Unfallversicherung

Vorvertragliches ergänzendes Informationsblatt für Schadensversicherungsprodukte (ergänzendes IPID für Schadensversicherungen)

DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group

Produkt: DONAU Privatschutz Unfallversicherung

15.03.2024

Das vorliegende Dokument enthält zusätzliche und ergänzende Informationen zu jenen, die im Informationsblatt Unfallversicherung (IPID Unfallversicherung) enthalten sind, um es dem potenziellen Versicherungsnehmer zu erleichtern, die Eigenschaften des Produkts, die vertraglichen Pflichten und die Vermögenssituation des Unternehmens detaillierter zu erfassen.

Der Versicherungsnehmer muss vor Unterzeichnung des Vertrages Einsicht in die allgemeinen Versicherungsbedingungen nehmen.

DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Aktiengesellschaft, Schottenring 15, 1010 Wien (Österreich), Telefonnr. + 43 (0) 5033070000, Telefax: +43 (0) 503309970000, Internetseite: www.donauversicherung.at, E-Mail: donau@donauversicherung.at.

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

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

Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz (2023) entspricht das Eigenkapital des Versicherers einem Betrag in Höhe von EUR 125,32 Millionen (EUR 32,84 Millionen für die Lebensversicherung, EUR 83,94 Millionen für die Sachversicherung und EUR 8,54 Millionen für die Krankenversicherung). Das Grundkapital beträgt EUR 16,57 Millionen (EUR 6,21 Millionen für die Lebensversicherung, EUR 8,86 Millionen für die Sachversicherung und EUR 1,5 Millionen für die Krankenversicherung). Die Rücklagen, das sind Kapital-, Gewinn- und Risikorücklagen, belaufen sich insgesamt auf EUR 88,61 Millionen (EUR 24,48 Millionen für die Lebensversicherung, EUR 58,81 Millionen für die Sachversicherung und EUR 5,31 Millionen für die Krankenversicherung).

Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz (2023) entspricht die Solvabilitätsrate 361,77%. Bei der Solvabilitätsrate handelt es sich um das Verhältnis zwischen den verfügbaren Eigenmitteln und dem Eigenmittelerfordernis aufgrund der geltenden Gesetzgebung.

https://www.donauversicherung.at/die-donau/unternehmensberichte/

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

Was ist versichert?

Unfalldefinition:

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

Weiters gelten als Unfall folgende Ereignisse:

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

*Als Unfall gilt auch der Ausbruch von **Infektionskrankheiten**, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen (Tierbiss) auf die versicherte Person übertragen wurden. Weiters sind auch dauerhafte Gesundheitsschädigungen (z.B. allergische Reaktionen) infolge Schlangenbissen und Insektenstichen mitversichert.*

*Ebenso mitversichert gelten **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 Infektionskrankheiten und Impffolgeschäden von uns nur einmalig und nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht.

Siehe AUVB, Artikel 6

Eine Invaliditätsversicherung muss zwingend abgeschlossen werden und zwar in der Form „Dauernde Invalidität“:

- *Dauernde Invalidität:*

  Die Leistung wird ab jedem feststellbaren Grad einer dauernden Invalidität erbracht und zwar entsprechend dem festgestellten Invaliditätsgrad und in Verbindung mit einer Progressionsstaffel.

Siehe EUVB, Artikel 1

Der Umfang der Verpflichtung des Unternehmens ist auf die Deckungssumme und auf die mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Versicherungssummen beschränkt.

Welche Optionen/Personalisierungen können gewählt werden?

