

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung - AUVB 2003

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?	Art. 1: Gegenstand der Versicherung
Was gilt als Versicherungsfall?	Art. 2: Versicherungsfall
Wo gilt die Versicherung?	Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
Wann gilt die Versicherung?	Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
Wann beginnt die Versicherung?	Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz, vorläufige Deckung
Was ist ein Unfall?	Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?	Art. 7: Dauernde Invalidität
	Art. 8: Todesfall
	Art. 9: Unfall-Invaliditäts-Rente
	Art. 10: Taggeld
	Art. 11: Spitalgeld
	Art. 12: Unfallkosten
	Art. 13: Soforthilfe
	Art. 14: Reise- und Rückhol Assistance
Was zahlt der Versicherer zusätzlich?	Art. 15: Zusatzleistungen
Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?	Art. 16: Reduzierung der Versicherungssummen, Altersgrenzen
Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?	Art. 17: Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	Art. 18: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden?	Art. 19: Unversicherbare Personen
In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. 20: Ausschlüsse
Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?	Art. 21: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen?	Art. 22: Prämie
Was ist bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten zu beachten?	Art. 23: Anzeige der Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten des Versicherten
Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?	Art. 24: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 25: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	Art. 26: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. 27: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. 28: Gerichtsstand
Wie sind Erklärungen abzugeben?	Art. 29: Form der Erklärungen
Welches Recht wird angewandt?	Art. 30: Anwendbares Recht

Abschnitt F: Familienunfallversicherung

Abschnitt G: Kollektivunfallversicherung

Abschnitt H: ANHANG

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 - Was ist versichert?

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustoßt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus dem Abschnitt B. Aus der Polizze ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 6).

Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung?

Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 - Wann gilt die Versicherung?

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung?

Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizze (Artikel 22), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Sofortschutz

Diese Unfallversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich über die beantragten Versicherungssummen, maximal jedoch bis zu

für Unfalltod	EUR	73.000,00
für dauernde Invalidität	EUR	73.000,00
für Taggeld	EUR	25,00
für Spitalgeld	EUR	40,00
für Unfallkosten	EUR	2.200,00

Für alle anderen abschließbaren Leistungsarten sowie für nicht beantragte Leistungsarten wird kein Sofortschutz gewährt.

Der Sofortschutz beginnt mit dem Eingang des Antrages in der Merkur Generaldirektion oder einer unserer Landesdirektionen, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizze oder einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, spätestens aber nach Ablauf von 6 Wochen ab Antragstellung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Dem Versicherer gebührt die auf die Zeit des Sofortschutzes entfallende Prämie.

Der Sofortschutz gilt nicht für versicherungsunfähige Personen, das sind nach den Allgemeinen Bedingungen Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geistesranke (siehe Artikel 19 dieser Versicherungsbedingungen).

3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor Einlösung der Polizze in höherer Form als er durch den Sofortschutz (Artikel 5, Punkt 2) gewährt wird, gegeben sein, ist eine ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Polizze.

Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen.

Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6 - Was ist ein Unfall?

Begriff des Unfalles

- Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
- Als Unfall gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - Ertrinken;

- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapselfen.

- Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Artikel 15, Punkt 3.4., für Insektenstiche und Schlangenbisse, Artikel 15, Punkt 3.8., sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1.

- Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorsegeln und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung behördlich zugelassen sind.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Tätigkeit ausübt.

Nicht als Fluggast im Sinne der obigen Ausführung gilt jedenfalls ein Arzt oder Sanitäter einer Flugambulanz oder einer ähnlichen Einrichtung.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?

Artikel 7 - Dauernde Invalidität

1. Wann besteht ein Anspruch auf Leistung für Dauernde Invalidität?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird - unbeschadet der Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 5 - aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen.

2. Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:

- Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes bis über das Ellenbogengelenk	70 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	5 %
der Milz	10 %
der Niere	20 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 21 anzuwenden.

- Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Artikel 7, Punkt 2.1. anteilig verwendet.
- Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Artikel 7, Punkt 2.1. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.
- Mehrere sich aus Artikel 7, Punkt 2.1. bis Artikel 7, Punkt 2.3. ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall ist jedoch mit 100 % begrenzt.

3. Wird im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invaliditätsleistung erbracht?

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

4. Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

Steht der Invaliditätsgrad nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision (Artikel 18).

Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Artikel 17, Punkt 3) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

5. Wie wird die Leistung für dauernde Invalidität (progressive Invaliditätsleistung) bemessen?

Für die Bemessung der Invaliditätsleistung gelten folgende Bestimmungen:

5.1. Variante A

	Invaliditätsgrad	Leistung
von	0,1 % bis 25,0 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	25,0 % bis 50,0 %	aufgrund der doppelten für Invalidität versicherten Summe

über	50,0 % bis 75,0 %	aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe
über	75,0 % bis 100,0 %	aufgrund der vierfachen für Invalidität versicherten Summe

5.2. Variante B

	Invaliditätsgrad	Leistung
von	0,1 % bis 25,0 %	aufgrund der halben für Invalidität versicherten Summe
über	25,0 % bis 50,0 %	aufgrund der doppelten für Invalidität versicherten Summe
über	50,0 % bis 75,0 %	aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe
über	75,0 % bis 100,0 %	aufgrund der vierfachen für Invalidität versicherten Summe

5.3. Variante C

	Invaliditätsgrad	Leistung
von	0,1 % bis 50,0 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	50,0 % bis 100,0 %	für den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades wird die doppelte Leistung erbracht

5.4. Variante D

	Invaliditätsgrad	Leistung
von	10 % bis 50 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
über	50 % bis 90 %	aufgrund der doppelten für Invalidität versicherten Summe
über	90 % bis 100 %	aufgrund der dreifachen für Invalidität versicherten Summe

- Bis zu einem Invaliditätsgrad von 9,99 % aus einem Unfall werden keine Leistungen für dauernde Invalidität erbracht.

Anstelle dieser werden die vereinbarten Leistungen für Bänder-, Sehnenrisse, offene Verletzungen oder Knochenbruch sowie Teileinrisse von Bändern und Sehnen erbracht.

- Ab 10 % Invalidität werden entsprechend den Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 5.4. Leistungen erbracht.

Allenfalls erbrachte Leistungen aufgrund Punkt 5.4.1. werden in Abzug gebracht.

5.4.3. Bänder-, Sehnenriss

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte(n) Person(en) bei einem Unfall einen kompletten Bänder- oder Sehnenriss erlitten hat(haben). Die Ersatzleistung kann maximal einmal je Extremität (Arm, Bein) in Anspruch genommen werden.

5.4.4. Knochenbruch sowie Teileinriss von Bändern und Sehnen

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Knochensplittierungen gelten als mitversichert.

5.4.5. Offene Verletzungen

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte(n) Person(en) eine offene Verletzung (Verletzungen, die genäht werden müssen) erlitten hat(haben). Die Höhe richtet sich nach der Länge der genähten Wunde.

6. Besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn der Versicherte als Folge des Unfalles stirbt?

Stirbt der Versicherte

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

6.3. unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

7. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Artikel 21 Anwendung.

8. Ab welchem Lebensjahr erfolgt anstelle der Kapitalleistung eine Rentenleistung?

Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalleistung eine Rente. Die Höhe der auszuzahlenden Rente wird nach der am Unfalltag geltenden Rententafel und unter Zugrundelegung des am Unfalltag vollendeten Lebensjahres des Versicherten berechnet.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalleistung zu erbringen wäre. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

Artikel 8 - Todesfall

1. Wann wird die für den Todesfall vereinbarte Summe gezahlt?

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

Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität (Artikel 7) oder die Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Invalidität gemäß Artikel 7 kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

Artikel 9 - Unfall-Invaliditäts-Rente

1. Wann wird die Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zurückbleibt, dann wird - unabhängig vom Alter des Versicherten - die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt.

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 2.1. bis Artikel 7, Punkt 2.4.

Ein Anspruch auf Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen.

Stirbt der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf die Unfall-Invaliditäts-Rente und zwar auch dann nicht, wenn der Grad der dauernden Invalidität dem Grunde und der Höhe nach feststeht.

2. Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision (Artikel 18). Ergibt die endgültige Bemessung einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, entsteht ein Anspruch auf Rentenleistung.

3. Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf Unfall-Invaliditäts-Rente ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

Die Rentenleistung erfolgt monatlich im Vorhinein.

4. Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

4.1. Bei Vereinbarung einer lebenslangen Rente wird die Unfall-Invaliditäts-Rente bis zum Ablauf des Monats geleistet, in dem die versicherte Person stirbt.

