



Donau Privatschutz Unfall

Glossar und Bedingungen

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 18. Lebensjahr.
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, Werksspitäler 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.

BEDINGUNGEN UND KLAUSELN

1134K – BESONDERE VEREINBARUNGEN FÜR AUßERHALB ÖSTERREICHS BELEGENE RISIKEN

1. Deutsche Vertrags- und Verkehrssprache

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

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

2. Währung

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

3. Anwendbares Recht, Gerichtsstand

Aufgrund der Wahlmöglichkeit nach Art. 7, Abs. 3 der Verordnung (EG) 593/2008 (Rom-I-Verordnung) wird die Anwendung des Rechts jenes Mitgliedstaats des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) vereinbart, in dem zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses das Risiko belegen ist. Hat jedoch der Versicherungsnehmer seinen gewöhnlichen Aufenthalt zu diesem Zeitpunkt in Österreich, so wird die Anwendung österreichischen Rechts unabhängig von der Belegenheit des versicherten Risikos vereinbart.

Soweit die im gegenständlichen Vertrag zwingenden Bestimmungen dem Recht des jeweiligen Mitgliedstaats widersprechen, gehen diese Bestimmungen den vertraglichen Bestimmungen vor.

Der Gerichtsstand wird auf Grundlage der Verordnung (EU) Nr. 1215/2012 und nachfolgender Änderungen in der zum Zeitpunkt der Klageeinreichung jeweils gültigen Fassung bestimmt.

Sofern das Risiko nicht in einem Mitgliedstaat des EWR belegen ist und keine zwingenden Bestimmungen des Staats der Risikobelegenheit dem widersprechen, wird die Anwendung österreichischen Rechts vereinbart.

4. Verweise auf Gebiet, Gesetze und Verordnungen

Sämtliche Bestimmungen im Versicherungsvertrag, in welchen auf das Gebiet Österreichs Bezug genommen wird, gelten sinngemäß für das Gebiet des jeweiligen Mitgliedstaats.

Sämtliche Bestimmungen im Versicherungsvertrag, in welchen auf Gesetze (z. B. Umwelthaftungsgesetz) oder Verordnungen Österreichs Bezug genommen wird, gelten sinngemäß für die entsprechenden Gesetze und Verordnungen des jeweiligen Mitgliedstaats (siehe geltendes Recht).

Bei vereinbarter Anwendung österreichischen Rechts auf den Vertrag (siehe Punkt 3) gilt Abs. 2 nicht für Bezugnahmen oder Verweise auf das österreichische Versicherungsvertragsgesetz sowie allgemein nicht für Bezugnahmen oder Verweise auf Gesetze und Verordnungen, die den Versicherungsvertrag selbst betreffen und für die somit aufgrund der getroffenen Rechtswahl das jeweilige österreichische Gesetz oder die jeweilige österreichische Verordnung anwendbar bleiben.

5. Deckungsumfang für Auslandsrisiken / Sachversicherung

Schäden durch Terrorakte

Die Klausel „Einschluss von Schäden durch Terrorakte“ hat für außerhalb Österreichs befindliche (gelegene) Risiken keine Gültigkeit. Punkt 4, Abs. 1 ist nicht anwendbar. Für Schäden durch Terrorakte besteht daher kein Versicherungsschutz.

Katastrophendeckung Erdbeben und Wasser

Die Klauseln „Katastrophendeckung Erdbeben“ und „Katastrophendeckung Wasser“ haben für außerhalb Österreichs befindliche (gelegene) Risiken keine Gültigkeit. Punkt 4, Abs. 1 ist nicht anwendbar. Für durch solche Katastrophen verursachte Schäden besteht daher kein Versicherungsschutz.

Assistancepaket

Assistancepakete oder Notfallhilfen mit Organisationen von Dienstleistungen können außerhalb Österreichs nicht angeboten werden. Punkt 4, Abs. 1 ist nicht anwendbar. Der Versicherungsschutz erstreckt sich daher nicht auf Assistancepakete und Notfallhilfen.

6. Für in Italien befindliche (gelegene) Risiken gelten folgende Abweichungen und Ergänzungen zu den Punkten 1 bis 5 als vereinbart:

Zu Pkt. 1 / Deutsche Vertrags- und Verkehrssprache

Ergänzend zu Punkt 1 gilt für Versicherungsnehmer mit Hauptwohnsitz in Italien zusätzlich:

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

Zu Pkt. 3 / Anwendbares Recht, Gerichtsstand

Abweichend von Punkt 3 wird im Hinblick auf Art. 7, Abs. 3 der Verordnung (EG) 593/2008 (Rom-I-Verordnung) in Verbindung mit Art. 180 des gesetzvertretenden Dekrets Nr. 209/2005 (ital. Gesetz über die Privatversicherungen) für diesen Versicherungsvertrag die Anwendung des österreichischen Rechts vereinbart. Zwingende italienische Rechtsvorschriften kommen jedoch in jedem Fall zur Anwendung (Art. 180, Abs. 2 des Gesetzes über Privatversicherungen in Italien).

Der Gerichtsstand wird auf Grundlage der Verordnung (EU) Nr. 1215/2012 und nachfolgender Änderungen in der zum Zeitpunkt der Klageeinreichung jeweils gültigen Fassung bestimmt.

Laufzeiten, Kündigungsfristen

Abweichend zu allgemeinen und besonderen Bedingungen, die eine Kündigungsfrist von mehr als 60 Tagen vorsehen, gilt für beide Vertragsparteien eine Kündigungsfrist von 60 Tagen als vereinbart.

1011A – ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB 2021)

Personenbezogene Bezeichnungen in diesem Dokument beziehen sich auf alle Geschlechter in gleicher Weise.

INHALTSVERZEICHNIS

Mit der Abkürzung EUVB sind die in der Polizza bezeichneten Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung gemeint.

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?
- Artikel 7 Was zahlt der Versicherer zusätzlich?
- Artikel 8 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?
- Artikel 9 Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten?

AUSSCHLÜSSE

Siehe Art. 14 der EUVB

SACHLICHE BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 10 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 11 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 12 Was ist bei Änderung des Wohnorts, der Berufstätigkeit, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?
- Artikel 13 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 14 Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?
 - Artikel 15 Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?
 - Artikel 16 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
 - Artikel 17 Wie sind Erklärungen abzugeben? Änderung der Anschrift
 - Artikel 18 Welches Recht gilt?
 - Artikel 19 Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
 - Artikel 20 Sanktionsklausel
- Anhang

Vorbemerkung

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.
Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalls versichert ist.

VERSICHERUNGSSCHUTZ

ARTIKEL 1

Was ist versichert und wer ist versichert?

Was ist versichert?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus den EUVB und den vereinbarten Klauseln. Aus der Polizza ist ersichtlich, welche Leistungsarten und Versicherungssummen tatsächlich vereinbart sind.

Wer ist versichert?

- Einzelversicherung: die in der Polizza genannte Person
- Partnersversicherung: die in der Polizza angeführten erwachsenen Partner
- Alleinerzieherversicherung: der in der Polizza genannte erwachsene Elternteil und die Kinder

– Familienversicherung: die in der Polizze genannten erwachsenen Eltern und die Kinder

Die genaue Beschreibung über den Umfang des Versicherungsschutzes kann der Versicherungsnehmer den EUVB entnehmen.

ARTIKEL 2

Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls (siehe Art. 6, Begriff des Unfalls).

ARTIKEL 3

Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

ARTIKEL 4

Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die sich während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes ereignen.

ARTIKEL 5

Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist und die Folgen des Zahlungsverzuges sind in Art. 11 geregelt.

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

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39 a VersVG.

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:
 - Plötzliche Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an den Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen. Hinsichtlich abnützungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 10 AUVB, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
 - Ertrinken
 - Erfrierungen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfallereignis entstehen
 - Unfälle, die durch die durch Sekundenschlaf beim Lenken eines Kfz verursacht werden
 - Unfälle, die durch Schlafwandel verursacht werden
 - Gesundheitsschädigung infolge unabsichtlicher Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe
 - Gesundheitsschädigung infolge Einnahme von verdorbenen Lebensmitteln
 - Gesundheitsschädigung infolge Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten siebten Lebensjahr
 - Bei Vergiftungen durch Einatmen schädlicher Stoffe (Gase oder Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren oder ähnlich schädliche Stoffe) wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnitts von bis zu sieben Tagen ausgesetzt war. Ausgenommen davon bleiben jegliche allmähliche Einwirkungen sowie Einwirkungen von nuklearen, chemischen oder biologischen Kampfstoffen.
 - Gesundheitsschädigung, die die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben und/oder Sachen erleidet
 - eine Infektionskrankheit, welche durch von Tieren verursachte Hautverletzungen (Tierbiss, Insektenstich) übertragen wurde. Ein bloßes Einatmen oder Eindringen von Infektionserregern ohne derartiges Ereignis steht nicht unter Versicherungsschutz.Als Unfall gelten ebenfalls Impffolgeschäden von Schutzimpfungen, die als Behandlung bzw. Vorbeugung gegen versicherte Infektionskrankheiten verabreicht wurden, wenn die versicherte Person dadurch eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.
- Eine Leistung wird bei den beiden vorgenannten Unfällen vom Versicherer nur einmalig und nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Diese Gesundheitsschädigung muss innerhalb von 15 Tagen nach Durchführung der Schutzimpfung – aber frühestens 15 Tage nach Beginn und spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung – medizinisch festgestellt werden. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für die Leistungsarten Unfalltod oder Dauernde Invalidität erbracht und bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 50.000,- begrenzt.

