

# Unfallversicherung

Vorvertragliches ergänzendes Informationsblatt für  
Schadensversicherungsprodukte (ergänzendes IPID für Schadensversicherungen)

DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group



Produkt: SicherDurchsLeben

April 2020

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](http://www.donauversicherung.at), E-Mail: [donau@donauversicherung.at](mailto: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](http://www.donauversicherung.at), E-Mail: [donau@donauversicherung.at](mailto: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 (2019) entspricht das Eigenkapital des Versicherers einem Betrag in Höhe von EUR 100,45 Millionen (EUR 26,97 Millionen für die Lebensversicherung, EUR 67,54 Millionen für die Sachversicherung und EUR 5,94 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 auf insgesamt auf EUR 74,96 Millionen (EUR 22,22 Millionen für die Lebensversicherung, EUR 47,29 Millionen für die Sachversicherung und EUR 5,45 Millionen für die Krankenversicherung).*

*Entsprechend der letzten genehmigten Bilanz (2019) entspricht die Solvabilitätsrate 201,02 % .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, 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,*

*Impffolgeschden, Infektionskrankheiten infolge Hautverletzungen durch Tiere, Schlangenbisse und Insektenstiche.*

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

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

*siehe AUVB, Artikel 6 und 15*

### **Variante „Standard“:**

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

- *Dauernde Invalidität:*

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

- *Unfall-Hit: Die Leistung der vereinbarten (kompletten) Versicherungssumme erfolgt, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad einer dauernden Invalidität mindestens 50% erreicht oder übersteigt.*

*Siehe AUVB, Artikel 7 und 8*

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

*siehe AUVB, Artikel 20, 21, 22 und 23*

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

*siehe Klausel 96A*

*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?**

<b>OPTIONEN MIT REDUZIERUNG DER PRÄMIE</b>	
<b>Unfallversicherung „Light“</b>	<p>Bei der Unfallversicherung „Light“ wird bis zu einer dauernden Invalidität von 20 % eine verminderte Leistung erbracht. Die Versicherungsleistung beträgt 20 % der gemäß dem festgestellten Invaliditätsgrad entsprechenden Leistung.</p> <p>Bei Auswahl der Variante „Light“ wird die Prämie reduziert.</p>
<b>Selbstbehalte bei Dauernder Invalidität</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• halbe Leistung</li> </ul> <p>Bis zum angegebenen Wert wird die Invaliditätsleistung um 50% vermindert. Ab dem angegebenen Wert erfolgt dann allerdings die Berechnung der Versicherungsleistung gemäß dem festgestellten Invaliditätsgrad und der gewählten Progressionsvariante ohne Abzug (Integralfranchise).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Leistung</li> </ul> <p>Eine Invaliditätsleistung wird erst erbracht, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad den angegebenen Wert übersteigt. Die Berechnung der Versicherungsleistung erfolgt dann allerdings gemäß dem festgestellten Invaliditätsgrad und der gewählten Progressionsvariante ohne Abzug (Integralfranchise).</p> <p>Bei Vereinbarung eines Selbstbehaltes wird die Prämie reduziert.</p>
<b>OPTIONEN MIT ZAHLUNG EINER ZUSATZPRÄMIE</b>	
Sämtliche Optionen können bei Vertragsabschluss ausgeübt werden.	
<b>Variante „Plus“</b>	<p>Siehe Klausel 90A</p> <p>Eine Invaliditätsversicherung muss zwingend abgeschlossen werden und zwar in der Form „Dauernde Invalidität“ und/oder „Unfall-Hit“ gewählt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Unfall-Hit: Die Leistung der vereinbarten (kompletten) Versicherungssumme erfolgt, wenn der festgestellte Invaliditätsgrad einer dauernden Invalidität mindestens 50% erreicht oder übersteigt.</li> </ul> <p>siehe AUVB, Artikel 7 und 8</p> <p>Im Rahmen der Erwachsenen-, Partner- und Alleinerzieher- und Familienunfall sind während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes geborene leibliche Kinder einer versicherten Person ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennung der Nabelschnur) innerhalb der ersten 12 Lebensmonate automatisch mitversichert (gilt nur für Dauernde Invalidität).</p> <p>siehe AUVB, Artikel 20, 21, 22 und 23</p> <p>Unabhängig vom Vorliegen einer dauernden Invalidität werden bei einem Knochenbruch, der sich während der Vertragslaufzeit ereignet, EUR 250,- pro Schadeneignis bezahlt. Die Entschädigungsleistung steht nur einmal pro Versicherungsperiode zur Verfügung.</p> <p>siehe Klausel 97A</p>
<b>Unfalltod</b>	<p>Für Erwachsene, Partner, Alleinerzieher und Familien gelten folgende Summenbegrenzungen:</p> <p>Mindestens EUR 10.000,-</p> <p>Höchstens EUR 500.000,-</p> <p>Senioren können EUR 10.000,- als Versicherungssumme wählen.</p> <p>Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge eines Unfalls ein, wird die für den Todesfall vereinbarte Versicherungssumme fällig.</p> <p>Die Versicherungssumme für den Todesfall soll der Versorgung Hinterbliebener dienen und sollte in einem Ausmaß versichert</p>