OPTIONEN MIT REDUZIERUNG DER PRÄMIE	
Selbstbehalte bei Dauernder Invalidität	• *halbe Leistung* *Bis zum angegeben Wert wird die Invaliditätsleistung um 50% vermindert. Ab dem angegeben Wert erfolgt dann allerdings die Berechnung der Versicherungsleistung gemäß dem festgestellten Invaliditätsgrad und der gewählten Progressionsvariante ohne Abzug (Integralfranchise). Siehe Klauseln 1066K und 1067K* *Bei Vereinbarung eines Selbstbehaltes wird die Prämie reduziert.*
OPTIONEN MIT ZAHLUNG EINER ZUSATZPRÄMIE *Sämtliche Optionen können bei Vertragsabschluss ausgeübt werden.*	
Kombinationsvarianten	*Es besteht die Möglichkeit mehrere Leistungsarten zu kombinieren. Zulässig sind folgende Varianten:* *Leistung ab 1 % + keine Leistung bis 10 %* *Leistung ab 1 % + keine Leistung bis 20 %* *Auf diese Weise ist es möglich bei geringer Versicherungssumme im unteren DI-Bereich zu einer deutlich höheren Leistung im höheren DI-Bereich zu kommen.* *Siehe EUVB 3000B Artikel 1*
Turbo Hit	*Turbo Hit 600* *Bei Wahl des Turbo-Hit 600 wird die Leistung ab 90 % dauernde Invalidität auf 600 erhöht.* *Turbo Hit 750* *Bei Wahl des Turbo-Hit 600 wird die Leistung ab 90 % dauernde Invalidität auf 750 erhöht.* *Siehe EUVB 3000B Artikel 1*
Unfall-Hit PLUS	*Liegt ein unfallkausaler Invaliditätsgrad von mindestens 50 % (alle Vorgebrechen werden angerechnet) vor, wird die vereinbarte Versicherungssumme in voller Höhe ausbezahlt.* *Liegt der Invaliditätsgrad unter 50 % erfolgt aus dieser Versicherungssumme keine Leistung.* *Für diesen Deckungsbaustein findet die Ärztegliedertaxe keine Anwendung.* *Die Mindestversicherungssumme beträgt EUR 10.000,–.* *Die Höchstversicherungssumme beträgt EUR 200.000,–.*
Unfalltod	*Für Erwachsene, Partner, Alleinerzieher und Familien gelten folgende Summenbegrenzungen:* *Mindestens EUR 10.000,--* *Höchstens EUR 300.000,--* *Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge eines Unfalls ein, wird die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme fällig.* *Die Versicherungssumme für den Todesfall soll der Versorgung Hinterbliebener dienen und sollte in einem Ausmaß versichert werden, das den wirtschaftlichen Gegebenheiten und der sozialen Stellung des Versicherten entspricht. Die Kapitalszahlung kann beispielsweise dazu beitragen, laufende Kreditverpflichtungen sicherzustellen (Vinkulierung) oder zu erfüllen.* *Zusätzlich zur Versicherungssumme für den Todesfall werden die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung der* *Leiche und der Bestattung bis maximal 5 % der für den Todesfall versicherten Summe ersetzt.* *Siehe EUVB 3000B Artikel 5*