- Unfälle, die sich infolge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls ereignen
 - Unfälle, die sich infolge Bewusstseinsstörungen ereignen. Für dadurch verursachte Unfälle leistet der Versicherer für die Leistungsarten „Dauernde Invalidität“ und „Unfalltod“ im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme bis maximal zur Höhe dieses Betrags. Ausgeschlossen bleiben jedoch Unfälle infolge wesentlicher Beeinträchtigung durch Alkohol, Suchtgifte, Medikamente oder psychische Erkrankungen, siehe dazu auch Art. 14 Pkt. 1.10 der EUVB.
 - Selbsttötung und Selbsttötungsversuch gelten nicht als Unfall.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen, mit folgenden Ausnahmen, wobei hier eine Leistung nur im Rahmen der Leistungsarten Dauernde Invalidität nach Artikel 1 und Unfalltod nach Artikel 5 der EUVB erbracht wird:
- a) Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Meningopolyneuritis aufgrund einer durch Zeckenbiss ausgelösten Borrelioseerkrankung, wenn die Krankheit frühestens 15 Tage nach Beginn und spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung serologisch festgestellt wird. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Meningopolyneuritis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.
 - b) Durch einen Unfall verursachter Wundstarrkrampf und Tollwut
 - c) Für die Folgen von Infektionskrankheiten, die nach einer Hautverletzungen durch Insektenstiche oder durch Tierbisse – ausgenommen Pkt. a) – übertragen worden sind. Hinsichtlich dauerhafter Gesundheitsschädigungen (insbesondere allergische Reaktionen), die durch Insektenstiche oder durch von sonstigen Tieren verursachte Hautverletzungen ausgelöst wurden, findet der Art. 10 „Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes“ dieser AUVB keine Anwendung. Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Krankheit frühestens drei Monate nach Ausstellung der Versicherungspolize bzw. spätestens bis drei Monate nach Beendigung des Versicherungsvertrages stattfand. Eine Zahlung wird vom Versicherer nur für die vereinbarten Leistungsarten Unfalltod, Dauernde Invalidität, sowie Heil-, Berge- bzw. Rückholkosten und Hubschrauberkosten erbracht und bleibt mit der Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssummen 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, sofern nicht ein Ausschlussstatbestand gem Art. 14 Pkt. 1.1 der EUVB gegeben ist.
5. Versichert sind Unfälle im Sinne von Art. 6 Pkt. 1 beim nicht beruflichen Tauchen bis 40 Meter Tiefe, sofern ein entsprechender Tauchschein eines staatlich anerkannten Tauchausbildners (z. B. PADI) vorhanden ist.

In diesem Fall gelten auch dabei auftretende tauchtypische Gesundheitsschädigungen mit dauerhaften Folgen als mitversichert:

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

Sonstige allmähliche Einwirkungen bleiben in jedem Fall ausgeschlossen.

ARTIKEL 7

Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 13 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Art. 13 Pkt. 2.2.2.

ARTIKEL 8

Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

- 8.1 Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
- 8.2 Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- 8.3 Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in

Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

- 8.4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ sind überdies Artikel 1.7. und 1.8. der EUVB zu beachten.

ARTIKEL 9

Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten?

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, oder über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen kann ein Schiedsgutachter verbindlich entscheiden, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden „der Anspruchsberechtigte“) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn der Versicherungsnehmer offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder der Versicherungsnehmer länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Pkt. 7 mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen drei Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne von Pkt. 1 sowie unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 13 Pkt. 2.2.4 gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Pkt. 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % des strittigen Betrags betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

SACHLICHE BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

ARTIKEL 10

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

1. Eine Versicherungsleistung wird vom Versicherer 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 vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach den Bestimmungen in Art. 1. Pkt. 2.2 und Pkt. 2.3 der EUVB bemessen.

3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, dann ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Dies gilt auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnützungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. Für Gesundheitsschädigungen,
 - die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z. B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
 - die auf Grund einer Mangel durchblutung des Gehirns (z. B.: Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mangel durchblutung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.
5. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (insbesondere z. B. Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
6. Bei Bandscheibenvorfällen wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese 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 diese durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

ARTIKEL 11

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

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

ARTIKEL 12

Was ist bei der Änderung des Wohnorts, der Berufstätigkeit, der Beschäftigung sowie bei gefährlichen oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?

Veränderungen des im Antrag angegebenen Wohnorts, Berufstätigkeit, der Beschäftigung sowie die Aufnahme einer vertraglichen oder beruflichen Sportausübung oder einer im Antrag anzugebenden gefährlichen und besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Personen sind unverzüglich anzuzeigen.

Unter einer gefährlichen und besonders gefährlichen Freizeitaktivität sind Tätigkeiten zu verstehen, bei denen die versicherte Person einer deutlich höheren Unfallgefahr oder einer bekanntlich höheren Verletzungsgefahr (Verletzungsfolge) unterliegt. Darunter sind z. B. Mannschaftssportarten in der ersten und zweiten Spielklasse (beim Fußball ab der vierten und beim Eishockey ab der dritten Spielklasse aufwärts), Downhill-Mountainbiken, das gesicherte Klettern im Gelände ab der Schwierigkeitsstufe V nach UIAA und Eisfallklettern, das Begehen von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad E gemäß der in Österreich üblichen Skala u. a. zu verstehen. Für einige dieser gefährlichen bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten bietet der Versicherer im Rahmen von Sportpaketen Versicherungsschutz gegen einen Prämienzuschlag an.

Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst oder zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Ergibt sich für den neuen Wohnort, die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährliche Freizeitaktivität des Versicherten gemäß des dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Tarifs:

- eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab welchem dem Versicherer die Anzeige zugehen hätte müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder gefährlichen und besonders gefährliche Freizeitaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer – dem höheren Risiko – angepassten Prämie. Hierzu wird der Versicherer Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos binnen eines Monats einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Änderungsvorschlages des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigt der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die vom Versicherer vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienenerhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Tritt ein auf den neuen Wohnort, die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so wird von dem Versicherer die Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich ergeben, wenn man die für den neuen Wohnort, die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivität erforderlichen Prämiensätze des dem Vertrag zugrundeliegenden Tarifs auf die für die versicherte Person bisher zu verrechnende Prämie anwendet.

- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, die gefährliche oder besonders gefährliche Freizeitaktivität oder die vertragliche bzw. berufliche Sportausübung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, dann finden die Bestimmungen zur Gefahrenerhöhung der §§ 23 bis 30 VersVG Anwendung.

ARTIKEL 13

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

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen von § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeugs die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die nach österreichischem Recht zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeugs erforderlich wäre, besitzt. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird sowie im Ausland.
2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen von § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1.1. Alle (auch mündliche) Angaben sind im Zuge der Schadensabwicklung (auch Abwicklung möglicher Regresse der Versicherungsleistungen) vollständig und wahrheitsgetreu zu machen.
 - 2.2. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.
 - 2.2.1. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von drei Tagen vom Bezugsberechtigten ab Kenntnis des Todesfalles und Bestehen des Versicherungsverhältnisses anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
 - 2.2.2. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
 - 2.2.3. Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden. Dem Versicherer sind alle sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und nach Möglichkeit ist zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.
 - 2.2.4. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von diesem bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - 2.2.5. Ist auch Spitalsgeld versichert, so sind dem Versicherer nach der Entlassung aus dem Spital der Entlassungsbefund und Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
 - 2.2.6. Sind auch Heilkosten und/oder Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten versichert, so sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.
 - 2.2.7. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer für die Leistungsfallprüfung notwendigen verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen. Diese Ermächtigung mit der Belehrung über die Folgen der Einwilligung und der Folgen im Falle eines Widerrufs einer erteilten Ermächtigung wird zu jedem gemeldeten Unfall in geschriebener Form vom Versicherer eingeholt.