	<p>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.</p> <p>Bei Vereinbarung der Unfallversicherung-„Plus“ gilt folgende Erweiterung versichert:</p> <p>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.</p>
<p><b>Unfallkosten</b></p>	<p>Sämtliche Versicherungsleistungen gelten subsidiär, d.h. eine Leistung erfolgt nur dann, wenn nicht von einem Sozialversicherungsträger oder sonstigem Leistungsträger Ersatz geleistet wird. Dem Versicherer sind sämtliche Originalbelege hinsichtlich der Kosten zu überlassen.</p> <p><b>Heil-, Bergungs- und Rückholkosten (inkl. kosmetische Operationen)</b></p> <p>Für Erwachsene, Partner, Kinder, Jugendliche, Alleinerzieher und Familien gelten folgende Summenbegrenzungen:</p> <p>Mindestens EUR 1.500,-- Höchstens EUR 15.000,--</p> <p>Heilkosten sind die nach dem Unfall aufgewendeten Kosten zur Behebung der Unfallsfolgen. Hierzu zählen auch die Kosten für einen notwendigen Krankentransport, Aufenthalts- und Verpflegungskosten in einer Heilanstalt sowie die erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes.</p> <p>Achtung:</p> <p>Die Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen werden im Rahmen der Versicherungssumme ohne Einschränkung übernommen.</p> <p>Bei Arzt- und Medikamentenkosten im Ausland steht die doppelte Versicherungssumme zur Verfügung!</p> <p>Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Beschädigung muss im unmittelbaren Zusammenhang mit einem gleichzeitig eintretenden versicherten Ereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt, die eine ärztliche Behandlung bzw. Versorgung erfordert.</li> <li>• Der Versicherte muss dem Versicherer eine schriftliche Bestätigung des Arztes (Spitales) überbringen, von welchem die Unfallsfolgen behandelt bzw. medizinisch versorgt wurden.</li> <li>• Der Kostenersatz wird bis zum ursprünglichen Wertausmaß im Rahmen der vereinbarten Summe für Unfallkosten geleistet, d.h. gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall.</li> </ul> <p>Bergungskosten umfassen die notwendigen, nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße. Bergungskosten werden vergütet, wenn der Versicherte einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist.</p> <p>Rückholkosten umfassen bei einem Unfall des Versicherten außerhalb seines Wohnortes die nachgewiesenen Kosten des</p>

*Transportes 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 auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Italien bezahlt.*

### **Nottransportkosten**

*Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch im Krankheitsfall auf die Kosten eines Nottransportes nach Italien durch eine vom Versicherer bezeichnete Organisation (z. B. Tyrolean Air Ambulance). Voraussetzung ist, dass der Grad der Krankheit oder des Unfalles einen solchen Transport erforderlich macht.*

*Die vom Versicherer bezeichnete Organisation entscheidet die Notwendigkeit der Durchführung eines Nottransportes und führt diesen auf Kosten des Versicherers durch.*

*Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben:*

- *wenn der Versicherte die Kosten des Nottransportes anderweitig ersetzt erhält;*
- *wenn eine andere als die vom Versicherer bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.*

*Die Kosten des Nottransportes werden unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme und ohne Anrechnung auf diese zur Gänze vom Versicherer ersetzt.*

