

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

1038A – ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB 2022)

Wichtig: Bitte beachten und lesen Sie die im Anhang angeführten Gesetzestexte, da auf diesen in den jeweiligen Bedingungsstellen verwiesen wird.

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Artikel 1 Was ist versichert?
- Artikel 2 Was ist der Versicherungsfall?
- Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?
- Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?
- Artikel 5 Wann beginnt die Versicherung?
- Artikel 6 Was ist ein Unfall?

Abschnitt B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- Artikel 7 Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“, wann wird dafür eine Leistung erbracht?
- Artikel 8 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfall-Vollschutz“?
- Artikel 9 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfall-Rente“?
- Artikel 10 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Todesfall“?
- Artikel 11 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Taggeld“?
- Artikel 12 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Spitalsgeld“?
- Artikel 13 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Schmerzensgeld“?
- Artikel 14 Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallkosten“?
- Artikel 15 Was gilt bei Kinderlähmung und Erkrankung infolge Zeckenbiss?
- Artikel 16 Was zahlen wir zusätzlich?
- Artikel 17 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?
- Artikel 18 Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten?

Abschnitt C: BEGRENZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 19 Welche Unfälle sind ausgeschlossen?
- Artikel 20 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 21 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 22 Was ist bei Änderung des Berufs, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?
- Artikel 23 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 24 Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?
- Artikel 25 Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?
- Artikel 26 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
- Artikel 27 Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
- Artikel 28 Wie sind Erklärungen abzugeben?
- Artikel 29 Welches Recht gilt?
- Artikel 30 Sanktionsklausel

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

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1

Was ist versichert?

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

Die Leistungsarten, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B dieser Bedingungen. Aus der Polizza ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen tatsächlich vereinbart sind.

Artikel 2

Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls (Artikel 6).

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Wann gilt die Versicherung?

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

Artikel 5

Wann beginnt die Versicherung?

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizza (Artikel 29, Prämie), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn, wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

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

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

Artikel 6

Was ist ein Unfall?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet oder stirbt.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
 - 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 Artikel 20, „Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes“, Anwendung.
 - Ertrinken
 - Erfrierungen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfallereignis entstehen
 - Unfälle, 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 allmählichen 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

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

„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, Suchtgift, Medikamente oder psychische Erkrankungen, siehe dazu auch Artikel 19 Punkt 1.10.
 - 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 7 und „Unfalltod“ nach Artikel 10 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 Punkt a) – übertragen worden sind. Hinsichtlich dauerhafter Gesundheitsschädigungen (insbesondere allergische Reaktionen), die durch Insektenstiche oder durch von sonstigen Tieren verursachte Hautverletzungen ausgelöst wurden, findet der Artikel 20 „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 Ausschlussatbestand gem. Artikel 19, Punkt 1.1 gegeben ist.
5. Versichert sind Unfälle im Sinne von Artikel 6, Punkt 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.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSSCHUTZ – LEISTUNGSARTEN

Artikel 7

Leistungsart „Dauernde Invalidität“?

Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“, wann wird dafür eine Leistung erbracht?

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.

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

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	50 %
- sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits funktionslos war	65 %
- des Gehörs beider Ohren	80 %
- des Gehörs eines Ohrs	50 %
- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohrs vor Eintritt des Versicherungsfalles funktionslos war	50 %
- 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	50 %

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 20.

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. Ist im Fall einer dauernden Invalidität eine Leistungssteigerung (Progression) vereinbart, ist die Art der Leistungssteigerung und die Höhe der Maximalleistung aus dem im Vertrag zugrunde liegenden Klauseln zu entnehmen.

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.

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

9. Ist eine Variante mit abweichendem Leistungsbeginn vereinbart worden, beginnt die Versicherungsleistung aus dieser Leistungsart erst ab dem angeführten Grad der dauernden Invalidität (dauernde Invalidität ab x %). Im Fall dauernder Invalidität wird die Versicherungsleistung aus dieser Versicherungssumme erst ab dem in der Police festgehaltenen Prozentsatz (z. B. Leistung ab 20 %) erbracht, unter diesem Prozentsatz erfolgt aus dieser Versicherungssumme keine Leistung. Diese Versicherungssumme kann mit einer Versicherungssumme für dauernde Invalidität ohne abweichendem Leistungsbeginn und der gleichen Progression kombiniert werden.