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person dem Versicherer die Ermächtigung zur Einholung dieser Unterlagen erteilt und wird diese Ermächtigung im Sinne der Bestimmungen des § 11 a VersVG widerrufen, dann müssen der Versicherungsnehmer bzw. die anspruchsberechtigte versicherte Person alle Krankenunterlagen selbst beschaffen und beibringen. Welche Unterlagen für die Beurteilung des gestellten Anspruchs jeweils erforderlich sind, wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person in geschriebener Form bekanntgeben.

Dazu zählen alle Unterlagen, die

- die Heilbehandlung aufgrund des als Unfallereignis gemeldeten Vorfalles sowie frühere Heilbehandlung betreffen, die mit den geltend gemachten Unfallfolgen in Zusammenhang stehen,
- zur Beurteilung eines Risikoausschlusses wie insbesondere Alkoholisierung und Beeinträchtigung durch Medikamente und Drogen in Zusammenhang stehen bzw.
- zur Beurteilung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes wegen Vorinvalidität am betroffenen Körperteil in Zusammenhang stehen bzw.
- zur Beurteilung der Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen und Degenerationen in Zusammenhang stehen.

Wird die Ermächtigung zur Einholung dieser erforderlichen Unterlagen einerseits verweigert oder widerrufen, aber andererseits die Beschaffung und Beibringung durch den Versicherungsnehmer bzw. die anspruchsberechtigte

versicherte Person ganz oder teilweise verweigert oder erfolgt diese trotz zweimaliger schriftlicher Einforderung unter 14-tägiger Nachfristsetzung grob fahrlässig nicht, und hat dies zur Folge, dass die Leistungsfallprüfung nicht abgeschlossen werden kann, dann sind wir leistungsfrei.

SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

ARTIKEL 14

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. Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr. Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizze ausgewiesene Versicherungsdauer endet.
2. Automatische Vertragsverlängerung
 - 2.1.1. Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird.
Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat, zur Verfügung.
 - 2.1.2. 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 vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum diese Regelungen.
- 2.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

ARTIKEL 15

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 kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, aber nur in den nachstehend genannten Fällen
 - die für diesen Versicherungsfall zu leistende Entschädigung übersteigt einen Betrag von mehr als das Zehnfache der Jahresprämie oder
 - eine im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistungsart Unfallrente dem Grunde nach anerkannt worden ist oder
 - in der jeweiligen Versicherungsperiode sind insgesamt bereits zwei oder mehr Versicherungsfälle nicht aus den Leistungsarten Dauernde Invalidität oder Unfallrente eingetreten und die dafür insgesamt zu leistende Entschädigung übersteigt eine Jahresprämie.Der Versicherer kann auch in dem Fall kündigen, wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach
 - nach erbrachter Versicherungsleistung
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruchs auf Versicherungsleistungvom Versicherer vorzunehmen. Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.
 - 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer in den in Pkt. 1.1 genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder dessen Anerkennung verzögert. Weiters kann der Versicherungsnehmer nach Entscheidung des Schiedsgutachters bzw. nach Rechtskraft des Urteils im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen. In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach,
 - nach erbrachter Versicherungsleistung,
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruchs auf eine Versicherungsleistung,
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruchs auf eine Versicherungsleistung,
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 8 Fälligkeit der Leistung und Verjährung des Versicherers),
 - nach Rechtskraft des Urteils im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht vom Versicherungsnehmer vorzunehmen.Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
 - 1.3. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

ARTIKEL 16

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 dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften in §§ 74 bis 80 VersVG sind so anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.
Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrags 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 kann der Versicherungsnehmer den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten sowie der Schadensminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

ARTIKEL 17

Wie sind Erklärungen abzugeben? Änderung der Anschrift

- 17.1. Folgende Erklärungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:
- Kündigung
 - Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung)
 - Anzeigen bzw. Aufhebungen von Sicherstellungen (Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung)
 - Prämienfreistellung
 - Anforderung einer Letztstandspolizze

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 SVG zugeht.

Für andere Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen, insbesondere für Rücktrittserklärungen, genügt es zur Wirksamkeit, wenn diese in geschriebener Form erfolgen (z. B. E-Mail oder – sofern vereinbart – elektronische Kommunikation gem. § 5 a VersVG). Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail).

- 17.2. Änderung der Anschrift:
Wenn Sie ihren Wohnort wechseln, dann müssen Sie uns ihre neue Anschrift mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen an ihre letzte uns bekannte Adresse.
Haben Sie als Versicherungsnehmer Ihre Anschrift geändert, dies aber uns nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Erklärungen gegenüber Ihnen die Absendung eines Briefs an die Anschrift, die Sie uns zuletzt bekannt gegeben haben. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung Ihnen zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn wir Sie rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefs und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftsänderung verständigt haben (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

ARTIKEL 18

Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

ARTIKEL 19

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Für Streitigkeiten aus dem Versicherungsverhältnis und über dessen Bestehen gilt Folgendes:

Der Versicherungsnehmer kann nur vor dem sachlich zuständigen Gericht seines Wohnsitzes, gewöhnlichen Aufenthaltsortes oder Orts seiner Beschäftigung geklagt werden, wenn er Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes ist. Ist er Unternehmer, kann er auch vor dem sachlich zuständigen Gericht seines Unternehmenssitzes oder in 1010 Wien geklagt

werden.

Der Versicherer kann jedenfalls vor dem sachlich zuständigen Gericht in 1010 Wien geklagt werden.

ARTIKEL 20

Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

ANHANG

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

§ 6

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.
- (2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.
- (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.
- (5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 23

- (1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, daß durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.
- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25

- (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung

frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

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

§ 26

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

§ 27

- (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28

- (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29

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

§ 30

Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 38

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei

der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

§ 39a

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

§ 74

- (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer abschließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung).
- (2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, daß der Vertragschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

§ 75

- (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.
- (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76

- (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.
- (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.
- (3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77

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

§ 78

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

§ 79

- (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, daß der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

§ 80

- (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, daß die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.
- (2) Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, daß unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, daß fremdes Interesse versichert ist.

§ 184

- (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

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

Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG)

§ 4

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

1049K – WERTANPASSUNG UNFALL

1. Es gilt als vereinbart, dass die Versicherungssummen bzw. Prämienbemessungsgrundlagen jährlich zur Hauptfälligkeit der Prämie gemäß nachfolgend beschriebenem Anpassungsfaktor verändert werden.

Der Anpassungsfaktor ergibt sich aus der Differenz der Durchschnitte der Verbraucherpreisindizes des Beobachtungszeitraumes A

und des Beobachtungszeitraumes B.

Als Beobachtungszeitraum A gilt jeweils Juni vor zwei Jahren bis Mai vor einem Jahr.

Als Beobachtungszeitraum B gilt jeweils Juni vor drei Jahren bis Mai vor zwei Jahren.

Im gleichen Ausmaß wird auch die Prämie verändert.

Der Prozentsatz der Erhöhung wird auf eine Dezimalstelle gerundet.

Liegt die Erhöhung des Index der Verbraucherpreise unter 4 %, so werden die Versicherungssummen gegenüber den zuletzt gültigen Versicherungssummen um 4 % erhöht.

2. Versicherungssummen werden auf ganze Euro, Taggeld, Spitalsgeld und Genesungsgeld auf ganze zehn Cent aufgerundet.
3. Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
4. Die Erhöhung der Versicherungssummen und der Prämie erfolgt zur Prämienhauptfälligkeit eines jeden Jahrs und wird dem Versicherungsnehmer bestätigt.
5. Wird der Index der Verbraucherpreise nicht mehr verlautbart, gilt der an seiner Stelle verlautbarte Wert als Maßstab für die Erhöhungen.
6. Diese Vereinbarung kann, unbeschadet des Fortbestands 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.

1050K – ALTERSUMSTELLUNG KIND

Mit der Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Jugendlichen wird automatisch auf den Tarif für Erwachsene umgestellt. Die Umstellung erfolgt mit der auf den Geburtstag folgenden nächsten Hauptfälligkeit.

1051K – ALTERSUMSTELLUNG ERWACHSENE

Ab dem 70. Lebensjahr der versicherten Person reduzieren sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrages die Versicherungssummen bei gleichbleibender Prämie um 25 %. Die Umstellung erfolgt mit der auf den Geburtstag folgenden nächsten Hauptfälligkeit.

1061K – SPORTPAKET AKTIV

In Ergänzung der 3000B/- Erweiterte Bedingungen für die Unfallversicherung (EUVB 2021) besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle bei der Ausübung nachstehend angeführter Sportarten.