### **Kinderbegleitkosten**

*Die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person werden vom Versicherer übernommen, wenn das versicherte Kind zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Die Kosten werden unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme und ohne Anrechnung auf diese bis maximal 10 % der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Die entsprechenden Originalrechnung sind dem Versicherer zu übergeben.*

*Bei Vereinbarung der Unfallversicherung-„Plus“ werden bis maximal 20 % vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt.*

### **Krankenhausbesuch im Ausland**

*Bei einem Krankenhausaufenthalt im Ausland von mindestens fünf Tagen werden die Kosten für die Reise (angemessenes Transportmittel und Aufenthalt) einer dem Versicherten nahestehenden Person zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort übernommen. Die Kosten werden unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme und ohne Anrechnung auf diese bis maximal 25 % der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Die entsprechenden Originalrechnung sind dem Versicherer zu übergeben.*

*Bei Vereinbarung der Unfallversicherung-„Plus“ werden bis maximal 50 % vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt.*

### **Rettungskosten für Hubschraubertransporte**

*Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Unfällen auf die notwendigen Kosten eines Rettungstransportes mittels Hubschraubers. Die Kosten werden unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme und ohne Anrechnung auf diese bis EUR 7.500,-- ersetzt.*

*Bei Vereinbarung der Unfallversicherung-„Plus“ beträgt die Versicherungssumme EUR 10.000,--.*

*Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung. Entgeltlichkeit liegt vor,*

*wenn der Versicherte mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.*

### **Traditionelle Chinesische Medizin**

Gemäß Art. 13, Pkt. 1 AUVB werden die Kosten für Anwendungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) zur Behebung der Unfallfolgen bis maximal 20 % der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

Bei Vereinbarung der Unfallversicherung-„Plus“ werden bis maximal 40 % vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten ersetzt.

### **Kurkostenbeihilfe**

Bei Vereinbarung der Unfallversicherung-„Plus“ wird zusätzlich nach einem versicherten Unfall eine Beihilfe in der Höhe von EUR 500,- bezahlt, wenn die versicherte Person innerhalb von drei Jahren vom Unfalltage an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Kur von mindestens 21 Tagen durchgeführt hat.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Kur und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal bezahlt.

### **Nachhilfegeld**

Bei Vereinbarung der Unfallversicherung-„Plus“ wird zusätzlich nach einem Unfall im Sinne des Artikels 6 eine Beihilfe in der Höhe von EUR 250,- bezahlt, wenn das versicherte Kind innerhalb von einem Jahren vom Unfalltage an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Nachhilfe benötigt und nachweislich in Anspruch nimmt. Das versicherte Kind muss sich zum Zeitpunkt des Unfalles in Schulausbildung befinden und darf das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal bezahlt.

### **Kosten für Sonderklasse (nur aufgrund zusätzlicher Vereinbarung)**

Bei Vereinbarung der Unfallkosten kann zusätzlich auch die Übernahme der Kosten der Sonderklasse in Spitälern,

Krankenanstalten, privaten Sanatorien und dgl. sowie der im Rahmen der Sonderklassebehandlung aufgewendeten privaten

Behandlungskosten (inkl. Vor- und Nachbehandlung) mitversichert werden. Diese Kosten werden im Rahmen der vereinbarten

Versicherungssumme für Unfallkosten bezahlt.

(Klausel 24J)

Achtung:

Mit dieser Erweiterung sind Behandlungskosten durch Wahl- bzw. Privatärzte, d.h. private Ordinationskosten ohne eine Sonderklassebehandlung in einem Spital, Krankenanstalt, privatem Sanatorium und dgl. nicht mitversichert.


### **Kosten für Sonderklasse und Privatarzt (nur aufgrund zusätzlicher Vereinbarung)**

Bei Vereinbarung der Unfallkosten kann zusätzlich zur Übernahme der Kosten der Sonderklasse (Klausel 24J) auch die Übernahme der Kosten von privaten Krankenbehandlungen ohne eine Sonderklassebehandlung mitversichert werden. Diese Kosten werden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten übernommen.

