich an die folgende Adresse (auch mittels folgender Webseite der DONAU Versicherung <https://secure.donauversicherung.at/services/beschwerdemanagement/>) übermittelt werden:

DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group
Beschwerdemanagement
Schottenring 15
1010 Wien
Telefax: +43 (0)50 330 9970000
Email: donau@donauversicherung.at

Für den Fall, dass der Beschwerdeführer mit dem Ergebnis seiner Beschwerde nicht zufrieden ist oder innerhalb der gesetzlichen Frist von 45 Tagen keine Antwort erhält, ist es möglich eine Beschwerde an die **ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti**, via del Quirinale 21, 00187 Roma, Telefon Nr. 06-421331 zu richten, die folgende Angaben enthalten muss:

- a) Vor- und Zuname sowie Anschrift des Beschwerdeführers und eventuell dessen Telefonnummer;
 - b) Angabe der Person/en, deren Tätigkeit/en Gegenstand der Beschwerde ist;
 - c) kurze Beschreibung der Beschwerdegründe;
 - d) Kopie der an den Versicherer gesendeten Beschwerde und eventuelle Antwort des Versicherers;
 - e) allfällige weitere nützliche Unterlagen zur genaueren Beschreibung der entsprechenden Umstände.
- Es wird darauf hingewiesen, dass bei Meinungsverschiedenheiten über die Quantifizierung der Versicherungsleistung die ausschließliche Kompetenz der gerichtlichen Behörden bestehen bleibt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an Schlichtungsstellen zu wenden, sofern solche existieren.

Im Fall von grenzüberschreitenden Streitigkeiten, d.h. Streitigkeiten zwischen einem Versicherungsnehmer mit Konsumenteneigenschaften aus einem Mitgliedsstaat und einem Unternehmen mit Sitz in einem anderen EU-Land, kann der Beschwerdeführer mit Domizil in Italien die Beschwerde an eine der folgenden Behörden richten:

An die ISVAP, welche die Beschwerde an die zuständige ausländische Behörde/Stelle weiterleitet, worüber sie den Beschwerdeführer informiert und dem sie in weiterer Folge die Antwort mitteilt; Unmittelbar an die zuständige ausländische Behörde oder Stelle.

In Österreich ist die Aufsichtsbehörde Finanzmarktaufsicht (FMA) auch zugleich die zuständige Beschwerdebehörde für den Versicherungssektor. Beschwerden können daher auch direkt per Fax oder auf dem Postweg an folgende Anschrift gesendet werden:

Finanzmarktaufsicht
Beschwerdewesen
Otto-Wagner-Platz 5
A-1090 Vienna (Austria)
Fax: 0043 1 249 59 5199

Auf der folgenden Internet-Seite der Finanzmarktaufsicht finden sich nähere Hinweise zur Übermittlung von Beschwerden: <http://www.fma.gv.at/cms/site/DE/abfragen.html?id=BVU>.

GLOSSAR

Polizze	Eine Polizze ist eine private Urkunde, die das Zustandekommen und den Inhalt des Versicherungsvertrags zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer beweist.
Versicherungsvertrag	Der Versicherungsvertrag kommt durch übereinstimmende rechtsgeschäftliche Willenserklärungen des Versicherers und des Versicherungsnehmers zustande.
Versicherer	Der Vertragspartner des Versicherungsnehmers, der sich zur Deckung des Risikos verpflichtet. Im vorliegenden Fall ist das: DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group Schottenring 15 1010 Wien Österreich
Versicherungsnehmer	Ein Versicherungsvertrag wird zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer geschlossen. Der Versicherungsnehmer muss nicht zwingend die versicherte Person sein
Versicherte Person	Die Person, dessen zivilrechtliche Haftung Gegenstand des Versicherungsvertrages bildet.
Prämie	Der Betrag, den der Versicherungsnehmer einem Versicherer als Gegenleistung für die Risikoabdeckung einmalig oder in Raten bezahlt.
Versicherungsperiode	Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen entrichtet wird.
Versicherungsbeginn	Der Versicherungsbeginn bezeichnet den Zeitpunkt, ab dem der Versicherer den Versicherungsschutz übernimmt.
Vertragsdauer	Die Vertragsdauer beschreibt den zeitlichen Rahmen der Versicherung.
Versicherungsschutz	Versicherungsschutz beschreibt die im Versicherungsvertrag dargelegte Leistung, die das Versicherungsunternehmen im Versicherungsfall zu erbringen hat.
Risiko	Das Risiko bezeichnet die Möglichkeit des Eintritts eines Schaden verursachenden Ereignisses (Schadenfall) bzw. eines Ereignisses aus welchem Schadenersatzverpflichtungen erwachsen oder erwachsen könnten.
Versicherungsfall	Versicherungsfall ist der Eintritt des Ereignisses, das grundsätzlich eine Leistungspflicht des Versicherers bzw. einen Leistungsanspruch des Versicherten entstehen lässt.
Versicherungssumme	Die Versicherungssumme ist die Geldsumme, die als Versicherungsleistung im Versicherungsfall vom Versicherer nach dem Vertrag zu leisten ist.
Obliegenheiten	Gesetzliche oder vertraglich vereinbarte Nebenpflichten des Versicherten/Versicherungsnehmers bzw. Auflagen, deren Verletzung einen Rechtsverlust (zB Leistungskürzung, Prämienerrhöhung) zur Folge hat.
Schadenmeldepflicht	Die Schadenmeldepflicht ist die Anzeigepflicht im Versicherungsfall.
Schadenminderungspflicht	Die Schadensminderungspflicht beschreibt die Obliegenheit des Versicherungsnehmers, alles Zumutbare zu unternehmen, um den entstandenen Schaden so gering wie möglich zu halten.
Familie	Die Familie umfasst den Versicherungsnehmer, seinen im Haushalt

	lebenden Ehepartner bzw. Lebensgefährten und die im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder (auch Adoptivkinder) bis zum vollendeten
Partner	Als Partner gilt der im gemeinsamen Haushalt lebende Ehepartner oder Lebensgefährte.
Invalidität	Dauernde Invalidität tritt ein, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist. Die Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein, von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei der Versicherungsgesellschaft geltend gemacht werden.
Selbstbehalt	Wurde ein Selbstbehalt vereinbart, hat der Versicherungsnehmer/Versicherte einen Teil des Schadens selbst zu tragen, sei es in Form eines Prozentsatzes oder eines fixen Betrages (Selbstbeteiligung).
Spital	Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werkspitäler und Krankenreviere der Exekutive. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.
Unfall	Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet oder stirbt.
Arbeitsunfähigkeit	Die völlige (100 %ige) Arbeitsunfähigkeit beginnt, wenn der Versicherungsnehmer infolge Krankheit oder Gebrechen seine berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichen Urteil in keiner Weise ausüben kann und auch nicht ausübt; sie endet, wenn diese Person nach medizinischem Befund wieder arbeitsfähig ist oder ihre berufliche Tätigkeit wiederaufnimmt.
Unfallkosten	Unfallkosten sind Heil-, Bergungs-, Rückhol- sowie Nottransportkosten

Zeichnung des gesetzlichen Vertreters


VIENNA INSURANCE GROUP
Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group

Mr. [Signature]

SIT - BESONDERE VEREINBARUNG FÜR VERSICHERUNGEN IN ITALIEN

1. Deutsche Vertrags- und Verkehrssprache

Es wird ausdrücklich vereinbart, dass für den beantragten Vertrag die deutsche Sprache als Vertrags- und Verkehrssprache als vereinbart gilt.