Ausgenommen hiervon gelten gemäß Artikel 14, Punkt 1.2. der EUVB 2021 Ausübungen jeglicher Sportarten, wenn die versicherte Person, direkt oder indirekt aus ihrer Sportausübung ein Einkommen oder eine Aufwandsentschädigung von mehr als EUR 10.000,- netto pro Jahr erzielt oder von der österreichischen Sporthilfe gefördert wird oder dieser Sport in einem Kader des Bundes oder Landes ausgeübt wird.

a) Mitversicherung der Teilnahme an nationalen und internationalen Wettbewerben inklusive des dazugehörigen Trainings:

- **Reitsport** ausgenommen hiervon gilt die Teilnahme an Wettbewerben im Military-Reiten
- **Judo**

Es besteht Versicherungsschutz ausschließlich in folgendem Umfang:

- Bei dauernder Invalidität wird eine Leistung erst ab 15 % Invalidität erbracht.
- Für Unfall- oder Heilkosten werden maximal EUR 3.000,- mit einem Selbstbehalt von EUR 250,- in jedem Leistungsfall ersetzt. Bei allen anderen versicherten Bausteinen steht die Leistung im vertraglich vereinbarten Umfang zur Verfügung.

- **Wasserkiten und -schifahren, Wakeboarden sowie Canyoning**

b) Mitversicherung folgender Sportarten exklusive der Teilnahme an nationalen und internationalen Wettbewerben:

- **Kampfsportarten** ausgenommen Full-Contact

c) Mitversicherung folgender Sportarten exklusive der Teilnahme an jeglichen Wettbewerben:

- **Downhill-Mountainbike-Fahrten** und auch das Befahren von als solchen gekennzeichneten Downhill-Strecken. Freeriding bleibt vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Es besteht Versicherungsschutz ausschließlich in folgendem Umfang:

- Bei dauernder Invalidität wird eine Leistung erst ab 15 % Invalidität erbracht.
- Für Unfall- oder Heilkosten werden maximal EUR 3.000,- mit einem Selbstbehalt von EUR 250,- in jedem Leistungsfall ersetzt. Bei allen anderen versicherten Bausteinen steht die Leistung im vertraglich vereinbarten Umfang zur Verfügung.

- **Klettern und Klettersteige** gesichertes Klettern am Fels und im Gelände ab Stufe V bis VIII der internationalen UIAA-Skala sowie das Eisfallklettern bis Stufe WI4; Begehen von Klettersteigen ab dem Schwierigkeitsgrad E gemäß der in Österreich üblichen Skala

- **Le Parkour**

1063K – KNOCHENBRUCH VARIABEL

Erleidet die versicherte Person aufgrund eines Unfalls im Sinne der zugrundeliegenden AUVB einen Knochenbruch, bezahlen wir – unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen – **einmalig die vereinbarte Versicherungssumme an die versicherte Person.**

Eine Fissur gilt nicht als Knochenbruch. **Diese Leistung wird für die versicherte Person nur einmal je Versicherungsperiode erbracht.** Diese Leistung unterliegt keiner Wertanpassung.

1066K – SPARVARIANTE - 10 %

Abweichend von Art. 1 der Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung wird bei einem unfallbedingt festgestellten Invaliditätsgrad bis 10 % die Leistung von der halben dafür vereinbarten Versicherungssumme erbracht.

1067K – SPARVARIANTE - 20 %

Abweichend von Art. 1 der Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung wird bei einem unfallbedingt festgestellten Invaliditätsgrad bis 20 % die Leistung von der halben dafür vereinbarten Versicherungssumme erbracht.

1068K – TURBO-HIT 600

Abweichend von der in Art. 1 Pkt. 6.2 der Erweiterten Unfallbedingungen festgelegten Progression wird ab einem festgestellten Invaliditätsgrad von 90 % die Versicherungsleistung für dauernde Invalidität von 500 % auf 600 % erhöht.

1069K – TURBO-HIT 750

Abweichend von der in Art. 1 Pkt. 6.2 der Erweiterten Unfallbedingungen festgelegten Progression wird ab einem festgestellten Invaliditätsgrad von 90 % die Versicherungsleistung für dauernde Invalidität von 500 % auf 750 % erhöht.

3011K – ERWEITERTE HEILKOSTEN PLUS

In Erweiterung zu den Erweiterten Heilkosten werden von uns folgende Erweiterte Heilkosten PLUS ersetzt:

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns erweiterte Heilkosten ersetzt, soweit die diesen zugrundeliegenden Heilmaßnahmen innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an vorgenommen werden und soweit dafür kein Ersatz von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger verlangt werden kann. Im Fall und im Ausmaß einer Kostenübernahme bei Bestehen einer privaten Sonderklasse-Krankenversicherung durch den Versicherer erfolgt keine Kostenteilung mit diesem Versicherer.

Erweiterte Heilkosten PLUS sind:

1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzten-Transports zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines – auch nur teilweisen – Zahnersatzes und/oder teilweiser Zahnsanierung sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Ist bei minderjährigen Personen die Vornahme eines erstmaligen Zahnersatzes aus medizinischen Gründen nicht innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet möglich, so werden anstelle der aufgewendeten Kosten maximal 70 % der tatsächlich zu erwartenden Kosten (z. B. anhand eines Heil- und Kostenplans) ersetzt.

Kosten von privaten Arztbehandlungen sind mitversichert, auch wenn private Behandlungen anstelle der von Sozialversicherungsträgern bzw. deren Vertragspartnern (Kassenärzte) angebotenen Behandlungen aus ärztlicher Sicht nicht notwendig sind. Mitversichert sind auch der unfallbedingte Aufenthalt in einer privaten Krankenanstalt oder der unfallbedingte Aufenthalt in der Sonderklasse eines Krankenhauses.

Die privaten Behandlungs- bzw. Unterbringungskosten werden auf „Erstes Risiko“ im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten bis zu 75 % dieser vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter folgenden Voraussetzungen als 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 Erweiterte Heilkosten PLUS geleistet, d. h. gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall.

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte werden nicht ersetzt.

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

2. Kosmetische Operationen:

Kosten für kosmetische Operationen, die zur Behebung unfallbedingter Entstellungen notwendig sind und innerhalb von vier Jahren ab Unfalltag vorgenommen werden.

Diese Kosten werden bis zur in der Polizze dafür angeführten Versicherungssumme ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme ersetzt.

Im Rahmen der kosmetischen Operationen erfolgt keine Leistung für einen Zahnersatz oder für künstliche Gliedmaßen.

3. Kinderbegleitkosten:

Kinderbegleitkosten, welche für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person aufgewendet werden, wenn das versicherte Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Kinderbegleitkosten werden bis maximal 20 % der vereinbarten Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten ohne Anrechnung auf diese ersetzt.

4. Kosten für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet werden.

Diese Kosten werden bis maximal 100 % der vereinbarten Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten PLUS auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

5. Rehabilitationspauschale:

Bis zu der in der Polizze dafür angeführten Versicherungssumme wird eine Beihilfe für eine Rehabilitation übernommen.

Die Rehabilitationspauschale wird nach einem versicherten Unfall bezahlt, wenn die versicherte Person innerhalb von vier Jahren ab Unfalltag wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen aus medizinischen Gründen eine Rehabilitation von mindestens 21 Tagen vollständig durchführt.

Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten bezahlt.

6. Nachhilfegeld:

Nachhilfegeld ist eine Beihilfe in der Höhe von EUR 300,- für Nachhilfe. Das Nachhilfegeld wird nach einem versicherten Unfall 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 Unfalls in Schulausbildung befinden und darf das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten PLUS bezahlt.

7. Second Medical Opinion:

7.1. Die Second Medical Opinion berechtigt im Falle eines versicherten Unfalls gemäß Art. 6 AUVB zur Einholung einer medizinischen Zweitmeinung. Das heißt, die versicherte Person kann ihre Krankengeschichte von einem weltweit führenden medizinischen Zentrum, das auf die Beurteilung der bestmöglichen Behandlung und Therapien von unfallbedingten Verletzungen spezialisiert ist, streng vertraulich auswerten lassen.

Unter medizinischer Zweitmeinung versteht man die schriftliche Stellungnahme eines Mediziners, der im Rahmen eines weltweit führenden medizinischen Zentrums praktiziert. Diese wird der versicherten Person und deren behandelnden Arzt in Bezug auf die Diagnose und das Behandlungsschema zur Verfügung gestellt.

7.2. Die Einholung einer medizinischen Zweitmeinung erfolgt über die MediGuide International LLC, Delaware USA Corporations. Diese ist im Leistungsfall direkt zu kontaktieren.

Die aktuelle Telefonnummer von MediGuide kann jederzeit über die Serviceline der DONAU Versicherung AG erfragt werden.

7.3. Aus einer Liste von drei von MediGuide übermittelten Vorschlägen wählt die versicherte Person jenes medizinische Zentrum aus, von dem die medizinische Zweitmeinung eingeholt werden soll. Die weitere Zusammenarbeit erfolgt dann direkt zwischen der Firma MediGuide und dem behandelnden Arzt der versicherten Person.