Erweiterte Heilkosten	*Sämtliche Versicherungsleistungen gelten auf „Erstes Risiko“ versichert und subsidiär, d. h. eine Leistung erfolgt nur dann, wenn nicht von einem Sozialversicherungsträger oder sonstigem Leistungsträger Ersatz verlangt werden kann. Dem Versicherer sind sämtliche Originalbelege hinsichtlich der Kosten zu überlassen.* *Heilkosten, dazu zählen nach dem Unfall aufgewendete und ärztlich notwendigen Kosten zur Behebung der Unfallfolgen; u. a. Kosten für einen notwendigen Krankentransport, Aufenthalts- u. Verpflegungskosten in einer Heilanstalt; die erstmalige Anschaffung von künstlichen Gliedmaßen oder Zahnersatzes. Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter den in den AUVB genannten Voraussetzungen mitversichert. Bei Arzt- und Medikamentenkosten im Ausland steht die doppelte Versicherungssumme zur Verfügung!* *kosmetische Operationen, wenn zur Behebung unfallbedingter Entstellungen erforderlich bis zu EUR 20.000,– zusätzlich zur Versicherungssumme* *Kinderbegleitkosten, zusätzlich bis zu 10 % der Versicherungssumme* *traditionelle Chinesische Medizin, 50 % im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme* *Rehabilitationspauschale, bei unfallbedingter Kur oder Rehabilitation von zumindest 21 Tagen, EUR 250,– einmalig Nachhilfegeld, EUR 150,– einmalig.* *Nottransportkosten aus dem Ausland, unabhängig von der Versicherungssumme* *Second Medical Opinion, Einholung einer medizinischen Zweitmeinung über einen Assisteur im Rahmen der Versicherungssumme* *Siehe EUVB 3000B Artikel 9*
Erweiterte Heilkosten Plus	*Sämtliche Versicherungsleistungen gelten auf „Erstes Risiko“ versichert und subsidiär, d. h. eine Leistung erfolgt nur dann, wenn nicht von einem Sozialversicherungsträger oder sonstigem Leistungsträger Ersatz verlangt werden kann. Dem Versicherer sind sämtliche Originalbelege hinsichtlich der Kosten zu überlassen.* *Heilkosten, dazu zählen nach dem Unfall aufgewendete und ärztlich notwendigen Kosten zur Behebung der Unfallfolgen; u. a. Kosten für einen notwendigen Krankentransport, Aufenthalts- u. Verpflegungskosten in einer Heilanstalt; die erstmalige Anschaffung von künstlichen Gliedmaßen oder Zahnersatzes. Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter den in den AUVB genannten Voraussetzungen mitversichert. Bei Arzt- und Medikamentenkosten im Ausland steht die doppelte Versicherungssumme zur Verfügung.* *Privatarzt und Aufenthalt in einer Privatklinik* *Mitversichert sind die Kosten des Privatarztes unabhängig davon, ob die privaten Behandlungen aus ärztlicher Sicht notwendig sind oder nicht. Ebenso mitversichert sind die Kosten des unfallbedingten Aufenthalts in einem Privatspital oder die Sonderklasse eines Krankenhauses, sofern dies die Behandlung erfordert; bis zu 75 % der Versicherungssumme* *kosmetische Operationen, wenn zur Behebung unfallbedingter Entstellungen erforderlich; bis zu EUR 40.000,- zusätzlich zur Versicherungssumme* *Kinderbegleitkosten, zusätzlich bis zu 20 % der Versicherungssumme* *traditionelle Chinesische Medizin, 100 % im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme* *Rehabilitationspauschale, bei unfallbedingter Kur oder Rehabilitation von zumindest 21 Tagen, EUR 500,– einmalig Nachhilfegeld, EUR 300,– einmalig* *Second Medical Opinion, Einholung einer medizinischen Zweitmeinung über einen Assisteur im Rahmen der Versicherungssumme* *Nottransportkosten aus dem Ausland, unabhängig von der Versicherungssumme* *Siehe Klausel 3011K*

Unfallrente	*Für Erwachsene, Partner, Kinder, Jugendliche, Alleinerzieher und Familien gelten folgende Summenbegrenzungen:* *Mindestens EUR 100,--* *Höchstens EUR 1.500,--* ***Variante ab 35 %*** *Die Unfall-Rente wird bei dauernder Invalidität nach einem Unfall ausbezahlt, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad 35 % erreicht oder übersteigt. Solange der festgestellten Invaliditätsgrad kleiner als 50 % ist, wird die Versicherungsleistung um 50% vermindert, d.h. die Höhe der Rente beträgt 50 % der versicherten Rente. Die Auszahlung erfolgt als lebenslange, monatliche Rente, rückwirkend ab dem auf den Unfallstag folgenden Monatsersten.* *Bei Ableben des Rentenbeziehers innerhalb von 10 Jahren nach Beginn der Rentenzahlung wird die Rentenzahlung jedenfalls an die Bezugsberechtigen für den auf die Dauer von 10 Jahren fehlenden Zeitraum fortgesetzt.* *Siehe EUVB 3000B Artikel 4* ***Variante ab 50 %*** *Die Unfall-Rente wird bei dauernder Invalidität nach einem Unfall ausbezahlt, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad 50 % erreicht oder übersteigt. Die Auszahlung erfolgt als lebenslange, monatliche Rente, rückwirkend ab dem auf den Unfallstag folgenden Monatsersten.* *Bei Ableben des Rentenbeziehers innerhalb von 10 Jahren nach Beginn der Rentenzahlung wird die Rentenzahlung jedenfalls an die Bezugsberechtigen für den auf die Dauer von 10 Jahren fehlenden Zeitraum fortgesetzt.* *Siehe EUVB 3000B Artikel 3*
Berge-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten	***Bergungs- und Rückholkosten:*** *Diese werden von uns im Rahmen der gewählten Versicherungssumme ersetzt, soweit dafür kein Ersatz von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger verlangt werden kann.* ***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.* ***Rückholkosten*** *sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen 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 Italien bezahlt.* *Für* ***Hubschraubertransportkosten*** *kommt ausschließlich folgendes zur Anwendung.* *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.* *Siehe EUVB 3000B Artikel 10*