Dies bedeutet, dass die Vertragsunterlagen und der gesamte Schriftverkehr (insbesondere sämtliche vertraglichen und vorvertraglichen Unterlagen, einschließlich der vorliegenden Informationsschrift, sowie alle schriftlichen und mündlichen Mitteilungen zwischen dem Versicherer, dem Versicherungsnehmer und dem Versicherten und sonstigen Anspruchsberechtigten) ausschließlich in deutscher Sprache abgefasst werden.

Der Antragsteller erklärt ausdrücklich, die gemäß Artikel 185 des italienischen Versicherungskodex (Legislativdekret Nr. 209/05) zu erteilenden Informationen auf seinen Wunsch in deutscher Sprache erhalten zu haben.

2. Währung

Der Versicherungsvertrag ist in EURO abgeschlossen. Sämtliche Prämien sind in EURO zu entrichten. Etwaige Schadenzahlungen werden ebenfalls in EURO geleistet.

3. Steuern

Alle Prämien und Prämienätzen beinhalten bereits die italienischen Versicherungssteuern (Bruttoprämien).

4. Sonstiges

Für den Versicherungsvertrag gilt österreichisches Recht.

Die Bestimmungen, in welchen auf das Gebiet Österreich Bezug genommen wird, gelten sinngemäß für das Gebiet Italien.

Soweit Klauseln des gegenständlichen Vertrags den zwingenden Bestimmungen des italienischen Rechtes widersprechen sollten, gehen die für den Versicherungsnehmer günstigeren italienischen Bestimmungen vor.

Für den Fall, dass die jeweiligen allgemeinen und besonderen Bedingungen eine Kündigungsfrist von mehr als 60 Tagen vorsehen, gilt eine Kündigungsfrist von 60 Tagen als vereinbart.

55V - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB 2007 in der Fassung 2012)

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 14 / 19 bis 24 gelten nur bei Vereinbarung der entsprechenden Leistungsform / des Produktes, d.h. wenn die Leistungen / das Produkt in der Polizze angeführt sind / ist, versichert.

- Artikel 7 Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität?
- Artikel 8 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Hit?
- Artikel 9 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Rente?
- Artikel 10 Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?
- Artikel 11 Was gilt bei vereinbarter Leistung (Pflege-)Taggeld?
- Artikel 12 Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?
- Artikel 13 Was gilt bei vereinbarter Leistung Schmerzensgeld?
- Artikel 14 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallkosten?
- Artikel 15 Was gilt bei Kinderlähmung und Erkrankung infolge Zeckenbiss?
- Artikel 16 Was zahlen wir zusätzlich?
- Artikel 17 Was gilt bei Donau SOS?
- Artikel 18 Welche Sonderleistungen gelten versichert?
- Artikel 19 Was gilt für Kinder und Jugendliche? (Kinder- und Jugendunfall)
- Artikel 20 Was gilt für Erwachsene? (Erwachsenenunfall)
- Artikel 21 Was gilt für Partner? (Partnerunfall)
- Artikel 22 Was gilt für Alleinerzieher und Kinder? (Alleinerzieherunfall)
- Artikel 23 Was gilt für Familien? (Familienunfall)
- Artikel 24 Was gilt bei Vollendung des 75. Lebensjahres? Was gilt für Senioren? (Seniorenunfall)
- Artikel 25 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?
- Artikel 26 Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten? (Beiziehung der Ärztekommision)

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 27 Wer kann nicht versichert werden? (Gilt ersatzlos gestrichen)
- Artikel 28 Welche Unfälle sind ausgeschlossen?
- Artikel 29 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 30 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 31 Was ist bei Änderung des Berufes, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?
- Artikel 32 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 33 Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?
- Artikel 34 Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

- Artikel 35 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
Artikel 36 Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
Artikel 37 Wie sind Erklärungen abzugeben?
Artikel 38 Welches Recht gilt?

ANHANG

Rententafel.

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 tatsächlich vereinbart sind.

Artikel 2

Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6).

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 wird mit der Einlösung der Police (Art. 30, Prämie), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

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 oder stirbt.

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- Ertrinken;
- Gesundheitsschädigung infolge unabsichtlicher Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung);

- Gesundheitsschädigung infolge Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr;
- Gesundheitsschädigung infolge Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Dünsten, Staubwolken, Säuren oder ähnlich schädlichen Stoffen, auch ohne Vorliegen eines plötzlichen Ereignisses, wenn die versicherte Person den Einwirkungen längstens 3 Tage ausgesetzt war;
- Unfälle, die sich infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles ereignen (siehe auch Art. 29, Pkt. 4);
- Unfälle, die sich infolge Bewusstseinsstörungen ereignen (siehe jedoch Art. 28, Pkt. 9);
- Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben und/oder Sachen erleidet;
- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.
Hinsichtlich krankhaft abnützungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 29, Pkt. 3 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung.

3.1 Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 15 sowie Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

3.2 Als Unfall gilt auch der Ausbruch von Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstigen von Tieren verursachte Hautverletzungen auf die versicherte Person übertragen wurden. Das bloße Einatmen oder Eindringen infektiöser Massen ohne ein derartiges Ereignis steht nicht unter Versicherungsschutz.

3.3 Schutzimpfungen gelten als Unfallereignis, wenn die versicherte Person durch die Schutzimpfungen gegen Infektionskrankheiten eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.

3.4 Als Unfall gelten auch dauerhafte Gesundheitsschädigungen oder der Tod (z.B. allergische Reaktionen), die Folge von Schlangenbissen und Insektenstichen sind.

3.5 Voraussetzung für den Versicherungsschutz gemäß Punkte 3.2 bis 3.4 ist, dass der Ausbruch der Erkrankung frühestens 1 Monate nach Beginn, jedoch spätestens 1 Monat nach Erlöschen der Versicherung stattfindet.

3.6 Eine Leistung für den Versicherungsschutz gemäß Punkte 3.2 bis 3.4 wird von uns nur für Tod, dauernde Invalidität und/oder Unfallhit erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen mit EUR 50.000,- begrenzt.

4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder ein sonstiges Besatzungsmitglied ist,
- mittels des Luftfahrzeuges eine beruflichen Tätigkeit ausübt oder
- Raumfahrzeuge benützt.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7

Was gilt bei vereinbarter Leistung dauernde Invalidität?

1. Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht worden.