Artikel 8

Leistungsart „Unfall-Vollschutz“

Der Versicherer bezahlt die vereinbarte Versicherungssumme, wenn der durch den versicherten Unfall festgestellte Invaliditätsgrad 50 % erreicht oder übersteigt und ab 90%iger Invalidität wird diese Leistung um 50 % erhöht. Unter 50 % erfolgt keine Leistung. Andere Leistungssteigerungen (Progression) gelten nicht für diese Leistungsart. Artikel 7, Punkt 6 findet diesbezüglich keine Anwendung.

Artikel 9

Leistungsart „Unfallrente“

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallrente“?

1. Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne von Artikel 7, dann wird – unabhängig vom Alter der versicherten Person – die vereinbarte Unfallrente entsprechend der getroffenen Vereinbarung an die versicherte Person gezahlt.

Abhängig von der vertraglichen Vereinbarung wird eine Leistung für Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad

- von mindestens 35 % erbracht; beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35 %, jedoch weniger als 50 %, dann wird die halbe vereinbarte Monatsrente ausbezahlt.
- von mindestens 50 % erbracht.

Die jeweils getroffene Vereinbarung für die Unfallrente ist in der Police dokumentiert.

2. Abweichend von Artikel 20 („Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes“) werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt (das heißt, auch wenn der Anteil unter 25 % beträgt).

3. Die Unfallrente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 17 rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten zu.

4. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von vier Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfallkausale Invaliditätsgrad unter 50 % bzw. 35 % gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Unfallrente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis dahin bezahlte Rentenleistungen werden von uns jedoch nicht zurückverlangt.

5. Der Anspruch auf Rentenleistung erlischt mit Ablauf der vereinbarten Rentendauer, jedenfalls jedoch mit dem Tod der versicherten Person.

Garantierente im Fall des Todes bei der lebenslangen Rente:

Stirbt die versicherte Person nach Fälligkeit der ersten Rente innerhalb von 20 Jahren, wird die Rentenzahlung jedenfalls für den auf die Dauer von 20 Jahren fehlenden Zeitraum an die bezugsberechtigte Person fortgesetzt. Diese Vereinbarung gilt nicht für versicherte oder mitversicherte Kinder und Jugendliche (Personen unter 18 Jahren).

6. Bezugsberechtigt sind: Bei Einzel- und Alleinerzieher-Unfallversicherung sind die Erben, bei der Partner- und Familien-Unfallversicherung der Ehepartner bzw. Lebensgefährtin zum Zeitpunkt des Ablebens der rentenbeziehenden Person bezugsberechtigt.

7. Gewinnbeteiligung

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 gemäß Artikel 29, 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.

8. Mehrleistung bei Pflegebedürftigkeit:

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

Wird die versicherte Person unfallbedingt auch pflegebedürftig, dann bezahlt der Versicherer ab der Pflegestufe V eine Mehrleistung von 25 % auf die vereinbarte Versicherungssumme für die Unfallrente so lange, wie diese Pflegebedürftigkeit gegeben ist. Bei Wegfall der Pflegestufe V oder einer höheren Stufe, erlischt der Anspruch auf diese Mehrleistung. Dem Versicherer sind zum Nachweis des Anspruchs alle erforderlichen Unterlagen (wie z. B. der Pflegebescheid) vorzulegen. Bei Änderung der Pflegestufen tritt anstelle der Stufe V jene Stufe, die einen Pflegeaufwand von zumindest 180 Stunden/Monat vorsieht. Die Pflegebedürftigkeit muss ausschließlich durch den versicherten Unfall entstanden sein.

9. Mehrleistung bei Berufsunfähigkeit zur Unfallrente:

Wird die versicherte Person durch die Folgen des versicherten Unfalls dauerhaft und vollständig berufsunfähig, dann bezahlt der Versicherer zusätzlich zur vereinbarten monatlichen Unfallrente einmalig das Zwölfwache dieser Versicherungssumme (Einmalzahlung). Voraussetzung für diese Zusatzleistung ist, dass im Zeitpunkt des Unfalls ein Beruf zum Zweck der finanziellen Selbsterhaltung – nicht bloß eine geringfügige Beschäftigung – ausgeübt worden ist und die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht hat.