(Klausel 75F)

<p><b>Unfallrente)</b></p>	<p><i>Für Erwachsene, Partner, Kinder, Jugendliche, Alleinerzieher und Familien gelten folgende Summenbegrenzungen:</i></p> <p><i>Mindestens EUR 100,--</i></p> <p><i>Höchstens EUR 1.500,--</i></p> <p><b>Variante ab 35 %</b></p> <p><i>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 Unfalltag folgenden Monatsersten.</i></p> <p><i>Bei Ableben des Rentenbeziehers innerhalb von 10 Jahren nach Beginn der Rentenzahlung wird die Rentenzahlung jedenfalls an die Bezugsberechtigten für den auf die Dauer von 10 Jahren fehlenden Zeitraum fortgesetzt.</i></p> <p><i>(Klausel 70K)</i></p> <p><b>Variante ab 50 %</b></p> <p><i>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 Unfalltag folgenden Monatsersten.</i></p> <p><i>Bei Ableben des Rentenbeziehers innerhalb von 10 Jahren nach Beginn der Rentenzahlung wird die Rentenzahlung jedenfalls an die Bezugsberechtigten für den auf die Dauer von 10 Jahren fehlenden Zeitraum fortgesetzt.</i></p>
<p><b>(Pflege-)Taggeld</b></p>	<p><i>Höchstgrenze: EUR 100,--</i></p> <p><i>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 3 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt. Es ist in erster Linie als Ersatz eines Verdienstentganges während der Berufsunfähigkeit gedacht.</i></p> <p><i>Personen, die keinen sozialversicherungspflichtigen Beruf ausüben (z.B. Pensionisten, Hausfrauen), haben die Möglichkeit an Stelle des Taggeldes ein Pflege taggeld abzuschließen.</i></p> <p><b>Achtung:</b></p> <p><i>Pflege taggeld wird bezahlt, wenn der Versicherte nach einem Unfall in ärztlicher Behandlung ist und bei seinen typischen Alltagsbeschäftigungen vollständig behindert ist. Der Grad der Beeinträchtigung ist nach medizinischen Gesichtspunkten festzustellen.</i></p> <p><i>Eine Leistung in der Pflege taggeldversicherung wird längstens für 180 Tage erbracht, wobei die ersten 7 Tage mit der halben Versicherungssumme entschädigt werden.</i></p> <p><i>Geht der Versicherte zum Schadenzeitpunkt keiner sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung nach (z.B. Pension, Beziehung von Notstandsgeld etc.) wird Leistung nach den Kriterien der Pflege taggeldversicherung erbracht.</i></p> <p><b>2 Varianten zur Wahl:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- (Pflege-)Taggeld ab dem 1. Tag der Berufs- / Beschäftigungsunfähigkeit oder</li> <li>- (Pflege-)Taggeld ab dem 8. Tag der Berufs- / Beschäftigungsunfähigkeit</li> </ul> <p><i>Bei der Unfallversicherung für Partner und Familien kann eine (Pflege-)Taggeldleistung für den mitversicherten Partner zusätzlich vereinbart werden.</i></p>

<b>Spitalgeld</b>	<p>Höchstgrenze: EUR 100,--</p> <p>Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens 365 Tage innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt. Bei einem stationären Spitalsaufenthalt im Ausland wird die Leistung verdoppelt</p>
<b>Schmerzensgeld</b>	<p>Nach einem versicherten Unfall, der einem ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens 10 Tagen innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag medizinisch bedingt, wird ein einmaliges Schmerzensgeld von EUR 1.000,-- ausbezahlt. Beträgt der Spitalsaufenthalt mindestens 20 Tage erhöht sich das Schmerzensgeld auf EUR 3.000,--.</p>
<b>Klettern</b>	<p>Klettern bis zum Schwierigkeitsgrad VIII</p>
<b>Tauchen</b>	<p>Siehe Klausel 88A</p> <p>Tauchen bis 40m</p> <p>Bei Mitversicherung des Taucherrisikos erstreckt sich der Versicherungsschutz auch folgende Ereignisse und die damit verbundenen Folgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiefenrausch (Stickstoffintoxikation)</li> <li>• Ensufflement (CO2 Intoxikation)</li> <li>• Sauerstoffintoxikation</li> <li>• Atemgasembolie (AGE, Barotraumen)</li> <li>• Dekompensionskrankheit</li> </ul> <p>Wenn Unfallkosten versichert sind, werden auch die Kosten der Dekompensionskammer bis zu EUR 10.000,-- bezahlt</p>