4.2. Bei Vereinbarung einer temporären Rente wird die Unfall-Invaliditäts-Rente bis zum Ablauf der vereinbarten Rentenzahlungsdauer geleistet. Bei Ableben der versicherten Person vor dem Ende der Rentenzahlungsdauer bis zum Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

4.3. Bei Vereinbarung einer Rente für Kinder endet die Rentenzahlung in jedem Fall mit der Erreichung des 19. Lebensjahres.

4.4. Die vereinbarte Rentenart ist in der Police angeführt.

5. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Artikel 21 Anwendung.

6. Welche Bescheinigung muss auf Anforderung des Versicherers vorgelegt werden?

Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung zu überprüfen. Wird die angeforderte Bescheinigung dem Versicherer nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

7. Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

Das Ableben der versicherten Person ist im Sinne des Artikel 24 dem Versicherer innerhalb von drei Tagen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung kann der Versicherer jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

8. Welche Auswirkungen hat der Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsschutz aus der Unfall-Invaliditäts-Rente?

Der Versicherungsschutz für die Unfall-Invaliditäts-Rente endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfall-Invaliditäts-Rente geleistet wird. Die anteilige Prämie wird ab dem Zeitpunkt des Unfalles dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

9. Wird die Rente jährlich erhöht?

Die Unfallrente erhöht sich jährlich jeweils zum 1.1. des Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz (Dynamisierung). Diesen entnehmen Sie der Police.

Die jährliche Erhöhung wird letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vorgenommen.

Artikel 10 - Taggeld

1. Für wen kann Taggeld versichert werden?

Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung ausüben.

2. Wann und für welche Dauer wird Taggeld gezahlt?

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner ausgeübten Erwerbstätigkeit, für die Dauer der ärztlichen Heilbehandlung gezahlt.

2.1. Variante A

Taggeld wird für längstens 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2.2. Variante B

Taggeld wird für längstens 28 Tage pro Versicherungsfall (Unfall) gezahlt.

3. Wann ist Versicherungsschutz für Taggeld nicht gegeben?

Übt der Versicherte zum Unfallzeitpunkt keine Erwerbstätigkeit im Beruf oder der Beschäftigung aus, ist der Versicherungsschutz für die Leistungsart Taggeld nicht gegeben. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder Hausmänner, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.

Artikel 11 - Spitalgeld

1. Wann und für welche Dauer wird Spitalgeld gezahlt?

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, gezahlt.

2. Was gilt als Krankenhaus?

Als Krankenhäuser gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger und Heereskrankenanstalten.

Nicht als Krankenhäuser gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie chronisch Erkrankte, Krankenanstalten die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind, Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres, Anstalten für Alkohol- und Drogenabhängige, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

3. Was gilt als stationärer Krankenhausaufenthalt?

Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

4. Welche Zusatzleistung ist für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr mitversichert, wenn für diese die Leistungsart Spitalgeld abgeschlossen wurde?

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr infolge Unfall und Krankheit werden die täglichen Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses übernommen.

Artikel 12 - Unfallkosten

1. In welcher Höhe und in welchem Zeitraum werden Unfallkosten ersetzt?

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

2. Was sind Unfallkosten?

2.1. Heilkosten

Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren.

Ersetzt werden:

2.1.1. Kosten für stationäre Heilbehandlung

Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

2.1.2. Kosten für Heilbehandlung durch Arzt, Facharzt oder Zahnarzt

Für Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination oder Krankenhaus) und Hausbesuche, diagnostische Strahlentherapie, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG, Computer- und Kernspintomographie und operative, ambulante Heilbehandlungen.

2.1.3. Kosten für ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen

Akupunkturbehandlung, Chirotherapie, Bioresonanztherapie, Neuraltherapie.

2.1.4. Kosten für physiotherapeutische Behandlungen außerhalb eines Kuraufenthaltes

- 2.1.5. Kosten für die erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer nach ärztlichem Ermessen erforderlicher, erstmaliger Anschaffungen.

Wenn die Beschaffung eines Zahnersatzes bei Kindern innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag an gerechnet, aus medizinischen Gründen nicht vorgenommen werden kann, wird nach Ablauf von 4 Jahren eine Leistung in Höhe von 50 % eines von einem Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Kieferchirurgie erstellten Kostenvorschlages erbracht, maximal bis zu der für Unfallkosten versicherten Summe.