Die Zusatzleistung zählt nicht zur Garantierente und wird nur an die versicherte Person ausgezahlt.

Artikel 10

Leistungsart „Unfalltod“

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Todesfall“?

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 Betrags 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 Fall des Todes die Erben bezugsberechtigt.

5. Waisenrente

Im Fall 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 250,–. Diese Rentenleistung unterliegt keiner Wertanpassung. Diese Rentenleistung endet mit dem Todesfall des bezugsberechtigten Kindes, spätestens jedoch mit dem Monat, in dem das bezugsberechtigte Kind den 18. Geburtstag hat.

6. Witwenrente

Im Fall des Todes durch Unfall eines versicherten Lebenspartners (Ehepartner oder Lebensgefährtin) leistet der Versicherer in der Partner- und Familien-Unfallversicherung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall EUR 250,– 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 11

Leistungsart „Taggeld“

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Taggeld“?

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

Der Verlust einer dieser Taggeldvereinbarung zu Grunde liegenden Erwerbstätigkeit sowie eine Änderung der Erwerbstätigkeit ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die Verpflichtung zur Prämienzahlung für diese Leistungsart entfällt in diesem Zeitpunkt.

Für saisonbeschäftigte Personen gilt Folgendes: liegt die letzte Erwerbstätigkeit nicht länger als sechs Monate zurück und unterbleibt eine Meldung an den Versicherer, dann bezahlt der Versicherer das vereinbarte Taggeld. Liegt die letzte Erwerbstätigkeit ohne Meldung länger als sechs Monate zurück, dann ist der Versicherungsschutz für Taggeld und die Verpflichtung zur Prämienzahlung nicht mehr gegeben.

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

Wird wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen und dem Versicherer gemeldet, dann kann Taggeld wieder prämienspflichtig mitversichert werden.

Die Vereinbarung, dass eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist auf der Polizze ersichtlich. Ist ein Leistungsaufschub (Karenzfrist) in der Polizze vereinbart, dann wird das Taggeld erst nach Ablauf dieser Karenzfrist erbracht. Für die Tage der vereinbarten Karenzfrist wird das Taggeld nicht bezahlt.

Artikel 12

Leistungsart „Spitalsgeld“

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Spitalsgeld“?

1. Spitalsgeld wird vom Versicherer für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z. B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner psychiatrische Kliniken.
4. Bei Unfällen im Ausland, die einen sofortigen und ununterbrochenen Spitalsaufenthalt in diesem Land verursachen, wird das vereinbarte Spitalsgeld für die Dauer dieses Aufenthalts um 100 % erhöht. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Österreichs, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

Artikel 13

Leistungsart „Schmerzensgeld“

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Schmerzensgeld“?

1. Der Versicherer bezahlt 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 diese 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.
3. 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 psychiatrische Kliniken.

Artikel 14

Leistungsart „Unfallkosten“

Was gilt bei vereinbarter Leistung „Unfallkosten“?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wird. Im Fall und im Ausmaß einer Kostenübernahme bei Bestehen einer privaten Sonderklasse-Krankenversicherung erfolgt keine Kostenteilung mit diesem Versicherer.

Im Rahmen der Unfallkosten sind versichert:

1. Heilkosten

Das sind Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die erstmaligen Anschaffungen künstlicher Gliedmaßen und eines vollständigen Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines – auch teilweisen – Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

Nicht ersetzt werden die Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und die Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte und Kurkosten.

Unfall im Home-Office:

Für Unfälle, die sich während der erfassten und üblichen Dienstzeit (Home-Office-Unfall) in den Räumlichkeiten der Wohnung bzw. in dem Eigenheim – in welchem die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz oder Nebenwohnsitz hat – ereignen sollten, wird der Ersatz der Heilkosten um 25 % erhöht. Diese Erhöhung gilt jedoch nicht für Unfälle, für die kein inhaltlicher, kausaler Zusammenhang zur versicherten beruflichen Tätigkeit hergestellt werden kann.

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

2. Bergungskosten

Das sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

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

Nicht ersetzt werden Hubschraubereinsatzkosten mit Ausnahme in den Fällen der Bestimmung gemäß Punkt 3.