7.4. Die schriftliche Überprüfung der ursprünglichen Diagnose sowie der vorgeschlagenen Behandlungen erfolgt innerhalb von zehn Werktagen nach dem die Befunde bei dem gewählten medizinischen Zentrum eingelangt sind.

Die Stellungnahme umfasst Empfehlungen bezüglich Behandlungsoptionen, Therapiemöglichkeiten, internationaler Pflegestandards oder neu verfügbarer und erprobter Behandlungsmethoden, die es wert sind, in Betracht gezogen zu werden.

7.5. Für den Fall, dass MediGuide nicht in der Lage ist, die notwendige Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus sicherzustellen, ist die versicherte Person für die Beibringung der erforderlichen medizinischen Befunde und Testergebnisse selbst verantwortlich.

7.6 Wir behalten uns vor, die Mitversicherung der Second Medical Opinion mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten vom Vertrag auszuschließen. Die sonstigen Vertragsbestandteile bleiben davon unberührt.

8. Nottransportkosten:

Nottransportkosten sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransports der im Ausland verunfallten versicherten Person nach Österreich durch eine von uns bestimmte Organisation (z. B. Tyrolean Air Ambulance).

Diese Organisation entscheidet in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung eines Nottransports und führt diesen durch. Wir ersetzen die Kosten des Nottransports unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese. Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransports anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die von uns bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

3000B – ERWEITERTE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (EUVB 2021)

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Diese Bedingung ist nur in Verbindung mit den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2021) gültig, Verweise auf bestimmte Bestimmungen der AUVB werden mit einem entsprechenden Hinweis geführt.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- Artikel 1 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Dauernde Invalidität“?
- Artikel 2 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallhit“ oder „UnfallHit PLUS“?
- Artikel 3 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente ab 50 %“?
- Artikel 4 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente ab 35 %“?
- Artikel 5 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Todesfall“?
- Artikel 6 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Taggeld“?
- Artikel 7 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Spitalsgeld“?
- Artikel 8 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Schmerzensgeld“?
- Artikel 9 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Erweiterte Heilkosten“?
- Artikel 10 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Bergungs-, Rückholkosten und Hubschraubertransportkosten“?

ABSCHNITT B: VERSICHERTE PERSONEN

- Artikel 11 Was gilt für die Einzelunfallversicherung?
- Artikel 12 Was gilt für die Partnerunfallversicherung ?
- Artikel 13 Was gilt für die Alleinerzieher- oder Familien-Unfallversicherung?

ABSCHNITT C: AUSSCHLÜSSE VOM VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Artikel 14 Was ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen und bei welchen Sport- und Freizeitaktivitäten gilt nur eingeschränkter Versicherungsschutz?

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN - LEISTUNGSARTEN

In diesem Abschnitt werden die versicherbaren Leistungsarten beschrieben. Welche der beschriebenen Leistungsarten in Ihrer Polizza vereinbart worden sind, wird auf Ihrer Versicherungspolizza dokumentiert.

Artikel 1

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Dauernde Invalidität“?

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen, bei sonstigem Rechtsverlust innerhalb von 18 Monaten ab dem Unfalltag gerechnet beim Versicherer schriftlich geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer bei Unfällen der versicherten Person als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression.

2.1. Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als Kapitalbetrag.

2.2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten gemäß nachstehender verbesserter Gliedertaxe ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

- eines Arms	80 %
- einer Hand	60 %
- eines Daumens	20 %
- eines Zeigefingers	10 %
- eines anderen Finger	5 %
- eines Beins	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 funktionslos war	65 %
- des Gehörs beider Ohren	80 %
- des Gehörs eines Ohrs	25 %
- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohrs vor Eintritt des Versicherungsfalles funktionslos war	45 %
- des Geruchssinnes	10 %
- des Geschmackssinnes	10 %
- der Milz	10 %
- einer Niere	20 %
- sofern jedoch die zweite Niere vor Eintritt des Versicherungsfalles beeinträchtigt war oder durch den Versicherungsfall beide Nieren gleichzeitig beeinträchtigt sind	60 %
- Stimme	80 %

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. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht

ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 10 der AUVB.

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

5. Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität und nach Berücksichtigung der sachlichen Begrenzungen gemäß der im Vertrag vereinbarten Progressionsstaffel erbracht.

6 Leistung je vereinbarter Progression

6.1 Wird eine Progression von 400 % vereinbart, so gilt folgender Progressionsverlauf:

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	400
11	11	31	37	51	77	71	161	91	400
12	12	32	39	52	79	72	167	92	400
13	13	33	41	53	81	73	173	93	400
14	14	34	43	54	83	74	179	94	400
15	15	35	45	55	85	75	185	95	400
16	16	36	47	56	87	76	191	96	400
17	17	37	49	57	89	77	197	97	400
18	18	38	51	58	91	78	203	98	400
19	19	39	53	59	93	79	209	99	400
20	20	40	55	60	95	80	215	100	400

Erläuterungen der Progressionsstaffel:

- Der 25 % übersteigende und 60 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdoppelt.
- Der 60 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versechsfacht.
- Ab 90 % dauernde Invalidität beträgt die Leistung 400 %.

6.2. Progression 500 %:

6.2.1 Wird eine Progression von 500 % vereinbart, so gilt folgender Progressionsverlauf:

von %	auf %								
1	1	21	21	41	73	61	155	81	267
2	2	22	22	42	76	62	160	82	274
3	3	23	23	43	79	63	165	83	281
4	4	24	24	44	82	64	170	84	288
5	5	25	25	45	85	65	175	85	295
6	6	26	28	46	88	66	180	86	302
7	7	27	31	47	91	67	185	87	309
8	8	28	34	48	94	68	190	88	316
9	9	29	37	49	97	69	195	89	323
10	10	30	40	50	100	70	200	90	500
11	11	31	43	51	105	71	205	91	500
12	12	32	46	52	110	72	210	92	500
13	13	33	49	53	115	73	215	93	500
14	14	34	52	54	120	74	220	94	500
15	15	35	55	55	125	75	225	95	500
16	16	36	58	56	130	76	232	96	500
17	17	37	61	57	135	77	239	97	500
18	18	38	64	58	140	78	246	98	500

19	19	39	67	59	145	79	253	99	500
20	20	40	70	60	150	80	260	100	500

Erläuterungen der Progressionsstaffel:

- Der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht.
- Der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verfünffacht.
- Der 75 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht.
- Ab 90 % dauernde Invalidität beträgt die Leistung 500 %.

6.3. Progression 600 %:

Wird eine Progression von 600 % vereinbart, so gilt folgender Progressionsverlauf:

von %	auf %								
1	1	21	21	41	73	61	155	81	267
2	2	22	22	42	76	62	160	82	274
3	3	23	23	43	79	63	165	83	281
4	4	24	24	44	82	64	170	84	288
5	5	25	25	45	85	65	175	85	295
6	6	26	28	46	88	66	180	86	302
7	7	27	31	47	91	67	185	87	309
8	8	28	34	48	94	68	190	88	316
9	9	29	37	49	97	69	195	89	323
10	10	30	40	50	100	70	200	90	600
11	11	31	43	51	105	71	205	91	600
12	12	32	46	52	110	72	210	92	600
13	13	33	49	53	115	73	215	93	600
14	14	34	52	54	120	74	220	94	600
15	15	35	55	55	125	75	225	95	600
16	16	36	58	56	130	76	232	96	600
17	17	37	61	57	135	77	239	97	600
18	18	38	64	58	140	78	246	98	600
19	19	39	67	59	145	79	253	99	600
20	20	40	70	60	150	80	260	100	600

Erläuterungen der Progressionsstaffel:

- Der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht.
- Der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verfünffacht.
- Der 75 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht.
- Ab 90 % dauernde Invalidität beträgt die Leistung 600 %.

7. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass der Versicherte innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.

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

9. Ist eine Variante mit abweichendem Leistungsbeginn vereinbart worden, beginnt die Versicherungsleistung erst ab dem angeführten Grad der dauernden Invalidität. (Beispiel: Gewählte Variante „keine Leistung bis 10 %“ bedeutet, dass erst ab einem Dauerinvaliditätsgrad von 10,01 % eine Versicherungsleistung erbracht wird).

10. Zusätzlich kann ein Turbo-Hit vereinbart werden.

Bei Wahl des Turbo-Hit 600 wird die Leistung ab 90 % dauernde Invalidität auf 600 erhöht.

Bei Wahl des Turbo-Hit 750 wird die Leistung ab 90 % dauernde Invalidität auf 750 erhöht.

Artikel 2

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallhit“ oder „Unfallhit PLUS“?

1. Unfallhit:

Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität von mindestens 50 %, zahlt der Versicherer die vereinbarte Versicherungssumme gemäß der tatsächlichen dauernden Invalidität. Die Versicherungssumme der Unfallhit unterliegt nicht der Progression.