Für die unter Artikel 12, Punkt 2.1.3. und 2.1.4. angeführten Behandlungen werden Kosten nur dann ersetzt, wenn die Behandlungen von einem Arzt oder Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können (Heilpraktiker, Sportwissenschaftler), durchgeführt werden.

Nicht ersetzt werden:

Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, Rezeptgebühren, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird. Weiters Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe.

2.2. Bergungskosten

2.2.1. Wann werden Bergungskosten ersetzt?

Bergungskosten werden ersetzt, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muß;
- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muß.

2.2.2. Was sind Bergungskosten?

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.

2.3. Transportkosten

Transportkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes des außerhalb seines Wohnortes verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zum seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

2.4. Kostenersatz für kosmetische Operationen

Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluß der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist und unterzieht sich die versicherte Person zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels einer kosmetischen Operation, dann übernimmt der Versicherer die durch eine Operation und der ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten sofern sie innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfalltag anfallen.

2.5. Weltweite Kostendeckung für stationäre Heilbehandlung

Wenn nach einem Unfall die Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung in einem ausländischen Krankenhaus (siehe Artikel 11, Punkt 2 - 3, Spitalgeld) besteht, die aufgrund des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft in Österreich nicht möglich ist, werden weltweit die vollen Kosten dafür übernommen. Es werden auch die Aufwendungen für die Hin- und Rückreise ersetzt. Diese Leistungen werden nur erbracht, wenn sie vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert werden.

Artikel 13 - Soforthilfe

1. Welche Leistung wird aus der Soforthilfe erbracht?

- 1.1. Für einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt gelangt der dafür vereinbarte Betrag pro Versicherungsfall (Unfall) einmalig zur Auszahlung.
- 1.2. Für einen oder mehrere durch einen Unfall erlittene Knochenbrüche, die keinen stationären Krankenhausaufenthalt notwendig machen, gelangt der dafür vereinbarte Betrag zur Auszahlung. Wird aufgrund dieses Unfalles innerhalb eines Jahres ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, wird nur mehr die Differenz auf die Leistung nach Artikel 13, Punkt 1.1. erbracht.

2. Was gilt als Krankenhaus und was gilt als stationärer Krankenhausaufenthalt?

Siehe Artikel 11, Punkt 2 und 3 - Spitalgeld

3. Welche Belege müssen vorgelegt werden bzw. innerhalb welchen Zeitraumes muss die Leistung beansprucht werden?

Für Leistungen aus der Soforthilfe ist die Aufenthaltsbestätigung mit Angabe der Diagnose spätestens 3 Monate nach Beendigung des notwendigen stationären Aufenthaltes bzw. die ärztliche Diagnosebestätigung bei nicht stationär behandelten Knochenbrüchen 3 Monate nach dem Unfalltag einzureichen.

Artikel 14 - Reise- und Rückhol Assistance

1. Was gilt als Versicherungsfall, wann besteht kein Versicherungsschutz und wann werden Kosten bei Bestehen anderer Versicherungen getragen?

1.1. Was gilt als Versicherungsfall?

- Der Rücktransport von erkrankten oder verunfallten Versicherten,
- die medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland,
- die Überführung Verstorbener nach Österreich,
- die Bergung eines Verunfallten durch einen Rettungshubschrauber.

1.2. Wann besteht kein Versicherungsschutz?

Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde. Weiters besteht bei Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten und dergleichen, für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen

unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen) kein Versicherungsschutz.

Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.

1.3. Wann werden die Kosten bei Bestehen anderer Versicherungen getragen?

In jedem Fall werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Kosten des Rücktransportes aus dem Ausland, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden.

2. Rücktransport von Verunfallten und Erkrankten aus dem Ausland

2.1. Welche Leistungen werden erbracht und wann besteht ein Leistungsanspruch?

Ersetzt werden die Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland, wenn dieser medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist oder wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, sowie einer dem Versicherten nahestehenden Begleitperson (Ehegatte, Elternteil, Kind).

Ein Leistungsanspruch ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland durch den Versicherer bzw. durch ein vom Versicherer beauftragtes Unternehmen erfolgt.