3. Hubschraubereinsatzkosten

Der Versicherer ersetzt die notwendigen Hubschraubereinsatzkosten, die durch

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

Diese Kosten werden – bei verletzten versicherten Personen ab NACA III – bis zu einem Betrag von EUR 15.000,- ersetzt. Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung.

4. Rückholkosten

Das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletztentransports, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnorts verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zu dem ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird. Weiter bezahlt der Versicherer die Kosten eines bodengebundenen Hin- und Rücktransports von der Wohnung der versicherten Person bzw. dem Krankenhaus, in dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in Behandlung befindet, zu einer Rehabilitationseinrichtung (wie z. B. Weißer Hof u. dgl.), die zur Beseitigung der Unfallfolgen aufgesucht wird.

Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten bis EUR 7.000,- zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Ist eine Versicherungssumme für Unfalltod vereinbart, dann werden diese Kosten entsprechend der für die versicherte Person günstigeren Vereinbarung ersetzt.

5. Rehabilitationsbeihilfe

Zusätzlich zu den versicherten Unfallkosten zahlt der Versicherer nach einem Unfall eine Rehabilitationsbeihilfe in Höhe von EUR 250,-, wenn sich die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung einer stationären Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum unterzogen hat.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

6. Begleitkosten

Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalls ersetzt der Versicherer auch die Verpflegungskosten für eine Begleitperson.

Dieser Kostenersatz gilt nur für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind beziehungsweise von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden. Die entsprechenden Originalrechnungen sind dem Versicherer zu überlassen. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

7. Kosten kosmetischer Operationen

Die aufgewendeten Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen ersetzt der Versicherer bis zu EUR 20.000,-, soweit diese Kosten innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

8. Nottransportkosten aus dem Ausland

Nottransportkosten sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransports der im Ausland verunfallten oder akut erkrankten versicherten Person nach Österreich durch eine vom Versicherer bestimmte Organisation.

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

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 von uns bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

9. Reisekosten

Der Versicherer bezahlt die Reisekosten der Familienangehörigen (Ehepartner bzw. Lebensgefährte oder der Eltern) zur versicherten Person bis zu EUR 2.500,-, wenn die versicherte Person im Ausland verunfallt ist und dort mindestens sieben Tage in einem Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

Artikel 15

Was gilt bei Kinderlähmung und Erkrankung infolge Zeckenbiss?

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

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

Eine Leistung wird vom Versicherer nur im Rahmen der Leistungsarten „Dauernde Invalidität“ nach Artikel 7 oder „Unfalltod“ nach Artikel 10 erbracht und bleibt mit der Höhe der für diese beiden Leistungsarten vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

Artikel 16

Was zahlen wir zusätzlich?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Artikel 23 Punkt. 1 (Obliegenheiten nach Versicherungsfall) bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Artikel 23 Punkt. 1.2.2 (Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen.)

Artikel 17

Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

1. Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
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.
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 Betrags verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ sind überdies Artikel 7.7 und 7.8 zu beachten.

Artikel 18

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

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

fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 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 Punkt 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 Artikel 23 Punkt 1.2.4 gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. 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 Punkt 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 Punkt 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

Abschnitt C: BEGRENZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 19

Welche Unfälle sind 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 Luftfahrzeugs
 - bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit
 - bei Benützung von ferngesteuerten Luftfahrzeugen
 - bei Benützung von Raumfahrzeugen
 - 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.

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

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, Aufführer, 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 Police 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

- Mountainbike-Downhill-Fahrten: Darunter versteht man das Fahren auf als Mountainbike-Downhill-Strecken gekennzeichneten Strecken, Mountainbike-Freeriden und das Fahren in Mountainbike-Bikeparks.

Zu den Anzeigepflichten bei der Ausübung von gefährlichen und besonders gefährlichen Sportarten siehe auch Artikel 23 AUVB (Obliegenheiten).

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

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

- 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.

Artikel 20

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 Artikel 7 Punkt 2.2 bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, dann ist im Fall 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 abnutzungsbedingten 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.

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 21

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

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 Polizza oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.

Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.

Für die Rechtsfolgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe Anhang).