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

2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,
- als Rente nach der im Anhang beigefügten Rententafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Schluss des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

2.2 Für Arme, Hände und Finger erfolgt eine unterschiedliche Bemessung der Invaliditätsgrade je nach rechter oder linker Gliedmaße (jeweils eine Aktivseite und eine Passivseite). Die Aktivseite ist vom Versicherungsnehmer im Antrag anzugeben und wird von uns in der Police bzw. in der schriftlichen Deckungszusage dokumentiert. Bei mehreren versicherten Personen muss die Aktivseite für jede Person gesondert bestimmt werden. Ist für Versicherte die Aktivseite weder im Antrag noch in der Police eindeutig festgelegt, wird für die Bemessung des Invaliditätsgrades der Mittelwert aus Aktiv- und Passivseite herangezogen.

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

	<u>Aktivseite</u>	<u>Passivseite</u>
- eines Armes	85 %	75 %
- einer Hand	65 %	55 %
- eines Daumens	20 %	15 %
- eines Zeigefingers	15 %	5 %
- eines anderen Finger	10 %	5 %
- eines Beines		70 %
- eines Fußes		50 %
- einer großen Zehe		5 %
- einer anderen Zehe		2 %
- der Sehkraft beider Augen		100 %
- der Sehkraft eines Auges		40 %
- sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war		65 %
- des Gehörs beider Ohren		80 %
- des Gehörs eines Ohres		25 %
- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles verloren war		45 %
- des Geruchssinnes		10 %
- des Geschmackssinnes		10 %
- der Milz		10 %
- einer Niere		20 %
- sofern jedoch die andere Niere vor Eintritt des Versicherungsfalles beeinträchtigt war oder durch den Versicherungsfall beide Nieren gleichzeitig beeinträchtigt sind		60 %

2.3 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. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

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

5. Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität erbracht und nach folgender Progressionsstaffel erbracht. Bei 100 %iger dauernden Invalidität bezahlen wir 400 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
1	1	21	21	41	57	61	101	81	221
2	2	22	22	42	59	62	107	82	227
3	3	23	23	43	61	63	113	83	233
4	4	24	24	44	63	64	119	84	239
5	5	25	25	45	65	65	125	85	245
6	6	26	27	46	67	66	131	86	251
7	7	27	29	47	69	67	137	87	257
8	8	28	31	48	71	68	143	88	263
9	9	29	33	49	73	69	149	89	269
10	10	30	35	50	75	70	155	90	275
11	11	31	37	51	77	71	161	91	285
12	12	32	39	52	79	72	167	92	295
13	13	33	41	53	81	73	173	93	305
14	14	34	43	54	83	74	179	94	315
15	15	35	45	55	85	75	185	95	325
16	16	36	47	56	87	76	191	96	335
17	17	37	49	57	89	77	197	97	345
18	18	38	51	58	91	78	203	98	355
19	19	39	53	59	93	79	209	99	365
20	20	40	55	60	95	80	215	100	400

Erläuterungen: Beträgt der festgestellte Dauerinvaliditätsgrad mehr als 25 %, dann wird für den 25 % übersteigenden Anteil des Invaliditätsgrades die doppelte Leistung erbracht. Beträgt der festgestellte Dauerinvaliditätsgrad mehr als 60 %, dann wird für den 60 % übersteigenden Anteil des Invaliditätsgrades die sechsfache Leistung erbracht.

Beträgt der festgestellte Dauerinvaliditätsgrad 100 % oder mehr, dann werden 400 % der vereinbarten Versicherungssumme für Dauerinvalidität erbracht.

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

7. 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, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.

Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits erbracht haben, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. 25, Pkt. 2) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

8. Stirbt die versicherte Person

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
- unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

9. Für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden im Todesfall die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten bis zur Höhe von 10% der für dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Unsere Leistung erfolgt an den Überbringer der Originalrechnungen.

Artikel 8

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Hit?

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikel 7 von mindestens 50%, werden 100% der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Artikel 7, Pkt. 5 findet keine Anwendung.

2. Die Invaliditätsleistung zahlen wir

- als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,
- als Rente nach der im Anhang beigefügten Rententafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt.

Artikel 9

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfall-Rente?

1.1 Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikel 7 von mindestens 50%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente bezahlt. Artikel 7, Pkt. 5 findet keine Anwendung.

1.2 Abweichend von Art. 29.3 werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt (d.h., auch wenn der Anteil unter 25% beträgt).

2.1 Die Unfall-Rente wird nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 25 rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten geleistet.

2.2 Die Unfall-Rente wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Fälligkeit der ersten Rente innerhalb von 10 Jahren, wird die Rentenzahlung jedenfalls für den auf die Dauer von 10 Jahren fehlenden Zeitraum an die bezugsberechtigte Person fortgesetzt (Rentengarantie). Diese Rentengarantie gilt nur, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt bereits das 18. Lebensjahr vollendet hat.

3. Bezugsberechtigung

Soferne keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die Erben bezugsberechtigt.

4. Unfall-Rentenversicherungen mit bereits laufenden Rentenzahlungen sind gewinnbeteiligt.

Artikel 10

Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall vereinbarte Summe ausbezahlt.

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

3. Bezugsberechtigung

Soferne keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die Erben bezugsberechtigt.

Artikel 11

Was gilt bei vereinbarter Leistung (Pflege-)Taggeld?

1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2.1 Übt die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalles keinen sozialversicherungspflichtigen Beruf aus, leisten wir anstelle des Taggeldes ein Pflegetaggeld, wenn die versicherte Person aufgrund des Unfalles bei der Bewältigung des Alltags im Umfang von zumindest 50% beeinträchtigt ist und sich in ärztlicher Behandlung befindet.

2.2 Die Höhe des Pflegetaggeldes entspricht der vereinbarten Versicherungssumme für Taggeld. Pflegetaggeld wird längstens für 180 Tage ab dem Unfalltag erbracht, wobei für die ersten 7 Tage die Entschädigung um 50% reduziert wird.

2.3 Für die Feststellung der Beeinträchtigung sind die typischen Alltagsbeschäftigungen der versicherten Person maßgebend. Die Beeinträchtigung ist nach medizinischen Gesichtspunkten festzustellen.

3. Wird eine Karenzfrist vereinbart und auf der Polizze vermerkt, so leisten wir das (Pflege-)Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist.

Artikel 12

Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens 365 Tage innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

4. Bei einem stationären Spitalsaufenthalt im Ausland wird die vereinbarte Leistung verdoppelt. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Österreichs, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Artikel 13

Was gilt bei vereinbarter Leistung Schmerzensgeld?

1. Wir erbringen nach einem medizinisch bedingten, ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens 10 Tagen innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag, ein einmaliges Schmerzensgeld in der Höhe von EUR 1.000,-. Beträgt der ununterbrochene Spitalsaufenthalt mindestens 20 Tage erhöht sich unsere Leistung auf EUR 3.000,-.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Kranken-Reviere der Exekutive.