2.2. Wie hat die Antragstellung auf Rücktransport zu erfolgen?

Der Antrag auf Durchführung eines Rücktransportes im Sinne dieser Versicherungsbedingungen hat durch den behandelnden Arzt des im Ausland verunfallten oder erkrankten Versicherten, durch den verunfallten oder erkrankten Versicherten selbst oder durch einen seiner Angehörigen zu erfolgen. Dieser Antrag ist an den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen zu richten (siehe Versicherungs-Card). Der Antrag auf Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsvertrag erfolgen und muss folgende Angaben enthalten:

- 2.2.1. Versicherungsnummer des Versicherten bei der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft
- 2.2.2. Name, Geburtsdatum und ordentlicher Wohnsitz des Versicherten
- 2.2.3. Name, Ort und Telefonnummer des Krankenhauses, in dem sich der Versicherte befindet, sowie Name, Erreichbarkeit und Verständigungssprache des behandelnden Arztes
- 2.2.4. Art der Erkrankung oder des Unfalles und gegenwärtiger Krankheitszustand des Versicherten
- 2.2.5. Angaben über die Kontaktperson im Ausland (Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, e-mail Adresse, Name des Hotels).

2.3. Wer entscheidet über den Rücktransport und wie erfolgt dieser?

Nach den Angaben unter Artikel 14, Punkt 2.2. hat der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zu entscheiden. Sie haben den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz nach diesen Versicherungsbedingungen besteht und die Voraussetzung für den Rücktransport aus dem Ausland gemäß Artikel 14, Punkt 2.1. nicht vorliegen.

Besteht Versicherungsschutz für den Rücktransport aus dem Ausland, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).

2.4. Welche Zusatzleistungen zahlt der Versicherer für die Inanspruchnahme einer Besuchsreise zum verunfallten oder erkrankten Versicherten ins Ausland?

- 2.4.1. Ist ein Krankenhausaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als 14 Tagen zu erwarten und erfolgt kein Rücktransport des Versicherten, ersetzt der Versicherer die Kosten einer Besuchsreise einer dem Verunfallten (Erkrankten) nahestehenden und von diesem gewünschten volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort mittels eines angemessenen Transportmittels. Die Kosten werden nur dann ersetzt, wenn die Besuchsreise vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird. Für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch keine Kosten ersetzt.

- 2.4.2. Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Rücktransport im Sinne des Artikel 14, Punkt 2.1. oder ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Verunfallten (Erkrankten) oder der Organisation des Rücktransportes erforderlich ist.

Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.

- 2.4.3. Versicherungsschutz für diese Zusatzleistung ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Besuchsreise gemäß Artikel 14, Punkt 2.4.1., die Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Artikel 14, Punkt 2.4.2 durch den Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen erfolgt.

3. Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland

3.1. Welche Kosten werden für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung bei einer Reise ins Ausland oder einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland ersetzt?

- 3.1.1. Für medizinisch notwendige ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % dieser Kosten pro Versicherungsfall bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag vergütet.
- 3.1.2. Für Zahnbehandlungen, Zahnrontgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.

4. Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten

4.1. Welche Kosten werden für die Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten in seinen Heimatort ersetzt und unter welchen Voraussetzungen werden diese Kosten ersetzt?

4.1.1. Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die von ihm bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.

4.1.2. Wird die Hilfe des Versicherers bzw. der vom Versicherer bestimmten Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag vergütet.

5. Bergung eines Verunglückten durch einen Rettungshubschrauber

5.1. Welche Kosten werden bei Bergung eines verunglückten Versicherten durch einen Rettungshubschrauber ersetzt?

5.1.1. Ersetzt werden die Kosten, die bei der Bergung eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder in Wassernot geratenen Versicherten bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag, entstehen.

5.1.2. Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn ein Einsatz aus medizinischen Gründen die einzig mögliche Rettungsvariante darstellt.

5.1.3. Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungsberichtes nachzuweisen.

Artikel 15 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Zusatzleistungen

1. Welche Zusatzleistung beinhaltet eine Kinder- oder Jugendunfallversicherung?

Ein als Kinder- oder Jugendunfallversicherung mit der Leistungsart Dauernde Invalidität abgeschlossener Vertrag beinhaltet folgende Zusatzleistung:

1.1. Schulausfallgeld

Schulausfallgeld wird gezahlt, wenn aufgrund eines Unfalles ein ununterbrochener stationärer Krankenhausaufenthalt von mindestens 7 Tagen notwendig war und die Schulausfallszeit insgesamt mehr als 14 Tage beträgt.