Artikel 22

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

Veränderungen des im Antrag angegebenen Wohnorts, der 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.

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

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 Prämienätze 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 23

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

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.

1. 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:

- 1.1.1. Alle (auch mündliche) Angaben sind im Zuge der Schadensabwicklung (auch Abwicklung möglicher Regresse der Versicherungsleistungen) vollständig und wahrheitsgetreu zu machen.
- 1.2. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.
 - 1.2.1. 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.
 - 1.2.2. 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.
 - 1.2.3. Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden. Dem Versicherer sind alle sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und nach Möglichkeit ist zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.

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

- 1.2.4. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom diesem bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 1.2.5. Ist auch Spitalsgeld versichert, so sind dem Versicherer nach der Entlassung aus dem Spital der Entlassungsbefund und die Aufenthaltsbestätigung der Spitalsverwaltung zuzusenden.
- 1.2.6. Sind auch Heilkosten und/oder Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten versichert, so sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.
- 1.2.7. 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 Fall 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 § 11a 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 Vorfalls betreffen 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 ist der Versicherer leistungsfrei.

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 24

Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?

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.

1. Automatische Vertragsverlängerung

- 1.1.1. 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.

- 1.1.2. 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.

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

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

Artikel 25

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 ist dem Grunde nach anerkannt worden 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 Versicherungsleistung

vom 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 Punkt 1.1 genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder dessen Anerkennung verzögert. Weiter kann der Versicherungsnehmer nach Entscheidung des Schiedsgutachters bzw. nach Rechtskraft des Urteils im Fall 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 (Artikel 17 Fälligkeit der Leistung und Verjährung des Versicherers),
- nach Rechtskraft des Urteils im Fall 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 26

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

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 dem Versicherungsnehmer 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 dem Versicherungsnehmer zu, so kann der Versicherungsnehmer den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

1. 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 dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten sowie der Schadensminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

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

Artikel 27

Wo können Ansprüche aus dem Vertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

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

Der Versicherungsnehmer kann nur vor dem sachlichen 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 28

Wie sind Erklärungen abzugeben?

28.1 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. § 5a VersVG). Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail).

28.2 Änderung der Anschrift:

Wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnort wechselt, hat er dem Versicherer seine neue Anschrift mitzuteilen, andernfalls werden die Erklärungen des Versicherers an die letzte ihm bekannte Adresse des Versicherungsnehmers gerichtet.

Hat der Versicherungsnehmer seine Anschrift geändert, dies dem Versicherer aber nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Erklärungen gegenüber dem Versicherungsnehmer die Absendung eines Briefs an die Anschrift, die der Versicherungsnehmer dem Versicherer zuletzt bekannt gegeben hat. Die Erklärung wird in dem Zeitpunkt wirksam, in welchem sie ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wäre. Bei vereinbarter elektronischer Kommunikation gilt dies nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch von der Zusendung eines Briefs und von den genannten Folgen einer unterbleibenden Mitteilung der Anschriftsänderung verständigt hat (sofern die elektronische Verständigung möglich war). Dies gilt sinngemäß für Erklärungen gegenüber einer versicherten Person.

Artikel 29

Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht

Artikel 30

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.

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

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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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.

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

§ 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

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

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

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

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer 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).

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

(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.

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

1476K – BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE GRUPPENUNFALLVERSICHERUNG (2022)

Die „Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung“ (AUVB) finden insoweit Anwendung, als in den nachstehenden „Besonderen Bedingungen“ keine Sonderregelung getroffen wird.