3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 14

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallkosten?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 3 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1.1 Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Klarstellung: Kosten privater Krankenbehandlungen sind nicht automatisch mitversichert. Sie sind nur dann versichert, wenn

auch die Mehrkosten der privaten Krankenbehandlungen aus ärztlicher Sicht notwendig waren.

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:

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

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für Sonderklasse in Krankenanstalten (Krankenhäusern und Spitälern) werden nicht ersetzt.

Im Ausland entstandene Arzt- und Medikamentenkosten werden - unter Einrechnung der übrigen Unfallkosten - bis maximal 200 % der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

1.2 Die Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen werden bis maximal 100% der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

1.3 Die Kosten für Anwendungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) zur Behebung der Unfallfolgen werden bis maximal 20% der vereinbarten Versicherungssumme auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

2. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Seenot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;

- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Seenot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

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

4.1 Nottransportkosten, das sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransportes der versicherten Person nach Österreich für den Fall, dass der Grad eines Unfalles oder einer Krankheit im Ausland einen solchen erforderlich macht.

Der Rücktransport erfolgt durch eine vom Versicherer genannte Organisation (z.B. Tyrolean Air Ambulance oder Wiener Verein).

4.2 Die von uns genannte Organisation entscheidet über die Notwendigkeit eines Nottransportes und führt diesen auf unsere Kosten durch.

4.3 Wir ersetzen die Kosten des Nottransportes zur Gänze unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme und ohne Anrechnung auf diese.

4.4 Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransportes anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die uns bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

5. Kinderbegleitkosten, das sind die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person, wenn das versicherte Kind zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Dieser Kostenersatz gilt nur für Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Kinderbegleitkosten werden bis maximal 10% der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese ersetzt.

6. Krankenbesuchskosten, das sind bei einem Krankenhausaufenthalt der versicherten Person im Ausland von mindestens fünf Tagen die Kosten für die Reise (angemessenes Transportmittel und Aufenthalt) einer der versicherten Person nahe stehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort. Krankenbesuchskosten werden bis maximal 25% der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese ersetzt.

7. Hubschrauberrettungskosten, das sind die notwendigen Kosten eines Rettungstransportes der versicherten Person mittels Hubschraubers nach einem Unfall. Hubschrauberrettungskosten werden bis maximal EUR 7.500,-- und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei einer entgeltlichen oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung.

Artikel 15

Was gilt bei Kinderlähmung und Erkrankung infolge Zeckenbiss?

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

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

Eine Leistung wird von uns nur für Tod, dauernde Invalidität und/oder Unfallhit erbracht.

Artikel 16

Was zahlen wir zusätzlich?

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 32, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Art. 32, Pkt. 2.4.

Artikel 17

Was gilt bei Donau SOS?

Mitversichert sind Organisation bzw. Kostenübernahme nachstehend angeführter Dienstleistungen.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen ist ein zumindest 24-stündiger Spitalsaufenthalt einer im Versicherungsvertrag versicherten Person aufgrund eines versicherten Unfalles.

Die nachfolgenden Leistungen können allerdings bereits ab dem Eintritt der Unfallfolgen in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen Spitalsaufenthaltes mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind.

1. Dienstleistungen im Haushaltsbereich werden ersetzt, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen im Haushalt des Versicherungsnehmers lebenden Person übernommen werden können.

Darunter fallen z.B.

- Haushaltshilfe
- häusliche Pflege der verunfallten Person
- Essensversorgung
- Wohnungsreinigung
- Wohnungssicherung
- Versorgung von Kindern im gleichen Haushalt
- Versorgung von Haustieren im gleichen Haushalt
- unaufschiebbare Behördenwege

Ersetzt werden die durch den Assistenten organisierten Leistungen durch Professionisten bis zu EUR 75,- am Tag und das für einen Zeitraum von sechs Wochen ab dem Unfalltag.

Im Falle der Betreuung von Kindern bis zum 15. Lebensjahr durch Nachbarn, Bekannte oder Verwandte, die nicht im gleichen Haushalt leben, wird (unter Berücksichtigung des Tagesmaximums von EUR 75,- pro Tag) ein Betrag bis zu EUR 40,- ersetzt.

Pro Kalenderjahr und Vertrag ist die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushaltsbereich auf insgesamt 6 Wochen beschränkt.

Diese Hilfeleistungen werden nur in Österreich übernommen.

2. Weiters werden nach einem Unfall mit Dauerfolgen in Österreich organisiert (nicht jedoch die weiteren Kosten dafür übernommen – siehe auch Pkt. 5):

- Beratung für Lebensplanung
- Psychologische Beratung
- Beratung für Wohnungsumbau
- Beratung für Berufsumschulung

3. Weiters werden bei einem Unfall im Ausland die innerhalb einer Woche nach dem Unfall anfallenden notwendigen Kosten eines Dolmetschers bis zu einem Betrag von EUR 750,- ersetzt.

4. Weiters werden die Kosten einer einmaligen Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen eines versicherten Unfalles übernommen.

5. Beratung und Betreuung

Bei einem versicherten Unfall mit Dauerfolgen von zumindest 35 % dauernde Invalidität oder einem versicherten Todesfall werden zusätzlich zur Organisation auch die Kosten bis zu einem Betrag von EUR 750,- bezahlt:

- Beratung für Lebensplanung,
- psychologische Beratung & Betreuung,
- Beratung für Wohnungsumbau,
- Beratung für Berufsumschulung

Artikel 18

Welche Sonderleistungen gelten vereinbart?

1. Prämienfreistellung für Präsenz- und Zivildienere (gilt nur für Erwachsenenunfall)

Präsenzdienern wird ab erstmaligem Antritt des Grundwehrdienstes (gemäß Wehrgesetz 2001 in der geltenden Fassung), Zivildienere ab erstmaligem Antritt des ordentlichen Zivildienstes (gemäß Zivildienstgesetz 1986 in der geltenden Fassung) aus den versicherten Leistungen für dauernde Invalidität und Tod prämienfreier Versicherungsschutz gewährt.

Diese Freistellung gilt bei Präsenzdienern und Zivildienere maximal für 6 Monate.

Bei Unterbrechung oder vorzeitiger Beendigung des Grundwehrdienstes/des ordentlichen Zivildienstes endet die Prämienfreistellung mit dem Tag der Unterbrechung oder vorzeitigen Beendigung und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn der Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des erstmaligem Antrittes des Grundwehrdienstes/des ordentlichen Zivildienstes bereits seit einem Jahr aufrecht ist. Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung unter Angabe der genauen Dauer (Beginn und voraussichtliches Ende) des Präsenz- oder Zivildienstes verlangen.

Sind außer den Leistungen für dauernde Invalidität und Tod noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.), besteht hinsichtlich dieser Risiken für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

2. Prämienfreistellung bei Babykarenz (gilt nur für Erwachsenenunfall)

Dem Versicherungsnehmer wird ab Antritt des Karenzurlaubes aus den versicherten Leistungen für dauernde Invalidität und Tod prämienfreier Versicherungsschutz gewährt. Diese Freistellung gilt für maximal 6 Monate.