 <b>Was ist NICHT versichert?</b>	
<p><b>Personen und Risiken, die nicht versichert sind</b></p>	<p>Personen mit folgenden unfallgefährdeten Berufen sind nicht versicherbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Artist, Ballettmeister</li> <li>• Jockey, Bereiter</li> <li>• Dompteur, Tierbändiger, Tierfänger</li> <li>• Tänzer, Balletttänzer</li> <li>• Mineur, Sprengbefugter, Sprengmeister / -helfer, Pyrotechniker, Bergmann</li> <li>• (Berufs-)feuerwehrmann, Body Guard, Leibwächter</li> <li>• Taucher, Tauchlehrer</li> <li>• Rennfahrer</li> </ul> <p><b>Dauernde Invalidität</b></p> <p>Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.</p> <p>Siehe AUVB</p>





## 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.

### **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.




## Welche Verpflichtungen habe ich? Welche Verpflichtungen hat das Unternehmen?

<p><b>Was tun bei Eintritt eines Schadensfalles?</b></p>	<p><b>Meldung des Schadens:</b></p> <p>Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.</p> <p>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.</p> <p>Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.</p> <p>Sind auch Unfallkosten 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.</p> <p>Der Versicherer ist über die oben angeführten Schadensereignisse zumindest in geschriebener Form (z. B. E-Mail, Fax, Brief) zu informieren.</p> <p><b>Direkter/konventionierter Beistand:</b></p> <p>Nein</p> <p><b>Abwicklung seitens anderer Unternehmen:</b></p> <p>Nein</p> <p><b>Verjährung:</b></p> <p>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.</p>
<p><b>Falsche oder unvollständige Angaben</b></p>	<p>Etwaige falsche oder unvollständige Angaben zu Gefahrumständen bei Vertragsabschluss können den Versicherungsschutz beeinträchtigen bzw. gegebenenfalls zum gänzlichen Verlust des Versicherungsschutzes führen.</p> <p>Etwaige falsche oder unvollständige Angaben zu Risikoerhöhungen können den Versicherungsschutz beeinträchtigen bzw. gegebenenfalls zum gänzlichen Verlust des Versicherungsschutzes führen.</p>

<b>Pflichten des Unternehmens</b>	<i>Es bestehen keine zusätzlichen Informationen zu jenen, die bereits im Informationsblatt zum Schadensversicherungsprodukt angegeben sind.</i>
-----------------------------------	---

 <b>Wann und wie zahle ich?</b>	
<b>Prämie</b>	<p><i>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 ABS, Artikel 4 sowie §§ 38 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)</i></p> <p><i>Bei allen Prämien und Prämienätzen ist bereits die italienische Versicherungssteuer eingerechnet (Bruttoprämien), welche getrennt in der Police angeführt wird.</i></p> <p><i>Wertanpassung:</i></p> <p><i>Es gilt eine Wertanpassung vereinbart:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. Die Erhöhung der Versicherungssummen für den Todes- und Invaliditätsfall sowie für Taggeld, Spitalgeld, Genesungsgeld und Unfallkosten bzw. die Erhöhung der versicherten Unfall-Rente erfolgt jährlich nach Maßgabe der für das Kalenderjahr der Erhöhung vom Bundesminister für soziale Verwaltung gemäß § 108a ASVG kundgemachten Richtzahl, mindestens aber 4 %.</i></li> <li><i>2. Die erhöhte Versicherungssumme bzw. Unfall-Rente ergibt sich durch Multiplikation der im Zeitpunkt der Erhöhung jeweils geltenden Versicherungssumme mit der Richtzahl (Erhöhung mindestens 4 %). Die Versicherungssummen für den Todes- und Invaliditätsfall sowie für Unfallkosten werden auf ganze Euro, die für Taggeld, Spitalgeld und Genesungsgeld auf 10 Cents genau sowie die Unfall-Rente auf 1 Cent genau aufgerundet.</i></li> <li><i>3. Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme bzw. die Unfall-Rente.</i></li> <li><i>4. Die Erhöhung der Versicherungssummen bzw. der Unfall-Rente und der Prämie erfolgt zur Prämienhauptfälligkeit eines jeden Jahres und wird dem Versicherungsnehmer bestätigt.</i></li> <li><i>5. Wird die Richtzahl nicht mehr verlautbart, gilt der an deren Stelle verlautbarte Wert als Maßstab für die Erhöhungen (Erhöhung mindestens aber 4 %).</i></li> <li><i>6. Diese Vereinbarung kann, unbeschadet des Fortbestandes der sonstigen Vertragsbestimmungen für sich allein vom Versicherungsnehmer und vom Versicherer zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden.</i></li> </ol>
<b>Rück- erstattung</b>	<i>Im Falle eines Rücktritts vom Vertrag.</i>