1. Versicherungsarten
Grundsätzlich stehen folgende Versicherungsarten zur Verfügung:

nach Art der versicherten Personengruppe:
 - ohne Namensangabe (siehe Punkt 2) oder
 - mit Namensangabe (siehe Punkt 3)
nach Art der Versicherungssumme:
 - mit fixer Versicherungssumme (siehe Punkt 4) oder
 - mit variabler Versicherungssumme (siehe Punkt 5) für die Leistungsarten „Dauernde Invalidität“ und „Unfalltod“Welche Versicherungsart für die jeweils versicherte Personengruppe versichert ist, ergibt sich aus der Police.
2. Gruppen-Unfallversicherung ohne Namensangabe
 - 2.1 Versicherte Personen
Versichert sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Der Versicherungsschutz für die einzelne Person beginnt mit Eintritt in diese Gruppe und endet spätestens mit dem Tag des Ausscheidens aus dieser Gruppe.
 - 2.2 Prämienregulierung
 - 2.2.1 Die Höhe der Prämie ist abhängig von der Anzahl der versicherten Personen je versicherter Gruppe.
Nach Ablauf jeder Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage des Versicherers die Anzahl der tatsächlich versicherten Personen je Gruppe zu melden (Stichtagsmeldung). Der Versicherer nimmt nach Empfang der Angabe des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vor; ein Mehrbetrag wird vorgeschrieben, ein Minderbetrag dem Versicherungsnehmer für die nächste Prämienvorschreibung gutgeschrieben oder nach Wunsch ausbezahlt.
 - 2.2.2 Einblicksrecht des Versicherers
Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in jene Unterlagen zu gewähren, die zum Nachweis der Anzahl der versicherten Personen geeignet sind.
3. Gruppen-Unfallversicherung mit Namensangabe
 - 3.1 Versicherte Personen
Versichert sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen und Geburtsdatum sowie den gewünschten Versicherungssummen bekanntgegeben werden.
 - 3.2 An- und Abmeldung
Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft. Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden. Die sich daraus ergebende Mehrprämie wird dem Versicherungsnehmer vorgeschrieben, die sich aus einer Abmeldung ergebende Minderprämie wird dem Versicherungsnehmer für die nächste Prämienvorschreibung gutgeschrieben oder nach Wunsch ausbezahlt.
4. Fixe Versicherungssumme
Für die versicherten Personengruppen gelten die in der Police genannten fixen Versicherungssummen je Leistungsart vereinbart.
5. Gruppen-Unfallversicherung mit variabler Versicherungssumme (Jahresbezug)
Für die Leistungsarten „Dauernde Invalidität“ und „Unfalltod“ gilt:
Die Versicherungssumme für die jeweils versicherte Personengruppe kann für diese Leistungsarten je nach vertraglicher Vereinbarung ein Vielfaches bzw. auch ein Bruchteil des Jahresbezugs sein (siehe Police).
 - 5.1 Was ist unter Jahresbezug zu verstehen?
Als Jahresbezug des einzelnen Versicherten gelten seine tatsächlichen Entgelte während der dem Unfalltag vorangegangenen zwölf Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Dienstverhältnis bestanden hat, der so errechnete Jahresbezug eines vergleichbaren Dienstnehmers.
Auf die Entgelte anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z. B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulage, Weggelder usw.), die vom Versicherungsnehmer ausbezahlt

- werden. Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nicht wiederkehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und Betriebsveranstaltungen.
- 5.2 Als Höchstgrenze für den Jahresbezug des einzelnen Versicherten wird, wenn nichts anderes in der Polizza vereinbart ist, ein Betrag von EUR 100.000,- bestimmt.
6. **Kumulrisiko**
Für alle in diesem Versicherungsvertrag versicherten Personen und Personengruppen zusammen gilt ein Betrag von EUR 5.000.000,- insgesamt als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen, wenn diese durch ein und dasselbe versicherte Ereignis betroffen sind.
Überschreitet die Summe der Ansprüche aller Versicherten den Betrag von EUR 5.000.000,-, so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zum Betrag von EUR 5.000.000,- gekürzt.
7. **Wann und unter welchen Voraussetzungen kann die Gruppenunfallversicherung gekündigt werden?**
In teilweiser Abänderung der AUVB 2022 gilt anstelle der Bestimmungen des Artikel 26 Folgendes:
Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles:
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 Summe der Zahlungen und gebildeten Rückstellungen (Zahlung und Reserve) für Versicherungsfälle der letzten beiden Versicherungsperioden übersteigt die Summe der Nettojahresprämie dieser beiden Versicherungsperioden oder
– eine im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistungsart Unfallrente ist dem Grunde nach anerkannt worden.
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 oder
– nach erbrachter Versicherungsleistung oder
– nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruchs auf Versicherungsleistung vom 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.
8. **Bezugsrecht im Fall des Todes durch Unfall**
Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Fall des Todes durch Unfall der versicherten Personen die Erben bezugsberechtigt.