2. Unfallhit PLUS:

Wurde der Deckungsbaustein Unfallhit PLUS gewählt, gilt:

Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität von mindestens 50 %, werden 100 % der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Die Versicherungssumme der Unfallhit PLUS unterliegt nicht der Progression. Art. 1 Pkt. 6 findet diesbezüglich keine Anwendung. Sofern eine Ärztegliedertaxe vereinbart ist, kommt diese nicht zur Anwendung. Es findet ausschließlich die Gliedertaxe gemäß Art. 1 Pkt. 2.2 Anwendung.

3. Für beide Varianten gilt:

Die Leistung erfolgt als Kapitalbetrag.

Artikel 3

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente ab 50 %“?

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne von Art. 1 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person eine monatliche Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Die gemäß Art. 1 Pkt. 6 vereinbarte Progression findet keine Anwendung.

2. Abweichend von Art. 10 Pkt. 2 und 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (Vorerkrankung) 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).

3. Die Unfallrente wird nach Fälligkeit der Leistung rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten geleistet.

4. Die Unfallrente 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 zehn Jahren, wird die Rentenzahlung jedenfalls für den auf die Dauer von zehn 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.

5. Gewinnberechtigung

Sobald eine Unfallrente zur Auszahlung gelangt, nimmt sie im Wege der Gewinnbeteiligung an den vom Versicherer erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Liquide Unfallrenten gehören dem Gewinnverband U an.

Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Rente. Der auf den vereinbarten Vertrag entfallende Gewinn wird alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben.

Die erstmalige Gutschrift erfolgt am 31. Dezember im ersten Kalenderjahr nach Fälligkeit der Leistung, d. h. nach der erstmaligen Rentenauszahlung.

Für die Höhe des Gewinnanteils sind die von den Unternehmensorganen des Versicherers diesbezüglich gefassten Beschlüsse maßgeblich.

Der Anspruch auf den Gewinnanteil entsteht mit der Beschlussfassung.

Zahlenangaben in Offerten oder Anträgen über die Gewinnbeteiligung sind als Beispielrechnungen zu verstehen, die auf Schätzungen beruhen. Solche Angaben sind daher unverbindlich. Der Prozentsatz der Erhöhung wird vom Versicherer im jeweiligen Geschäftsbericht veröffentlicht.

6. Bezugsberechtigung

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

Artikel 4

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente ab 35 %“?

Art. 3 findet mit folgender Änderung Anwendung:

Punkt 1.1 lautet wie folgt: Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne von Art. 1 von mindestens 35 % und weniger als 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person eine monatliche Unfallrente in Höhe von 50 % der vereinbarten Versicherungssumme bezahlt. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne von Art. 1 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte monatliche Unfallrente bezahlt. Art. 1 Pkt. 6 findet keine Anwendung.

Artikel 5

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfalltod“?

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalls ein, wird die für den Todesfall vereinbarte Summe ausbezahlt. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten rückerstattet. Der Ersatz der Begräbniskosten wird an den Überbringer der Originalrechnungen geleistet.

2. Zusätzlich ersetzt der Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich sowie die Kosten der Bestattung bis 5 % der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme, insgesamt maximal jedoch EUR 7.000,-.

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

4. Bezugsberechtigung

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

5. Bei folgenden unfallbedingten schweren Verletzungen wird eine Sofortleistung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Unfalltod, maximal jedoch EUR 30.000,- als Anrechnung für die Leistung der dauernden Invalidität erbracht:

Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnblutung
Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur des Beckens
- Fraktur der Wirbelsäule
- Gewebeerstörender Schaden von zwei inneren Organen
- Verbrennungen III. Grades von mehr als 25 % der Körperoberfläche

Das Vorliegen einer schweren Verletzung ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts nachzuweisen. Diese Sofortleistung wird nach Feststellung der dauernden Invalidität auf die Invaliditätszahlung in Abzug gebracht.

Verstirbt die versicherte Person innerhalb eines Jahres an diesen Unfallfolgen, wird diese Sofortleistung der Versicherungssumme für Unfalltod in Abzug gebracht.

6. Waisenrente in der Alleinerzieher- und Familien-Unfallversicherung

Im Falle des Todes durch einen Unfall eines versicherten und berufstätigen Elternteils leistet der Versicherer ab einer Versicherungssumme für Unfalltod von mindestens EUR 50.000,- zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall eine Waisenrente an die leiblichen und adoptierten Kinder. Die monatliche Waisenrente beträgt je Kind EUR 200,-. Diese Rentenleistung unterliegt keiner Wertanpassung. Diese Rentenleistung endet mit dem Todesfall des bezugsberechtigten Kindes, spätestens jedoch mit dem Monat, in dem das bezugsberechtignte Kind den 18. Geburtstag hat.

7. Witwenrente in der Partner-, Familien- und Senioren-Partner-Unfallversicherung

Im Falle des Todes durch Unfall eines versicherten Lebenspartners (Ehepartner oder Lebensgefährte) leistet der Versicherer in der Partner-, Familien- und Senioren-Partner-Unfallversicherung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall EUR 200,- monatlich maximal fünf Jahre lang ab dem Unfalltag. Diese Zusatzleistung gilt ab einer Versicherungssumme für den Todesfall von EUR 50.000,- als mitversichert. Die Leistung wird an den überlebenden Lebenspartner erbracht und erlischt durch Ablauf des Leistungszeitraums, frühestens jedoch mit dem Tod des Leistungsempfängers.

Artikel 6

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Taggeld“?

1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der entgeltlichen Beschäftigung der versicherten Person längstens für 365 Tage gezahlt, wenn und soweit die vollständige Arbeitsunfähigkeit in dem im Unfallzeitpunkt ausgeübten Beruf innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag vorliegt.

2. Voraussetzungen für die Leistung:

2.1. Die versicherte Person übt zum Zeitpunkt des Unfalls einen sozialversicherungspflichtigen Beruf aus.

2.2. Übt die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalles keine Erwerbstätigkeit im Beruf oder der entgeltlichen Beschäftigung aus, dann bezahlt der Versicherer die halbe Taggeldleistung. Liegt die letzte Erwerbstätigkeit oder entgeltliche Beschäftigung länger als sechs Monate ohne Meldung des Wegfalles der Erwerbstätigkeit an den Versicherer zurück, dann ist der Versicherungsschutz für Taggeld trotz Prämienzahlung nicht gegeben. Der Verlust einer dieser Taggeldvereinbarung zu Grunde liegenden Erwerbstätigkeit ist dem Versicherer wie eine Änderung der Erwerbstätigkeit unverzüglich schriftlich mitzuteilen, die Verpflichtung zur Prämienzahlung für diese Leistungsart entfällt in diesem Zeitpunkt.

3. Die Vereinbarung, dass eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist in der Polizze ersichtlich. Ist ein Leistungsaufschub (Karenzfrist) in der Polizze vereinbart, dann wird das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist erbracht.

Artikel 7

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Spitalsgeld“?

1. Spitalsgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem Spital (siehe Pkt. 3) befindet, längstens für 365 Tage gezahlt, wenn und soweit die Heilbehandlung innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag vorgenommen wird.

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

3. 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.

Nicht als Spitäler gelten zum Beispiel 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 8

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Schmerzensgeld“?

1. Der Versicherer erbringt nach einem medizinisch bedingten, ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens zehn Tagen innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag die in der Polizze vereinbarte Leistung. Beträgt der ununterbrochene Spitalsaufenthalt mindestens 20 Tage, erhöht sich die Leistung auf das Dreifache.

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.

Nicht als Spitäler gelten zum Beispiel 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 9

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Erweiterte Heilkosten“?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Heilkosten ersetzt, soweit die diesen zugrundeliegenden Heilmaßnahmen innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an vorgenommen werden und soweit dafür kein Ersatz von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist. Im Fall und im Ausmaß einer Kostenübernahme bei Bestehen einer privaten Sonderklasse-Krankenversicherung durch den Versicherer erfolgt keine Kostenteilung mit diesem Versicherer.

Diese Heilkosten sind:

1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzten-Transports zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines – auch nur teilweisen – Zahnersatzes und/oder teilweiser Zahnsanierung, sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Ist bei minderjährigen Personen die Vornahme eines erstmaligen Zahnersatzes aus medizinischen Gründen nicht innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet möglich, so werden anstelle der aufgewendeten Kosten maximal 70 % der tatsächlich zu erwartenden Kosten (z. B. anhand eines Heil- und Kostenplans) ersetzt.

Kosten von privaten Arztbehandlungen sind jedoch nur versichert, wenn private Behandlungen anstelle der von Sozialversicherungsträgern bzw. deren Vertragspartnern (Kassenärzte) angebotenen Behandlungen aus ärztlicher Sicht notwendig sind.