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



## Wie kann ich den Vertrag kündigen?

<b>Rücktritt nach Abschluss</b>	<p>Für Verbraucher ist der Rücktritt vom Versicherungsvertrag binnen zwei Wochen ab Erhalt der Polizze möglich.</p> <p>Nach § 5c Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)</p> <p>(1) Sie können von Ihrem Versicherungsvertrag innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in geschriebener Form (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zurücktreten.</p> <p>(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.</p> <p>(3) Die Rücktrittserklärung ist zu richten an: DONAU Versicherung AG Vienna Insurance Group, Schottenring 15, 1010 Wien, oder per E-Mail an <a href="mailto:donau@donauversicherung.at">donau@donauversicherung.at</a> 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.</p> <p>(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.</p> <p>(5) Ihr Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat, nachdem Sie den Versicherungsschein einschließlich dieser Belehrung über das Rücktrittsrecht erhalten haben.</p> <p>Nach § 8 Fern-Finanzdienstleistungs-Gesetz (FernFinG)</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(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.</p> <p>(4) Das Rücktrittsrecht besteht nicht bei kurzfristigen Versicherungen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat.</p>
<b>Auflösung</b>	<p>Der Versicherungsvertrag kann zum Ende des jeweiligen Versicherungsjahres mit einer Kündigungsfrist von mindestens 60 Tagen gekündigt werden.</p> <p>Nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles ist jeder Teil berechtigt, das Versicherungsverhältnis zu kündigen. Die Kündigung ist nur bis zum Ablauf eines Monats 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.</p>



## 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 19,68%.

## Wie kann ich Beschwerden einreichen und Streitigkeiten beilegen?

<p><b>An das Versicherungsunternehmen</b></p>	<p>Eventuelle Beschwerden, die das Vertragsverhältnis oder die Schadenabwicklung betreffen, können dem Versicherer schriftlich an die folgende Adresse übermittelt werden:</p> <p>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</p> <p>Die gesetzlich vorgesehene Antwortfrist auf Beschwerden beträgt 45 Tage.</p>
<p><b>An das IVASS</b></p>	<p>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.</p> <p>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:</p> <p>Finanzmarktaufsicht Beschwerdewesen Otto-Wagner-Platz 5 A-1090 Vienna (Austria) Fax: 0043 1 249 59 5199</p> <p>Auf der folgenden Internet-Seite der Finanzmarktaufsicht finden sich nähere Hinweise zur Übermittlung von Beschwerden: <a href="http://www.fma.gv.at/cms/site/DE/abfragen.html?id=BVU">http://www.fma.gv.at/cms/site/DE/abfragen.html?id=BVU</a>.</p>
<p><b>VOR ANRUFUNG DER GERICHTE ist es möglich, in einigen Fällen notwendig, sich folgender alternativer Verfahren zur Streitbeilegung zu bedienen</b></p>	
<p><b>Mediation</b></p>	<p>Sich an eine Mediationsstelle wenden, die im Verzeichnis des Justizministeriums, einsehbar auf der Seite <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>, eingetragen ist (Gesetz vom 09/08/2013, Nr. 98)</p>
<p><b>Begleitete Verhandlung mit Rechts-beistand</b></p>	<p>Auf Antrag des eigenen Anwalts an das Unternehmen</p>
<p><b>Andere alternative Prozeduren zur Streitbeilegung</b></p>	<p>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.</p> <p>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</p>

*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.**