Bei Unterbrechung oder vorzeitiger Beendigung des Karenzurlaubes endet die Prämienfreistellung mit dem Tag der Unterbrechung oder vorzeitigen Beendigung und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn der Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des erstmaligem Antrittes des Karenzurlaubes bereits seit einem Jahr besteht.

Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung unter Angabe der genauen Dauer (Beginn und voraussichtliches Ende) des Karenzurlaubes verlangen.

Sind außer den Leistungen für dauernde Invalidität und Tod noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.), besteht hinsichtlich dieser Risiken für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

3. Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit (gilt nur für Erwachsenenunfall)

Dem Versicherungsnehmer wird bei Arbeitslosigkeit aus den versicherten Leistungen für dauernde Invalidität und Tod prämienfreier Versicherungsschutz gewährt. Diese Freistellung gilt für maximal 6 Monate.

Bei Antritt eines neuen Arbeitsverhältnisses (auch Selbstständigentätigkeit) endet die Prämienfreistellung mit dem ersten Arbeitstag und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn der Versicherungsvertrag bei Beginn der Arbeitslosigkeit bereits seit einem Jahr besteht und die Arbeitslosigkeit zumindest 3 Monate dauert.

Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung verlangen.

Sind außer den Leistungen für dauernde Invalidität und Tod noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.), besteht hinsichtlich dieser Risiken für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

Artikel 19

Was gilt für Kinder und Jugendliche? (Kinder- und Jugendunfall)

1. Die Versicherung wird zur vereinbarten Prämie längstens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr der versicherten Person fortgeführt. Mit Vollendung des 18. Lebensjahres wird der Vertrag ab der auf den 18. Geburtstag folgenden nächsten Hauptfälligkeit auf den Tarif für Erwachsene umgestellt.

2. Tritt nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Versicherungsfall ein, ohne dass eine Umstellung auf den Tarif für Erwachsene erfolgt ist, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach dem für die dem tatsächlichen Alter erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

3. Ist der Familienerhalter Versicherungsnehmer und Prämienzahler für die versicherte Person, so können bei dessen Ableben während der Vertragsdauer die gesetzlichen Vertreter der versicherten Person die prämienfreie Fortführung des Vertrages bis zum ursprünglich vereinbarten Ablauf nach folgender Maßgabe beantragen:

Wir gewähren prämienfreien Versicherungsschutz hinsichtlich der vereinbarten Leistung für dauernde Invalidität. Unsere Entschädigungsleistung ist jedoch mit EUR 75.000,- pro Versicherungsfall und insgesamt für alle Versicherungsfälle aus dieser Leistungsform bis zum vereinbarten Vertragsablauf begrenzt. Die darüber hinausgehenden vereinbarten Versicherungssummen bzw. anderen Leistungen können zu den vereinbarten Prämienätzen beibehalten oder einvernehmlich ausgeschlossen werden. Die Bestimmungen gemäß der Punkte 1 und 2 bleiben dadurch unberührt.

Artikel 20

Was gilt für Erwachsene? (Erwachsenenunfall)

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während aufrechten Versicherungsvertrag neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten 6 Lebensmonate zu 100 % der in der Police genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 75.000,- versichert. Kein Versicherungsschutz besteht für alle anderen prämienpflichtigen Versicherungsleistungen (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.).

2.1 Soweit vereinbart ist, reduziert sich die Prämie für Erwachsene, die sich noch in Ausbildung befinden und über keinen eigenen Haushalt und kein eigenes Einkommen verfügen und das 25. Lebensjahres noch nicht vollendet haben, um den tariflichen Nachlass. Ein Wohnsitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt. Eine Lehrlingsentschädigung gilt nicht als eigenes Einkommen.

2.2 Der Wegfall einer Voraussetzung ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb eines Monats anzuzeigen.

2.3 Artikel 19, Pkt. 2 findet sinngemäß Anwendung.

Artikel 21

Was gilt für Partner? (Partnerunfall)

1. Der Versicherungsschutz gilt für den Versicherungsnehmer und seinen im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartner bzw. Lebensgefährten. Bei Wegfall des gemeinsamen Haushaltes erlischt der Versicherungsschutz für den mitversicherten Partner automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.1 Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Police vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen -ausgenommen Taggeld- für beide Personen zu je 100 %.

2.2 Taggeldleistungen für den mitversicherten Partner erfolgen nur dann, wenn in der Police eine diesbezügliche Vereinbarung getroffen ist.

3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während aufrechten Versicherungsvertrag neugeborenen Kinder der versicherten Partner ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten 6 Lebensmonate zu 100 % der in der Police genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 75.000,- versichert. Kein Versicherungsschutz besteht für alle anderen prämienpflichtigen Versicherungsleistungen (z.B.: Unfallkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.).

4. Im Rahmen der Nottransportkosten gemäß Artikel 14, Pkt. 4.1 bis 4.4 ersetzen wir nach Maßgabe der genannten Bestimmungen auch die Kosten des Rücktransportes der mitversicherten Person als Begleitperson.

5. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes die beiden Partner gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall, die Erben.

Artikel 22

Was gilt für Alleinerzieher und Kinder? (Alleinerzieherunfall)

1. Der Versicherungsschutz gilt für den Versicherungsnehmer und seine im gemeinsamen Haushalt lebenden minderjährigen Kinder (auch Adoptivkinder). Mit Vollendung des 18. Lebensjahres erlischt der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während aufrechem Versicherungsvertrag neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur).

2.2 Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie uns die Geburt innerhalb der ersten 6 Lebensmonate mitteilen.

3. Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizza vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen -ausgenommen Taggeld- für alle versicherten Personen zu je 100 %. Die Leistungen für Taggeld (Artikel 11) können für Kinder nicht vereinbart werden.

4. Im Rahmen der Nottransportkosten gemäß Artikel 14, Pkt. 4.1 bis 4.4 ersetzen wir nach Maßgabe der genannten Bestimmungen auch die Kosten des Rücktransportes einer mitversicherten Person als Begleitpersonen.

5. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes der versicherten Personen die Erben bezugsberechtigt. Im Falle des Todes eines Kindes vor Vollendung des 18. Lebensjahres findet die Bestimmung gemäß Artikel 7, Punkt 9 Anwendung.

Artikel 23

Was gilt für Familien? (Familienunfall)

1. Der Versicherungsschutz gilt für den Versicherungsnehmer, seinen im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartner bzw. Lebensgefährten und die im gemeinsamen Haushalt lebenden minderjährigen Kinder (auch Adoptivkinder). Für den mitversicherten Partner erlischt der Versicherungsschutz bei Wegfall des gemeinsamen Haushaltes automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mit Vollendung des 18. Lebensjahres erlischt der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

2.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während aufrechem Versicherungsvertrag neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers und seines mitversicherten Ehepartners bzw. Lebensgefährten ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur).

2.2 Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie uns die Geburt innerhalb der ersten 6 Lebensmonate mitteilen.