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

- Durch das versicherte Unfallereignis muss zusätzlich (neben der Beschädigung der vorhandenen künstlichen Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe) eine Körperverletzung eintreten, die unmittelbar ärztlich behandelt bzw. versorgt wird.
- Dem Versicherer muss eine schriftliche Bestätigung dieser Behandlung bzw. Versorgung (Arzt oder Krankenhaus) überbracht werden.
- Im Rahmen der auf Erstes Risiko vereinbarten Summe für erweiterte Heilkosten werden die notwendigen Reparaturkosten oder der Wiederbeschaffungswert am Tag des Unfallereignisses ersetzt.

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

Im Ausland entstandene Arzt- und Medikamentenkosten werden – unter Einrechnung der übrigen Heilkosten – bis maximal 200 % der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Voraussetzung ist, dass sich der Unfall im Ausland ereignet hat.

2. Kosmetische Operationen:

Kosten für kosmetische Operationen, die zur Behebung unfallbedingter Entstellungen notwendig sind und innerhalb von vier Jahren ab Unfalltag vorgenommen werden. Diese Kosten werden bis EUR 20.000,- ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme ersetzt.

3. Kinderbegleitkosten:

Kinderbegleitkosten, welche für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person aufgewendet werden, wenn das versicherte Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Kinderbegleitkosten werden bis maximal 10 % der vereinbarten Versicherungssumme für erweiterte Heilkosten ohne Anrechnung auf diese ersetzt.

4. Kosten für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet werden. Diese Kosten werden bis maximal 50 % der vereinbarten Versicherungssumme für erweiterte Heilkosten auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

5. Rehabilitationspauschale:

Bis zu EUR 250,- wird eine Beihilfe für eine Rehabilitation oder Kur übernommen.

Die Rehabilitationspauschale wird nach einem versicherten Unfall bezahlt, wenn die versicherte Person innerhalb von vier Jahren ab Unfalltag wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen aus medizinischen Gründen eine Rehabilitation oder Kur von mindestens 21 Tagen vollständig durchführt. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal und ohne Anrechnung auf die vereinbarte

Versicherungssumme für erweiterte Heilkosten bezahlt.

6. Nachhilfegeld:

Nachhilfegeld ist eine Beihilfe in der Höhe von EUR 150,- für Nachhilfe. Das Nachhilfegeld wird nach einem versicherten Unfall 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 Unfalls in Schulausbildung befinden und darf das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für erweiterte Heilkosten bezahlt.

7. Second Medical Opinion:

7.1. Die Second Medical Opinion berechtigt im Falle eines versicherten Unfalls gemäß Art. 6 AUVB zur Einholung einer medizinischen Zweitmeinung. Das heißt, die versicherte Person kann ihre Krankengeschichte von einem weltweit führenden medizinischen Zentrum, das auf die Beurteilung der bestmöglichen Behandlung und Therapien von unfallbedingten Verletzungen spezialisiert ist, streng vertraulich auswerten lassen.

Unter medizinischer Zweitmeinung versteht man die schriftliche Stellungnahme eines Mediziners, der im Rahmen eines weltweit führenden medizinischen Zentrums praktiziert. Diese wird der versicherten Person und deren behandelnden Arzt in Bezug auf die Diagnose und das Behandlungsschema zur Verfügung gestellt.

7.2. Die Einholung einer medizinischen Zweitmeinung erfolgt über die MediGuide International LLC, Delaware USA Corporations. Diese ist im Leistungsfall direkt zu kontaktieren.

Die aktuelle Telefonnummer von MediGuide kann jederzeit über die Serviceline der DONAU Versicherung AG erfragt werden.

7.3. Aus einer Liste von drei von MediGuide übermittelten Vorschlägen wählt die versicherte Person jenes medizinische Zentrum aus, von dem die medizinische Zweitmeinung eingeholt werden soll.

Die weitere Zusammenarbeit erfolgt dann direkt zwischen der Firma MediGuide und dem behandelnden Arzt der versicherten Person.

7.4. Die schriftliche Überprüfung der ursprünglichen Diagnose sowie der vorgeschlagenen Behandlungen erfolgt innerhalb von zehn Werktagen, nachdem die Befunde bei dem gewählten medizinischen Zentrum eingelangt sind.

Die Stellungnahme umfasst Empfehlungen bezüglich Behandlungsoptionen, Therapiemöglichkeiten, internationaler Pflegetandards oder neu verfügbarer und erprobter Behandlungsmethoden, die es wert sind, in Betracht gezogen zu werden.

7.5. Für den Fall, dass MediGuide nicht in der Lage ist, die notwendige Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt oder Krankenhaus sicherzustellen, ist die versicherte Person für die Beibringung der erforderlichen medizinischen Befunde und Testergebnisse selbst verantwortlich.

7.6 Der Versicherer behält sich vor, die Second Medical Opinion im Falle einer Kündigung des Vertrags mit der Firma MediGuide mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten vom Vertrag auszuschließen.

8. Nottransportkosten:

Nottransportkosten sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransports der im Ausland verunfallten versicherten Person nach Österreich durch eine vom Versicherer bestimmte Organisation (z. B. Tyrolean Air Ambulance).

Diese Organisation entscheidet in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung eines Nottransports und führt diesen durch. Der Versicherer ersetzt die Kosten des Nottransports unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese. Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransports anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die vom Versicherer bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

Die sonstigen Vertragsbestandteile bleiben davon unberührt.

Artikel 10

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Bergungs-, Rückholkosten und Hubschraubertransportkosten“?

Der Versicherer ersetzt im Rahmen der gewählten Versicherungssumme folgende Kosten:

1. Bergungs- und Rückholkosten:

Diese werden vom Versicherer im Rahmen der gewählten Versicherungssumme ersetzt, soweit dafür kein Ersatz von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger verlangt werden kann.

1.1. Bergungskosten umfassen die notwendigen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transports bis zur nächsten befahrbaren Straße nach einem Unfall oder wenn der Versicherte in Berg-, See- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.

1.2. Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletztentransports, wenn der Versicherte außerhalb seines Wohnorts verunfallt ist, von der Unfallstelle oder dem Krankenhaus, in das der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort oder zu dem seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus.

Bei einem tödlichen Unfall werden die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Für Hubschraubertransportkosten kommt ausschließlich Pkt. 2 zur Anwendung.

2. Hubschraubertransportkosten:

Sämtliche nachstehend angeführten Kosten werden vom Versicherer im Rahmen der gewählten Versicherungssumme nur ersetzt, soweit dafür kein Ersatz von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist.

Der Versicherer ersetzt die notwendigen Hubschraubertransportkosten, die

- infolge eines Unfalls der versicherten Person bei Ausübung von Sport und Touristik (z.B. insbesondere beim Schifahren, Schitouren gehen, Wandern, Bergsteigen, Klettern, Rodeln) am Berg und deren Transport in das Tal bzw. in das nächstgelegene Krankenhaus entstehen oder
- infolge des Suchens und der Bergung einer in Berg- oder Wassernot geratenen, verletzten oder unverletzten versicherten Person sowie einer am Berg oder auf dem Wasser verunfallten versicherten Person entstehen.

Bei einem Unfall der versicherten Person ist Voraussetzung für die Kostenübernahme von Hubschraubertransporten das Vorliegen der Schwere der Verletzungen von NACA III.

Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung, bei Verkehrsunfällen oder Berufsunfällen im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG).

VERSICHERTE PERSONEN

In diesem Abschnitt werden die versicherten Personen beschrieben. Welche der beschriebenen Personen in Ihrer Police tatsächlich versichert worden sind, ist in Ihrer Police dokumentiert.

Artikel 11

Was gilt für die Einzelunfallversicherung?

Eine Einzelunfallversicherung kann für Kinder oder Erwachsene abgeschlossen werden. Versicherungsschutz besteht für die in der Police angeführte Person.

1. Kinderunfall:

Eine Kinderunfallversicherung kann bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres abgeschlossen werden.

Mit der Vollendung des 18. Lebensjahres der versicherten Person wird automatisch auf den Tarif für Erwachsene umgestellt. Die Umstellung erfolgt mit der auf den Geburtstag folgenden nächsten Hauptfälligkeit.

2. Erwachsenenunfall:

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während des aufrechten Versicherungsvertrags gemeldeten neugeborenen Kinder ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten zwölf Lebensmonate zu 100 % mit den in der Polizza genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,- versichert. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für dauernde Invalidität erbracht.

Wird der Vertrag nicht spätestens zum ersten Geburtstag des Kindes auf eine Alleinerzieher- oder Familien-Unfallversicherung umgestellt, erlischt der Versicherungsschutz des Kindes mit dem ersten Geburtstag.