Spitalgeld	*Spitalsgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.* *Bei versicherten Unfällen im Ausland die einen sofortigen Spitalsaufenthalt vor Ort erforderlich machen, wird die Leistung verdoppelt.* *Siehe EUVB 3000B Artikel 7*
Schmerzensgeld	*Nach einem versicherten Unfall, der einem ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens 10 Tagen innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag medizinisch bedingt, wird ein einmaliges Schmerzensgeld von EUR 2.000,-- ausbezahlt. Beträgt der ununterbrochene Spitalsaufenthalt mindestens 20 Tage erhöht sich das Schmerzensgeld auf EUR 6.000,--.* *Siehe EUVB 3000B Artikel 8*
Sportpaket Aktiv	*Die Ausübung folgender Sportarten kann gemäß Klausel 1061K mitversichert werden:* • *Reitsport* • *Downhill-Mountainbike* • *Klettern* • *Klettersteige* • *Wasserkiten* • *Wasserschifahren* • *Canyoning* • *Wakeboarden* • *Kampfsport ohne Vollkontakt* • *Judo* • *Le Parkour* *Für Downhill-Mountainbike und Judo gilt folgende Leistungseinschränkung:* *Deckungsumfang: Versicherungsschutz bei dauernder Invalidität ab einer Leistungseinschränkung von 15 %, bei Leistungseinschränkungen unter 15 % keine Leistung.* *Heilkosten maximal bis zu EUR 3.000,–; Selbstbehalt: EUR 250,– je Leistungsfall* *Bei allen anderen versicherten Bausteinen steht die Leistung im vertraglich vereinbarten Umfang zur Verfügung.*
Knochenbruch	*Erleidet eine versicherte Person einen Knochenbruch im Sinne der AUVB wird die dafür gewählte Versicherungssumme unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen ausbezahlt.* *Diese Leistung unterliegt keiner Wertanpassung und steht je Versicherungsperiode nur einmal zur Verfügung.* *Siehe Klausel 1063K*
Taggeld mit Karenz	*Voraussetzung für die Vereinbarung des Taggeldes ist, dass die versicherte Person einer geregelten Beschäftigung (Erwerbstätigkeit) zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nachgeht.* *Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.* *Es ist in erster Linie als Ersatz eines Verdienstentganges während der Berufsunfähigkeit gedacht.* *Hinweis: Personen, die keinen sozialversicherungspflichtigen Beruf ausüben (z. B. Pensionisten, Hausfrauen, Schüler, Studenten) haben keine Möglichkeit ein Taggeld zu vereinbaren.* *Folgende Karenzfristen sind möglich: 5 / 10 / 20 Tage* *Siehe EUVB 3000B, Artikel 6*

Was ist NICHT versichert?

Personen und Risiken, die nicht versichert sind	*Personen mit folgenden unfallgefährdeten Berufen sind nicht versicherbar:* • *Berufssportler; dazu zählen auch Sportler, die direkt oder indirekt aus der Sportausübung ein Einkommen erzielen, welches über den bloßen Spesenersatz hinausgeht Sportler in den beiden höchsten nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader einer Auswahlmannschaft des Bundes oder Landes stehen* • *Artist, Ballettmeister* • *Jockey, Bereiter* • *Dompteur, Tierbändiger, Tierfänger* • *Tänzer, Balletttänzer* • *Mineur, Sprengbefugter, Sprengmeister / -helfer, Pyrotechniker, Bergmann* • *(Berufs-)feuerwehrmann, Body Guard, Leibwächter* • *Taucher, Tauchlehrer* • *Rennfahrer* ***Dauernde Invalidität*** *Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.* *Siehe EUVB* ***Hubschraubertransportkosten*** *Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung, bei Verkehrsunfällen oder Berufsunfällen im Sinne des Allgemeine Sozialversicherungsgesetzes (ASVG).*

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Selbstbehalt bei Dauernder Invalidität

Falls die entsprechende Option seitens des Versicherungsnehmers ausgeübt wird, gilt der zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer vereinbarte Selbstbehalt pro Schadenfall.