3.1 Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die in der Polizza vereinbarten Leistungen und Versicherungssummen -ausgenommen Todesfall und Taggeld- für alle versicherten Personen zu je 100 %. Die Leistungen für Todesfall (Artikel 10) gelten nur für den Versicherungsnehmer und mitversicherten Partner zu je 100 %.

3.2 Taggeldleistungen für den mitversicherten Ehepartner bzw. Lebensgefährten erfolgen nur dann, wenn in der Polizza eine diesbezügliche Vereinbarung getroffen ist. Die Leistungen für Taggeld (Artikel 11) können für Kinder nicht vereinbart werden.

4. Im Rahmen der Nottransportkosten gemäß Artikel 14, Pkt. 4.1 bis 4.4 ersetzen wir nach Maßgabe der genannten Bestimmungen auch die Kosten des Rücktransportes einer mitversicherten Person als Begleitpersonen.

5. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes eines der beiden Partner die beiden Partner gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall, die Erben. Im Falle des Todes eines versicherten Kindes sind die Erben bezugsberechtigt. Im Falle des Todes eines Kindes vor Vollendung des 18. Lebensjahres findet die Bestimmung gemäß Artikel 7, Punkt 9 Anwendung.

Artikel 24

Was gilt bei Vollendung des 75. Lebensjahres? Was gilt für Senioren? (Seniorenunfall)

1. Mit Ablauf des Versicherungsjahres, indem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrages die Versicherungssummen bei gleich bleibender Prämie um 50%.

2. Gemäß Art. 7, Pkt. 2.1 und Art. 8, Pkt. 2 erfolgt die Leistung aus dem Titel der dauernden Invalidität und Unfall-Hit in Form einer lebenslangen Rente, da der Versicherte am Unfallstag bereits das 75. Lebensjahr vollendet hat.

Artikel 25

Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat. Unterbleibt die Vorlage der von uns zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen, wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.
3. Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.
4. Die Fälligkeit unserer Leistung tritt ebenfalls ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
5. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 26

Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten? (Beiziehung der Ärztekommision)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, oder über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7, Pkt. 7 entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Artikel 25, Pkt. 1 (Fälligkeit unserer Leistung) die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn einer der beiden Vertragsparteien innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.
5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen, in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des Art. 7, Pkt. 7 trägt die Kosten, wer die Neuaufstellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25 % des strittigen Betrages, begrenzt.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 27

Wer kann nicht versichert werden?
Gilt ersatzlos gestrichen

Artikel 28

Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benutzung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benutzung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Art. 6, Pkt. 4 fällt;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen, wenn dabei die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten mitentscheidend ist.
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisportes, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. beim Klettern am Fels (Begehung von Kletterrouten), insoweit diese Unfälle nicht mittels besonderer Vereinbarung ausdrücklich mitversichert sind;
5. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist;
6. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art zusammenhängen;
7. durch Innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
8. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren,verursacht werden;
9. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
10. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Artikel 29

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 Art. 7, Punkte 2.1 bis 2.3 und 3. bemessen.

3. Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankhaft abnützungsbedingte Veränderungen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, den Eintritt des Unfalls und/oder die Unfallfolgen beeinflusst, ist die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Veränderung zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.

4. Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten nicht als Unfallfolge.

5. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) und sonstige psychische Reaktionen, auch wenn diese auf einer organischen Schädigung oder Reaktion beruhen, gelten nicht als Unfallfolgen.

6. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

7. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

8. Netzhautablösungen und deren Folgen begründen keine Leistungspflicht des Versicherers bei zuvor bestandener Sehbehinderung von mehr als 12 Dioptrien.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 30

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Wird Ratenzahlung vereinbart, so haben wir mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die nach der ersten Prämienrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Ratenvereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39 und 39a VersVG.

Artikel 31

Was ist bei der Änderung des Berufes, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?

Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes, Beschäftigung sowie die Aufnahme einer vertraglich oder beruflichen Sportausübung oder der im Antrag anzugebenden besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Personen 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, die Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung unseres gültigen Tarifes eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- Ergibt sich 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, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz.
- Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach dem für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Polizze berechneten Prämie ergeben.

- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

Artikel 32

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

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

Die Verletzung dieser Obliegenheit bewirkt die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.

2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen vom Bezugsberechtigten ab Kenntnis des Todesfalles und Bestehen des Versicherungsverhältnisses anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3. Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

2.4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

2.5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden. Außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenheilanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns genannten Ärzte untersuchen lässt.

2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist uns nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.10. Sind auch Unfallkosten versichert, so sind uns die Originalbelege zu überlassen. Im Falle eines Nottransportes muss die von uns bezeichnete Organisation unverzüglich verständigt und ihren Veranlassungen Folge geleistet werden.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 33

Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?

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. Automatische Vertragsverlängerung

2.1. Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizza festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.

Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von 3 Monaten, zur Verfügung.

2.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens sechs Monate, spätestens aber vier Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird.

2.3. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 34

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 Sie kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder seine Anerkennung verzögern.

In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 26);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 25).

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

1.2. 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 vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erworbenen 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.

1.3. 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. Haben wir mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie 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.

Artikel 35

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 VersVG sind so 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 Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 36

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 37

Wie sind Erklärungen abzugeben?

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

Artikel 38

Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

ANHANG: RENTENTAFEL

auf Grund der österreichischen Sterbetafel AVÖ 2005 und eines Zinsfußes von jährlich 2,25 % (Art. 7, Pkt. 2.1).

Jahresbetrag der monatlich im voraus zahlbaren lebenslangen Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1.000,-.

Alter	75	76	77	78	79	80	
Jahresrente	75,95	79,44	83,28	87,53	92,21	103,11	für Männer
in EUR	68,68	71,66	74,93	78,55	82,56	87,00	für Frauen

24J - UNFALLKOSTEN - KOSTEN FÜR SONDERKLASSE

In Erweiterung zu Art. 14 Pkt. 1.1 AUVB werden nach einem Unfall auch die Kosten der Sonderklasse in Krankenanstalten (Krankenhäusern und Spitälern) sowie der im Rahmen der Sonderklassebehandlung aufgewendeten privaten Behandlungskosten (inkl. Vor- und Nachbehandlung) im Rahmen der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

Sämtliche Leistungen werden von der Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group erbracht, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

75F - UNFALLKOSTEN - KOSTEN FÜR SONDERKLASSE UND PRIVATARZT

In Erweiterung zu Art. 14 Pkt. 1.1 AUVB werden nach einem Unfall auch die Kosten der Sonderklasse in Krankenanstalten (Krankenhäusern und Spitälern) sowie der im Rahmen der

Sonderklassebehandlung aufgewendeten privaten Behandlungskosten (inkl. Vor- und Nachbehandlung) im Rahmen der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

In Erweiterung zu Art. 14 Pkt. 1.1 AUVB werden nach einem Unfall auch die Kosten von privaten Arztbehandlungen ohne stationärem Aufenthalt in einer Krankenanstalt (Krankenhaus und Spital) im Rahmen der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

Sämtliche Leistungen werden von der Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group erbracht, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

66K – BESONDERE BEDINGUNG FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG-„PLUS“

Voraussetzung für nachstehende Erweiterungen ist die vertragliche Vereinbarung der jeweiligen Versicherungsleistung (Dauernde Invalidität, Tod und/oder Unfallkosten) mittels Dokumentation auf der Polizze.