Artikel 12

Was gilt für die Partnerunfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherten Personen. Voraussetzung ist, dass Versicherungsnehmer und mitversicherter Ehepartner oder Lebensgefährte den selben Wohnsitz haben. Eine kurzfristige, berufsbedingte Abwesenheit vom gemeinsamen Wohnsitz führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes.

2. Kommt es zu einer Trennung kann auf Ihr Verlangen der Vertrag jährlich zum Ende einer jeden Versicherungsperiode dahingehend geändert werden, dass ab diesem Zeitpunkt der Versicherungsschutz für die versicherten Personen in separaten Verträgen (jeweils als Erwachsenenunfall) fortgeführt wird, wobei die zukünftige Prämie dieser Verträge nach dem jeweils geltenden Tarif neu bemessen wird.

3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während des aufrechten Versicherungsvertrags gemeldeten neugeborenen Kinder ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten zwölf Lebensmonate zu 100 % mit den in der Polizza genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,- versichert. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für dauernde Invalidität erbracht.

Wird der Vertrag nicht spätestens zum ersten Geburtstag des Kindes auf eine Alleinerzieher- oder Familien-Unfallversicherung umgestellt, erlischt der Versicherungsschutz des Kindes mit dem ersten Geburtstag.

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

Artikel 13

Was gilt für die Alleinerzieher- oder Familien-Unfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherten Personen.

2.1 Für die zu Vertragsbeginn minderjährigen Personen (Kinder) bleibt der Versicherungsschutz bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres aufrecht, sofern und solange sie sich noch in Ausbildung befinden und im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben.

Ein Wohnsitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt. Die Ableistung des Präsenz- oder Zivildiensts führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes. Den Nachweis über die Ausbildung (Studium, Fachhochschule, Lehre etc.) hat die versicherte Person zu erbringen.

2.2 Tritt nach Vollendung des 18. Lebensjahres und vor Vollendung des 25. Lebensjahres ein Versicherungsfall eines mitversicherten Kindes ein, und ist dieses bereits berufstätig, so erlischt der Versicherungsschutz. Tritt nach Vollendung des 25. Lebensjahres ein Versicherungsfall eines mitversicherten Kindes ein, so erlischt der Versicherungsschutz.

2.3 Außerdem ist der Versicherungsnehmer und das Versicherungsunternehmen berechtigt, die Versicherungsvertrag für die zu Vertragsbeginn minderjährigen Personen (Kinder) nach Vollendung deren 18. Lebensjahres zum Ende einer jeden Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.

3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten zwölf Lebensmonate zu 100 % der in der Polizze genannten Summen für dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,- versichert. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für dauernde Invalidität sowie (falls gewählt) für Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten sowie Heilkosten und Heilkosten PLUS erbracht.

4. Für die Familien-Unfallversicherung gilt zusätzlich:

4.1 Voraussetzung für den Versicherungsschutz der mitversicherten Personen (Ehepartner oder Lebensgefährte) ist, dass der Versicherungsnehmer und sein mitversicherter Ehepartner oder Lebensgefährte denselben Wohnsitz haben. Eine kurzfristige, berufsbedingte Abwesenheit vom gemeinsamen Wohnsitz führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes.

4.2 Kommt es zu einer Trennung, kann auf Verlangen des Versicherungsnehmers als auch des Versicherungsunternehmens der Vertrag jährlich zum Ende einer jeden Versicherungsperiode dahingehend geändert werden, dass ab diesem Zeitpunkt der Versicherungsschutz für die versicherten Personen in separaten Verträgen (jeweils als Erwachsenenunfall) fortgeführt wird, wobei die zukünftige Prämie dieser Verträge nach dem jeweils geltenden Tarif neu bemessen wird.

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

AUSSCHLÜSSE VOM VERSICHERUNGSSCHUTZ

In diesem Abschnitt sind die Sportarten und Tätigkeiten angeführt, die vom Versicherungsschutz ausgeschlossen beziehungsweise nur eingeschränkt versichert sind.

Artikel 14

Was ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen

1. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle,

1.1 die die versicherte Person erleidet:

- als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer. Unter Luftsportgeräten wird jedes Fluggerät verstanden, bei dem die Sportausübung Hauptverwendungszweck ist.
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges
- bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit
- bei Benützung von ferngesteuerten Luftfahrzeugen
- bei Benützung von Raumfahrzeugen
- bei einem Tandem-Paragleiterflug und Tandem-Fallschirmsprung

1.2 bei der Ausübung jeglicher Sportarten, wenn die versicherte Person, direkt oder indirekt aus ihrer Sportausübung ein Einkommen oder eine Aufwandsentschädigung von mehr als EUR 10.000,- netto pro Jahr erzielt oder von der österreichischen Sporthilfe gefördert wird oder dieser Sport in einem Kader des Bundes oder Landes ausgeübt wird;

1.3 die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (ungeachtet des Ziels des Wettbewerbs, wie z. B. Gleichmäßigkeit, Geschicklichkeit, Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten), Wertungsfahrten, Fahren auf Rennstrecken, Rallyes und den je dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen; unter Teilnahme versteht man das Lenken oder das Mitfahren als Beifahrer oder Beisitzer. Versichert ist aber die Teilnahme an einem zertifizierten Fahrsicherheitstraining, das die sichere Beherrschung des Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr zum Inhalt hat.

1.4 bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens und Rodelns sowie am Training für diese Veranstaltungen;

1.5 bei der Teilnahme an nationalen oder internationalen Sportwettbewerben sowie jeglichem Training dafür; mitversichert ist jedoch die Teilnahme an Volksläufen mit internationaler Beteiligung, wie z. B. Wien-Marathon, Radmarathon Neusiedl, Schilanglaufmarathon Saalfelden und ähnlichen Publikumsveranstaltungen.

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

1.7 durch Revolution, Rebellion, Aufruhr oder Aufstand entstehen, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Aufrührer, Aufständischen daran teilgenommen hat;

1.8. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen (mit oder ohne Kriegserklärung) oder bewaffneten Konflikten nationaler oder internationaler Natur zusammenhängen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf einer Reise ins Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen bzw. von diesen bewaffneten Konflikten betroffen wird. Die aktive Teilnahme an diesen Ereignissen bleibt in jedem Fall ausgeschlossen. Der Versicherungsschutz besteht für alle in der Polizze vereinbarten Leistungsarten gemeinsam bis zu einer maximalen Entschädigungsleistung von EUR 100.000,-. Überraschend ist es nicht, wenn eine Reisewarnung vom zuständigen Bundesministerium (z. B. BM für Auswärtige Angelegenheiten) bestanden hat. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält. Diese Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg oder bewaffnete Konflikte herrschen.

1.9 die mittelbar oder unmittelbar

- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
- durch Kernenergie,
- oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren,

verursacht werden;

1.10 die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung auf Grund einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente oder infolge psychischer Erkrankung erleidet;

1.11 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 medizinisch bedingt waren.

1.12 bei Handlungen oder Unterlassungen, die objektiv geeignet sind, eine Selbsttötung herbeizuführen.

1.13 bei der Ausübung von Sportarten und Freizeitaktivitäten, bei der die versicherte Person einer deutlich höheren Unfallgefahr oder einer höheren Verletzungsgefahr (Verletzungsfolge) unterliegt.

Dazu zählen insbesondere sogenannte Fun- und Risikosportarten, wie zum Beispiel:

- Klettern ab Schwierigkeitsstufe V nach der internationalen UIAA-Skala
- Eisfallklettern
- Freeclimbing: Darunter versteht man das ungesicherte Klettern am Fels im Freien.
- Begehen von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad E
- Snow-Kiten
- Kiten an Land
- Wasserkiten
- Bungee-Jumping
- Mountainbike-Downhill-Fahrten: Darunter versteht man das Fahren auf als Mountainbike-Downhill-Strecken gekennzeichneten Strecken, Mountainbike-Freeriden und das Fahren in Mountainbike-Bikeparks.

Mitversichert ist jedoch das Fahren in Bikeparks als Sicherheitstraining unter Aufsicht eines dafür ausgebildeten Trainers.

Zu den Anzeigepflichten bei der Ausübung von gefährlichen und besonders gefährlichen Sportarten siehe auch Art. 13 AUVB.

1.14 bei der **vereinsmäßigen** Ausübung folgender Sportarten:

- Fußball in den vier höchsten nationalen Leistungsklassen (Bundesliga, 2. Liga, Regionalliga und 1. Landesliga) oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader einer Auswahlmannschaft des Bundes

- Eishockey in den drei höchsten nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bundes
- Hand-, Volley- und Basketball in den zwei höchsten nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bundes
- American Football in allen nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bundes

Als vereinsmäßige Ausübung wird die Ausübung der statutengemäßen Vereinstätigkeiten (Sportart) im Verein, bei Veranstaltungen des Vereins sowie außerhalb des Vereins im Auftrag des Vereins verstanden.