Beträgt die Schulausfallszeit mehr als 21 Tage und war davon ein ununterbrochener stationärer Krankenhausaufenthalt von mindestens 14 Tagen notwendig, erhöht sich das Schulausfallgeld.

Das Schulausfallgeld besteht aus einer Einmalzahlung, die Höhe der jeweiligen Einmalzahlung entnehmen Sie bitte der Police.

1.2. Was ist ein stationärer Krankenhausaufenthalt?

Siehe Artikel 11, Punkt 2 und 3 - Spitalgeld

2. Welche Zusatzleistung beinhaltet die Unfallversicherung für Erwachsene?

2.1. Unfall-Nachsorge

Eine nach einem Erwachsenenarbit abgeschlossenene Unfallversicherung beinhaltet ein Unfall-Nachsorge Paket. Aus diesem Paket werden folgende Leistungen erbracht:

2.1.1. Hauspflege nach einem Unfall

Es werden die Kosten für eine Hauspflege nach einem Unfall ersetzt, wenn diese durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen oder HeimhelferInnen durchgeführt wird. Die Hauspflege umfasst die Grundpflege, das ist der Ausgleich der Defizite bei jenen Bedürfnissen, die der Patient alleine nicht instande ist durchzuführen (Körperpflege, Sorge um die richtige Ernährung und Flüssigkeitszufuhr usw.).

Weiters Hilfe bei der Organisation der Aktivitäten des täglichen Lebensablaufes und Beschaffung des täglichen Lebensbedarfes (z.B. Einkaufen). Die Durchführung dieser Tätigkeiten muss durch öffentlich anerkannte Stellen erfolgen und die Kosten werden für max. 6 Wochen bis zu dem in Ihrer Police angeführten Höchstbetrag übernommen.

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch aus der Hauspflege ist, dass sich der Versicherte unmittelbar nach dem Unfall mindestens 24 Stunden in ununterbrochener stationärer Krankenhausbehandlung befinden hat.

2.1.2. Kosten für psychotherapeutische und psychologische Beratung nach Unfällen und für Verbrechenopfer

Ersetzt werden Kosten für psychotherapeutische und psychologische Beratung zur Beseitigung seelischer Probleme, sowie Beratungen zum Zwecke der Lebensplanung nach einem Unfall bzw. nach einem Verbrechen bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass beim Versicherten aufgrund eines Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt bzw. der Versicherte einem Verbrechen zum Opfer gefallen ist (Verbrechen muss polizeibehördlich dokumentiert sein).

3. Welche Zusatzleistungen werden zu den vertraglich vereinbarten Leistungen noch erbracht?

3.1. Herzinfarkt

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines Herzinfarktes erleidet. Ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

3.2. Schlaganfall

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Schlaganfalles erleidet. Ein Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

3.3. Bewusstseinsstörung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung (ausgenommen infolge Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten) erleidet.

3.4. Kinderlähmung und Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-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 oder Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 40.000,00 begrenzt.

3.5. Rettung von Menschenleben oder Sachen

Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen sind mitversichert.

3.6. Verschlucken bei Kindern

Das Verschlucken von festen und flüssigen Stoffen und Kleinteilen gilt bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr als Unfall.

3.7. Röntgenstrahlen

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, die sich als Unfälle im Sinne des Artikel 6 dieser Bedingungen darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Röntgenshäden, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgenapparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

3.8. Insektenstiche und Schlangenbisse

Die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten als Unfälle im Sinne des Artikel 6 dieser Bedingungen.

3.9. Lebensmittelvergiftung

Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen gelten als Unfälle im Sinne dieser Bedingungen.

4. Welche Kosten werden für Obliegenheiten übernommen?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der im Artikel 24, Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Artikel 24, Punkt 2.4. - entstehen.

Artikel 16 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?

Reduzierung der Versicherungssummen, Altersgrenzen

1. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Kinder?

Für einen als Kinderunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 15. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 50 %. Hat der Versicherte das 21. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungssummen um 70 %. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Jugendliche bzw. Erwachsene beantragen.

2. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Jugendliche?

Für einen als Jugendunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 21. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 40 %. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Erwachsene beantragen.

3. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Erwachsene?

Für Erwachsene gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Versicherten um 30 %. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Senioren beantragen.

Artikel 17 - Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?

Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Wann ist die Leistung des Versicherers fällig?

Geldleistungen des Versicherers sind erst 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.