Impffolgeschäden

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 von uns nur für die Leistungsarten Unfalltod oder dauernde Invalidität erbracht und bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 50.000,– begrenzt.

Kinder und Jugendliche:

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

Regressanspruch (gilt nicht für Dauernde Invalidität und Unfalltod)

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

Wenn sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen seine Gäste, Hausangestellte und mit ihm in

häuslicher Gemeinschaft lebenden Verwandten und Angehörigen richtet, erklärt der Versicherer seinen Anspruch nur mit Zustimmung des Versicherungsnehmers geltend zu machen, soweit der Schaden nicht vorsätzlich verursacht wurde.

Taggeld mit Karenz

Die Vereinbarung, dass eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist im Versicherungsvertrag ersichtlich. Der Leistungsaufschub (Karenzfrist) ist im Versicherungsvertrag vereinbart. Das Taggeld wird erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist erbracht.

Welche Verpflichtungen habe ich? Welche Verpflichtungen hat das Unternehmen?

Was tun bei Eintritt eines Schadensfalles?	***Meldung des Schadens:*** *Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.* *Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen vom Bezugsberechtigten ab Kenntnis des Todesfalles und Bestehen des Versicherungsverhältnisses anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.* *Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalsverwaltung zuzusenden.* *Sind auch Berge- und/oder Heilkosten versichert, so sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen. Im Falle eines Nottransportes muss die vom Versicherer bezeichnete Organisation unverzüglich verständigt und ihren Veranlassungen Folge geleistet werden.* *Der Versicherer ist über die oben angeführten Schadensereignisse zumindest in geschriebener Form (z. B. E-Mail, Fax, Brief) zu informieren.*
	Direkter/konventionierter Beistand: Nein
	Abwicklung seitens anderer Unternehmen: Nein
	Verjährung: *Für die Verjährung gilt § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG). Danach verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag in drei Jahren, wobei diese Frist gegenüber Dritten erst ab Kenntnis des Rechts auf die Leistung des Versicherers zu laufen beginnt. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.*
Falsche oder unvoll-ständige Angaben	*Etwaige falsche oder unvollständige Angaben zu Gefahrumständen bei Vertragsabschluss können den Versicherungsschutz beeinträchtigen bzw. gegebenenfalls zum gänzlichen Verlust des Versicherungsschutzes führen.* *Etwaige falsche oder unvollständige Angaben zu Risikoerhöhungen können den Versicherungsschutz beeinträchtigen bzw. gegebenenfalls zum gänzlichen Verlust des Versicherungsschutzes führen.*
Pflichten des Unter-nehmens	*Es bestehen keine zusätzlichen Informationen zu jenen, die bereits im Informationsblatt zum Schadensversicherungsprodukt angegeben sind.*

Wann und wie zahle ich?

Prämie	*Die Prämie muss im Voraus für das ganze Versicherungsjahr an das Versicherungsunternehmen bezahlt werden, und zwar mit den üblichen Zahlungsmitteln (Banküberweisung, nicht übertragbarer Scheck, Bargeld) und den gesetzlichen Bestimmungen entsprechend. Der Versicherer kann der Zahlung der Jahresprämie in Teilbeträgen ohne Zusatzkosten zustimmen.* *siehe AUVB, Artikel 11 sowie §§ 38 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)* *Bei allen Prämien und Prämiensätzen ist bereits die italienische Versicherungssteuer eingerechnet (Bruttoprämien), welche getrennt in der Polizze angeführt wird.*

	Wertanpassung: *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 Verbrauchpreisindizes des Beobachtungszeitraumes A und des Beobachtungszeitraumes B.* *Als Beobachtungszeitraum A gilt jeweils Juni vor drei Jahren bis Mai vor zwei Jahren.* *Als Beobachtungszeitraum B gilt jeweils Juni vor zwei Jahren bis Mai vor einem Jahr.* *Basis ist der von der Statistik Austria jeweils veröffentlichte Index der Verbraucherpreise (VPI 2015).* *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.*
Rück-erstattung	*Im Falle eines Rücktritts vom Vertrag.*

Wann beginnt und endet die Deckung?