1. Dauernde Invalidität

- 1.1 Die Progressionsstaffel gemäß Art. 7, Pkt. 5 AUVB wird geändert und zwar dahingehend, dass ab dem festgestellten Dauerinvaliditätsgrad von 90 % oder mehr 420 % der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt werden.
- 1.2 Abweichend von Art. 20, Pkt. 1 und Art. 21, Pkt. 3 AUVB gelten die neugeborenen Kinder automatisch bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres mitversichert.

2. Unfalltod

In Ergänzung zu Art. 10 AUVB werden bei einem tödlichen Unfall auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letzten Wohnort in Österreich und die Bestattung bis maximal 5 % der vereinbarten Versicherungssumme für Todesfall und ohne Anrechnung auf diese ersetzt.

3. Unfallkosten

- 3.1 Abweichend von Art. 14, Pkt. 5 AUVB werden Kinderbegleitkosten bis maximal 20 % der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese ersetzt.
- 3.2 Abweichend von Art. 14, Pkt. 6 AUVB werden Krankenbesuchskosten bis maximal 50 % der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese ersetzt
- 3.3 Abweichend von Art. 14, Pkt. 7 AUVB werden Hubschrauberrettungskosten bis maximal EUR 10.000,- und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt.
- 3.4 Abweichend von Art. 14, Pkt. 1.3 AUVB werden die Kosten für Anwendungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) zur Behebung der Unfallfolgen bis maximal 40 % der vereinbarten Versicherungssumme auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.
- 3.5 **Kurkostenbeihilfe**
Nach einem versicherten Unfall wird eine Beihilfe in der Höhe von EUR 500,- bezahlt, wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren vom Unfalltage an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens 21 Tagen durchgeführt hat. Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal bezahlt.

3.6 Nachhilfegeld

Nach einem versicherten Unfall wird eine Beihilfe in der Höhe von EUR 250,- bezahlt, wenn das versicherte Kind innerhalb von einem Jahr vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Nachhilfe benötigt und nachweislich in Anspruch nimmt. Das versicherte Kind muss sich zum Zeitpunkt des Unfalles in Schulausbildung befinden und darf das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal bezahlt.

96A - KNOCHENBRUCH VARIANTE „STANDARD“

Unabhängig vom Vorliegen einer dauernden Invalidität werden bei einem Knochenbruch, der sich während der Vertragslaufzeit ereignet, EUR 100,-- pro Schadenereignis bezahlt. Die Entschädigungsleistung steht nur einmal pro Versicherungsperiode zur Verfügung und unterliegt keiner Wertanpassung.

97A - KNOCHENBRUCH VARIANTE „PLUS“

Unabhängig vom Vorliegen einer dauernden Invalidität werden bei einem Knochenbruch, der sich während der Vertragslaufzeit ereignet, EUR 250,-- pro Schadenereignis bezahlt. Die Entschädigungsleistung steht nur einmal pro Versicherungsperiode zur Verfügung und unterliegt keiner Wertanpassung.

88A - TAUCHERRISIKO

Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der nichtberuflichen bzw. nicht wettkampfmäßigen Ausübung des Tauchsportes bis zu einer Tauchtiefe von 40m zustoßen können.

In Erweiterung der Bestimmungen der AUVB gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen mit dauerhaften Folgen infolge

- Stickstoffintoxikation (Tiefenrausch)
- CO₂ Intoxikation (Ensufflement)
- Sauerstoffintoxikation
- Atemgasembolie (AGE, Barotraumen)
- Dekompressionskrankheit

Allmähliche Einwirkungen bleiben in jedem Fall ausgeschlossen.

Wenn Unfallkosten mitversichert sind, werden die Kosten der Dekompressionskammer bis maximal EUR 10.000,- und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt.

70K - UNFALLRENTE AB 35% DAUERENDE INVALIDITÄT

Artikel 9 AUVB findet mit folgender Änderung Anwendung.

Punkt 1.1 lautet wie folgt:

Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikels 7 von mindestens 35% und weniger als 50%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person eine Unfallrente in Höhe von 50% der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikels 7 von mindestens 50%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente bezahlt. Artikel 7 Pkt. 5 findet keine Anwendung.

55K - BIS 5% DAUERENDE INVALIDITÄT HALBE LEISTUNG

Abweichend von Artikel 7, Punkt 5 AUVB wird bis zu einem festgestellten Invaliditätsgrad von 5% die Leistung um 50% reduziert. Die volle Versicherungsleistung wird erst bei Vorliegen einer dauernden Invalidität von mehr als 5% erbracht.

56K - BIS 5% DAUERENDE INVALIDITÄT KEINE LEISTUNG

Abweichend von Artikel 7, Punkt 5 AUVB wird bis zu einem festgestellten Invaliditätsgrad von 5% keine Leistung erbracht. Die Versicherungsleistung wird erst bei Vorliegen einer dauernden Invalidität von mehr als 5% erbracht.

57K - BIS 10% DAUERENDE INVALIDITÄT HALBE LEISTUNG

Abweichend von Artikel 7, Punkt 5 AUVB wird bis zu einem festgestellten Invaliditätsgrad von 10% die Leistung um 50% reduziert. Die volle Versicherungsleistung wird erst bei Vorliegen einer dauernden Invalidität von mehr als 10% erbracht.

34J - BIS 10% DAUERENDE INVALIDITÄT KEINE LEISTUNG

Abweichend von Artikel 7, Punkt 5 AUVB wird bis zu einem festgestellten Invaliditätsgrad von 10% keine Leistung erbracht. Die Versicherungsleistung wird erst bei Vorliegen einer dauernden Invalidität von mehr als 10% erbracht.

58K - BIS 25% DAUERENDE INVALIDITÄT HALBE LEISTUNG

Abweichend von Artikel 7, Punkt 5 AUVB wird bis zu einem festgestellten Invaliditätsgrad von 25% die Leistung um 50% reduziert. Die volle Versicherungsleistung wird erst bei Vorliegen einer dauernden Invalidität von mehr als 25% erbracht.

35J - BIS 25% DAUERENDE INVALIDITÄT KEINE LEISTUNG

Abweichend von Artikel 7, Punkt 5 AUVB wird bis zu einem festgestellten Invaliditätsgrad von 25% keine Leistung erbracht. Die Versicherungsleistung wird erst bei Vorliegen einer dauernden Invalidität von mehr als 25% erbracht.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG - BGBl. Nr. 2/1959 idF. BGBl. Nr. 33/2003).