2. Welche Unterlagen muss der Ansprucherhebende beibringen?

Der Ansprucherhebende hat die zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens notwendigen Unterlagen beizubringen.

3. Wann kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen verlangen?

Sind die Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

Der Lauf dieser Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge des Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

4. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 18 - In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. In welchen Fällen entscheidet die Ärztekommision und wer hat das Recht diese zu beantragen?

Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Artikel 7, Punkt 4 und Artikel 9, Punkt 2, entscheidet die Ärztekommision.

Bei den zur Entscheidung durch die Ärztekommision vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von sechs Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers über Grund und Höhe des Leistungsanspruches unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.

2. Wie werden die Mitglieder der Ärztekommision bestimmt?

Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

Abschnitt C:

Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 19 - Wer kann nicht versichert werden?

Unversicherbare Personen

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke. Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

Artikel 20 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

- bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Artikel 6, Punkt 4 fallen;
- die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Fahrzeuges an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörenden Trainingsfahrten beteiligt;
- bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilaulaufens (z.B. alpine und nordische Disziplinen, Snowboard, Biathlon, Grasski), Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens, Rodelns (auf Natur- oder Kunstbahnen) sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
- die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.

- durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- 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

verursacht werden, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;

Abschnitt D:

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 22 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Prämie

Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforde-

3. Welche Pflichten hat der Versicherte?

Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

4. Wie fällt die Entscheidung der Ärztekommision?

Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

5. Wer trägt die Kosten des Verfahrens?

Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Artikel 7, Punkt 4 bzw. Artikel 9 Punkt 2 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 10 % der für Tod (gemäß Artikel 8) und dauernde Invalidität (gemäß Artikel 7, Punkt 1) zusammen versicherten Summe oder mit dem 25-fachen der jeweiligen versicherten Monatsrente (gemäß Artikel 9) begrenzt.

8. die der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;

9. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen läßt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war.

10. die der Versicherte bei der Ausübung der Sportarten Downhill-Mountainbiking (Rennen), Klettern und Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad VI oder über 7000 Meter, Freeclimbing, Tauchen über 60 Meter, Höhlentauchen und als Berufstaucher erleidet.

Artikel 21 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Artikel 7, Punkt 2 bemessen.

3. Leistungskürzung bei Vorerkrankungen oder Gebrechen

3.1. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist

- im Falle von dauernder Invalidität (gemäß Artikel 7, Punkt 1) der Invaliditätsgrad, bei Taggeld und Spitalgeld die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage,
- bei den sonstigen Versicherungsleistungen lt. Abschnitt B (ausgenommen bei Leistungen für die Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9, Punkt 1))

die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.

3.2. Für die Unfall-Invaliditäts-Rente gemäß Artikel 9, Punkt 1 gelten folgende Bestimmungen:

Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.

Eine Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente erfolgt somit nur unter der Voraussetzung, dass die unfallkausalen Folgen zu einem Invaliditätsgrad von 50 % oder mehr geführt haben.

3.3. 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 (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

3.4. Bei einem Bandscheibenvorfall wird eine Leistung nur erbracht, wenn dieser durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden ist und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheits- oder Degenerationserscheinungen handelt.

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

zung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff VersVG.

Artikel 23 - Was ist bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten zu beachten?

Anzeige der Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten des Versicherten

Als Obliegenheit gemäß § 6, Abs. 1(a) und 2 VersVG hat der Versicherungsnehmer folgendes anzuzeigen:

- Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebender besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
 - Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
 - Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz gewährt.
 - Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienansätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.
 - Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.
- Die Beendigung des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten, insbesondere Karenzierung, Arbeitslosigkeit und Pension, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Artikel 24 - Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6, Abs. 1(a) und 2 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

- Der Versicherte hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung zu besitzen, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
- Die Anzeigepflicht gemäß Artikel 23.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6, Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 25 - Was gilt als Versicherungsperiode?

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

2. Vertragsdauer

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

Artikel 26 - Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles:

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

In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 18);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 17).

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

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

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

- Der Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

- Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

- Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, auch öffnen und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

- 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. Darüber hinaus hat der Versicherte nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.

- Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

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

- Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.

- Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen läßt.

- Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Krankenhaus (Artikel 11, Punkt 2) eingewiesen wurde, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Bescheinigung der Krankenhausverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

- Ist auch Taggeld versichert, so ist dem Versicherer bei Bestehen einer gesetzlichen Pflichtversicherung die Krankenstandsbestätigung bzw. in allen anderen Fällen eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit, sowie über den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten einzusenden.

- Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente ist dem Versicherer die im Artikel 9, Punkt 6 genannte Bescheinigung vorzulegen.

- Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

- Ist die Leistungsart Soforthilfe versichert, so ist dem Versicherer die Aufenthaltsbestätigung mit Angabe der Diagnose bzw. eine ärztliche Diagnosebestätigung mit Vor- und Zunamen und Geburtsdatum des Versicherten einzusenden.

- Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

- Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Artikel 19), so gebührt dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

- Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum abgeschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 27 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

- 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 der §§ 75 ff VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

- Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadensminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 28 - Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Gerichtsstand

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland (Österreich) haben.

Artikel 29 - Wie sind Erklärungen abzugeben?

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 30 - Welches Recht wird angewandt?

Anwendbares Recht

Es gilt österreichisches Recht.

Abschnitt F:

Besondere Bedingungen für die Familienunfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2003) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

- Im Rahmen der Familienunfallversicherung sind neben den zwei Partnern alle mit diesen im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versichert. Mit der Erreichung dieser Altersgrenze erlischt der Versicherungsschutz für die Kinder und Jugendlichen automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mitversichert sind die Kinder und Jugendlichen nur, wenn sie dem Versicherer mit Namen, Geburtsdatum und Art der Beschäftigung bekannt gegeben werden bzw. für die Dauer von 3 Monaten nach der Geburt.
- Abweichend von Artikel 23 besteht für besonders gefährliche Freizeitaktivitäten (z.B. Klettern, Tauchen, Motocross) kein Versicherungsschutz.

3. Abweichend von Artikel 16 der AUVB 2003 findet die Reduzierung der Versicherungssummen bei Kindern und Jugendlichen nicht statt.

4. Falls im Vertrag keine Vereinbarung über die Bezugsberechtigung im Falle des Unfalldes getroffen wurde, ist zum Empfang der Unfalltodleistung berechtigt:

4.1. der Partner - die gesetzlichen Erben.

4.2. der Kinder und Jugendlichen - die gesetzlichen Erben, jedoch bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres der Überbringer der Begräbniskostenrechnung.

Abschnitt G:

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2003) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

- Versicherungsformen**
Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv- Unfallversicherung
- ohne Namensangabe
- oder mit Namensangabe der Versicherten.
- Gemeinsame Bestimmungen**
 - Versicherungssummen**
Vereinbart sind fixe Versicherungssummen.
 - Fluggastrisiko**
Benützen mehrere durch vorliegenden Versicherungsvertrag Versicherte dasselbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko (Artikel 6, Punkt 4 AUVB) ein Betrag von EUR 2.200.000,00 als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.
Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von EUR 2.200.000,00, so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.
 - Erlöschen des Versicherungsschutzes**
Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für den einzelnen Versicherten mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.
- Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe**
 - Versicherte Personen**
Versichert, soweit gemäß Artikel 19 AUVB versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht.
 - Prämienregulierung**
 - Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrundegelegt. Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen-

den Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage des Versicherers nachzukommen.

Der Versicherer hat nach Empfang der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

3.2.2. Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so hat der Versicherer die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, soviel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, anderenfalls soviel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie, gemacht, so hat der Versicherer den etwa zuviel gezahlten Betrag rückerstatten.

3.2.3. Einblicksrecht des Versicherers

Der Versicherer hat das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren.

4. Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe

4.1. Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Artikel 19 AUVB versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.

4.2. An- und Abmeldung

Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft. Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.

Abschnitt H:

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) (Wiedergabe der in den AUVB 2003 erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 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. 1 a - 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 einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 8

(1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs 1 Z. 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist

von einem Monat schriftlich kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen, besonders Prämiennachlässen, die ihm wegen einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.

§ 11

(1) 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.

(2) Sind die Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu bezahlen hat.

(3) Der Lauf der Frist des Abs. 2 ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

(4) Eine Vereinbarung, durch welche der Versicherer von der Verpflichtung, Verzugszinsen zu zahlen, befreit wird, ist unwirksam.

§ 12

(1) Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach 10 Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 25

(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.

§ 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.

(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

(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.

§ 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 Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist er 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 v. H. der Jahresprämie, höchstens aber mit EUR 60,00 im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 75

(1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung 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 der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse 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.