Dauer	*Der Beginn des Versicherungsschutzes ist in der Versicherungspolizze angegeben.* *Voraussetzung ist, dass die erste Versicherungsprämie rechtzeitig und vollständig bezahlt wird.* *Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Versicherungsschutz ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.* *Bei Verträgen mit einer Dauer von einem Jahr oder länger erfolgt nach dem in der Polizze angegebenen Ablaufdatum jeweils automatisch die Vertragsverlängerung für ein weiteres Jahr, sofern keine fristgerechte Kündigung erfolgt.* *Der Versicherungsschutz endet durch Kündigung durch den Versicherer oder den Kunden.*
Aussetzung	*Es bestehen keine zusätzlichen Informationen zu jenen, die bereits im Informationsblatt zum Schadensversicherungsprodukt angegeben sind.*

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Rücktritt nach Abschluss	*Für Verbraucher ist der Rücktritt vom Versicherungsvertrag binnen zwei Wochen ab Erhalt der Polizze möglich.* *Nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)* *(1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.* *(2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit der Verständigung vom Zustandekommen des Versicherungsvertrages (= Zusendung der Polizze bzw. Versicherungsschein), jedoch nicht, bevor Sie den Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung und diese Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.* *(3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 15, 1010 Wien, oder per E-Mail an donau@donauversicherung.at oder per Fax an +43 (0)50 330 99 70000. Zur Wahrung der Rücktrittsfrist reicht es aus, dass Sie die Rücktrittserklärung vor Ablauf der Rücktrittsfrist absenden. Die Erklärung ist auch wirksam wenn sie in den Machtbereich Ihres Versicherungsvertreters gelangt.* *(4) Mit dem Rücktritt enden ein allfällig bereits gewährter Versicherungsschutz und Ihre künftigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag. Hat der Versicherer bereits Deckung gewährt, so gebührt ihm eine der Deckungsdauer entsprechende Prämie. Wenn Sie bereits Prämien an den Versicherer geleistet haben, die über diese Prämie hinausgehen, so hat sie Ihnen der Versicherer ohne Abzüge zurückzuzahlen.* *(5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.* *Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)* *(1) Wurde der Vertrag ausschließlich im Wege des Fernabsatzes (z. B. Telefon, Internet, E-Mail, SMS, Direct-Mail) abgeschlossen, kann ein Verbraucher vom Vertrag oder seiner Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen zurücktreten.* *(2) Die Rücktrittsfrist beginnt mit dem Tag des Vertragsabschlusses. Hat aber der Verbraucher die Vertragsbedingungen und Vertriebsinformationen erst nach Vertragsabschluss erhalten, so beginnt die Rücktrittsfrist mit dem Erhalt aller dieser Bedingungen und Informationen.* *(3) Die Frist ist jedenfalls gewahrt, wenn der Rücktritt schriftlich oder auf einem anderen, dem Empfänger zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger erklärt und diese Erklärung vor dem Ablauf der Frist abgesendet wird.* *(4) Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.*
Auflösung	*Der Versicherungsvertrag kann zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mit einer Kündigungsfrist von mindestens 60 Tagen gekündigt werden.* *Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monates seit dem Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung zulässig. Der Versicherer hat eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten. Der Versicherungsnehmer kann mit sofortiger Wirkung, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.*

An wen richtet sich dieses Produkt?

Dieses Versicherungsprodukt ist für in der Region Trentino-Südtirol lebende und gemeldete (Wohnsitz) Personen mit Bedarf oder Wunsch nach einer Absicherung gegen das Unfallrisiko aus dem Beruf- und Freizeitbereich gedacht.

Welche Kosten muss ich auf mich nehmen?

Vermittlungskosten

Der Anteil, den die Vermittler beziehen, beträgt durchschnittlich 18,80%.