§ 5b. (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine schriftliche Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat dieser ihm unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung auszuhändigen.

(2) Hat der Versicherungsnehmer die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit sie nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung oder hat er entgegen Abs. 1 keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten, so kann er binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten; der Beweis der rechtzeitigen Ausfolgung dieser Urkunde obliegt dem Versicherer. Die Rücktrittsfrist beginnt erst zu laufen, wenn dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist. Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der Schriftform; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(3) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Wochen beträgt.

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung

zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur 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 Zwecke 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 Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

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

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

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

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers 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.

(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.

§ 16. (1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluss des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluss des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluss ausüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und schriftlich gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen

Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 17. (1) Der Versicherer kann vom Vertrag auch dann zurücktreten, wenn über einen erheblichen Umstand eine unrichtige Anzeige gemacht ist.

(2) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn die Unrichtigkeit dem Versicherer bekannt war oder die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unrichtig gemacht worden ist.

§ 18. Hatte der Versicherungsnehmer die Gefahrenumstände an der Hand schriftlicher, vom Versicherer gestellter Fragen anzuzeigen, so kann der Versicherer wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach dem nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt worden ist, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

§ 19. Wird der Vertrag von einem Bevollmächtigten oder von einem Vertreter ohne Vertretungsmacht abgeschlossen, so kommt für das Rücktrittsrecht des Versicherers nicht nur die Kenntnisnahme und die Arglist des Versicherungsnehmers in Betracht. Der Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeige eines erheblichen Umstandes ohne Verschulden unterblieben oder unrichtig gemacht ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch ihm selbst Verschulden zur Last fällt.

§ 20. (1) Der Rücktritt ist nur innerhalb eines Monats zulässig. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt.

(2) Der Rücktritt ist gegenüber dem Versicherungsnehmer zu erklären. Im Falle des Rücktrittes sind, soweit dieses Bundesgesetz nicht in Ansehung der Prämie etwas anderes bestimmt, beide Teile verpflichtet, einander die empfangenen Leistungen zurückzugewähren; eine Geldsumme ist von dem Zeitpunkt des Empfanges an zu verzinsen.

§ 21. Tritt der Versicherer zurück, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist, so bleibt seine Verpflichtung zur Leistung gleichwohl bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt ist, keine Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit er keine Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 22. Das Recht des Versicherers, den Vertrag arglistiger Täuschung über Gefahrenumstände anzufechten, bleibt unberührt.

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

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

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

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

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

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

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablaufe der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzuge, 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 Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkte mit der Zahlung im Verzuge ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablaufe der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus. § 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit EUR 60,- im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 43. (1) Versicherungsagent ist, wer von einem Versicherer ständig damit betraut ist, für diesen Versicherungsverträge zu vermitteln oder zu schließen. Die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes gelten überdies für den, der auch nur im Einzelfall vom Versicherer betraut ist, sowie für den, der mit nach den Umständen anzunehmender Billigung des Versicherers als Versicherungsagent auftritt.

(2) Ein Versicherungsagent gilt, auch wenn er nur mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betraut ist, als bevollmächtigt, in dem Versicherungszweig, für den er bestellt ist:

1. Anträge auf Abschluss, Verlängerung oder Änderung eines Versicherungsvertrages sowie den Widerruf solcher Anträge entgegenzunehmen;
2. die Anzeigen, welche während der Dauer des Versicherungsverhältnisses zu machen sind, sowie Kündigungs- und Rücktrittserklärungen oder sonstige das Versicherungsverhältnis betreffende Erklärungen vom Versicherungsnehmer entgegenzunehmen;
3. die vom Versicherer ausgefertigten Versicherungsscheine oder Verlängerungsscheine auszuhändigen;
4. Prämien nebst Zinsen und Kosten anzunehmen, sofern er sich im Besitz einer vom Versicherer unterzeichneten Prämienrechnung befindet; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift.

§ 62. (1) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und haben diese entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtgemäßen Ermessen zu handeln.

(2) Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen nicht geringer gewesen wäre.

§ 67. (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Schadensersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

§ 69. (1) Wird die versicherte Sache vom Versicherungsnehmer veräußert, so tritt an Stelle des Veräußerers der Erwerber in die während der Dauer seines Eigentums aus dem Versicherungsverhältnis sich ergebenden Rechte und Pflichten des Versicherungsnehmers ein.

(2) Für die Prämie, welche auf die zur Zeit des Eintrittes laufende Versicherungsperiode entfällt, haften der Veräußerer und der Erwerber zur ungeteilten Hand.

(3) Der Versicherer hat die Veräußerung in Ansehung der durch das Versicherungsverhältnis gegen ihn begründeten Forderungen erst dann gegen sich gelten zu lassen, wenn er von ihr Kenntnis

erlangt; die Vorschriften der §§ 1394 bis 1396 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches sind entsprechend anzuwenden.

§ 70. (1) Der Versicherer ist berechtigt, dem Erwerber das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Frist von einem Monate zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkte an ausübt, in welchem er von der Veräußerung Kenntnis erlangt hat.

(2) Der Erwerber ist berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen; die Kündigung kann nur mit sofortiger Wirkung oder auf den Schluss der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach dem Erwerb ausgeübt wird; hatte der Erwerber von der Versicherung keine Kenntnis, so bleibt das Kündigungsrecht bis zum Ablauf eines Monats von dem Zeitpunkt an bestehen, in welchem der Erwerber von der Versicherung Kenntnis erlangt hat.

(3) Wird das Versicherungsverhältnis aufgrund dieser Vorschriften gekündigt, so hat der Veräußerer dem Versicherer die Prämie zu zahlen; der Erwerber haftet in diesen Fällen für die Prämie.

§ 71. (1) Die Veräußerung ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Wird die Anzeige weder vom Erwerber noch vom Veräußerer unverzüglich erstattet, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt bestehen, wenn ihm die Veräußerung in dem Zeitpunkte bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen, oder wenn die Anzeige nicht vorsätzlich unterlassen worden ist und die Veräußerung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintrittes des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist.

§ 151. (1) Ist die Versicherung für die Haftpflicht aus einem geschäftlichen Betrieb des Versicherungsnehmers genommen, so erstreckt sie sich auf die Haftpflicht der Vertreter des Versicherungsnehmers sowie auf die Haftpflicht solcher Personen, welche er zur Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebes angestellt hat. Die Versicherung gilt insoweit, als für fremde Rechnung genommen.

(2) Wird im Falle des Abs. 1 das Unternehmen an einen Dritten veräußert oder aufgrund eines Fruchtnießungsrechtes, eines Pachtvertrages oder eines ähnlichen Verhältnisses von einem Dritten übernommen, so tritt an Stelle des Versicherungsnehmers der Dritte in die während der Dauer seiner Berechtigung sich aus dem Versicherungsverhältnisse ergebenden Rechte und Pflichten ein. Die Vorschriften des § 69 Abs. 2 und 3 und der §§ 70 und 71 sind entsprechend anzuwenden.