Wie kann ich Beschwerden einreichen und Streitigkeiten beilegen?	
An das Versicher-ungsunter-nehmen	*Eventuelle Beschwerden, die das Vertragsverhältnis oder die Schadenabwicklung betreffen, können dem Versicherer schriftlich an die folgende Adresse übermittelt werden:* *Donau Versicherung AG Vienna Insurance Group* *Beschwerde-Servicestelle* *Schlossergasse 1, 6020 Innsbruck* *Tel.: +43 50 330 70180* *Fax: +43 50 330 99 72015* *E-Mail: tirolvertrag@donauversicherung.at* *Die gesetzlich vorgesehene Antwortfrist auf Beschwerden beträgt 45 Tage.*
An das IVASS	*Im Falle einer unzureichenden oder verspäteten Antwort ist es möglich sich an das IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info auf: www.ivass.it, zu wenden.* *In Österreich ist die Aufsichtsbehörde Finanzmarktaufsicht (FMA) auch zugleich die zuständige Beschwerdebehörde für den Versicherungssektor. Beschwerden können daher auch direkt per Fax oder auf dem Postweg an folgende Anschrift gesendet werden:* *Finanzmarkaufsicht* *Beschwerdewesen* *Otto-Wagner-Platz 5* *A-1090 Vienna (Austria)* *Fax: 0043 1 249 59 5199* *Auf der folgenden Internet-Seite der Finanzmarktaufsicht finden sich nähere Hinweise zur Übermittlung von Beschwerden: http://www.fma.gv.at/cms/site/DE/abfragen.html?id=BVU.*
VOR ANRUFUNG DER GERICHTE ist es möglich, in einigen Fällen notwendig, sich folgender alternativer Verfahren zur Streitbeilegung zu bedienen	
Mediation	*Sich an eine Mediationsstelle wenden, die im Verzeichnis des Justizministeriums, einsehbar auf der Seite www.giustizia.it, eingetragen ist (Gesetz vom 09/08/2013, Nr. 98)*
Begleitete Ver-handlung mit Rechts-beistand	*Auf Antrag des eigenen Anwalts an das Unternehmen*
Andere alternative Prozeduren zur Streitbeilegung	*Für etwaige Streitigkeiten betreffend die Höhe des Schadens oder die nötigen Reparaturkosten kann ein Schiedsgericht mit drei Sachverständigen (je einer pro Partei eingesetzt und der Dritte im Einvernehmen bestimmt) hinzugezogen werden. Sollte über die Ernennung des Obmanns kein Einvernehmen hergestellt werden können, kann auch der Präsident des Gerichtes, das seinen Sitz im zuständigen Gerichtsbarkeitsbereich des Versicherungsnehmers hat, befragt werden.* *Zur Regelung von grenzüberschreitenden Streitigkeiten oder Streitigkeiten zwischen einem Versicherungsnehmer, der Bürger eines Mitgliedstaates ist, und einem Unternehmen, welches seinen Firmensitz in einem anderen Mitgliedsstaat hat, darf der in Italien ansässige Beschwerdeführer wie folgt Beschwerde führen:* *- beim IVASS, das die Beschwerde auf außergerichtlichem Wege an die zuständigen ausländischen Behörden weiterleitet und den Beschwerdeführer darüber und in Folge auch über die Antwort informiert;* *- direkt bei den zuständigen ausländischen Behörden des Mitgliedsstaates oder des dem EWR (Europäischer Wirtschaftsraum) zugehörigen Staates, wo das Versicherungsunternehmen seinen Sitz hat, um dort das FIN-NET Verfahren zu starten (ein Netz der Zusammenarbeit von nationalen Einrichtungen). Siehe dazu die Internetseite http://www.ec.europa.eu/fin-net.*

VOR AUSFÜLLUNG DES GESUNDHEITSFRAGEBOGENS, LIES AUFMERKSAM DIE IM VERSICHERUNGSANTRAG UND IN DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN ENTHALTENEN EMPFEHLUNGEN UND HINWEISE DURCH. ALLFÄLLIGE UNGENAUE ODER NICHT WAHRHEITSGEMÄSSE ANGABEN KÖNNEN DAS RECHT AUF VERSICHERUNGSLEISTUNG EINSCHRÄNKEN ODER GÄNZLICH AUSSCHLIESSEN.

FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DAS UNTERNEHMEN NICHT ÜBER EINEN FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER RESERVIERTEN DISPOSITIVEN BEREICH (SOG. HOME INSURANCE); WESWEGEN SIE NACH DER UNTERSCHRIFT DIESEN VERTRAG NICHT TELEMATISCH VERWALTEN KÖNNEN.