

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung - AUVB 2003

Kollektivunfallversicherung und kurzfristige Unfallversicherung

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: Taggeld
	Art. 10: Spitalgeld
	Art. 11: Unfallkosten
Was zahlt der Versicherer zusätzlich?	Art. 12: Zusatzleistungen
Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?	Art. 13: Reduzierung der Versicherungssummen, Altersgrenzen
Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?	Art. 14: Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	Art. 15: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden?	Art. 16: Unversicherbare Personen
In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. 17: Ausschlüsse
Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?	Art. 18: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen?	Art. 19: Prämie
Was ist bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten zu beachten?	Art. 20: 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. 21: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. 24: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. 25: Gerichtsstand
Wie sind Erklärungen abzugeben?	Art. 26: Form der Erklärungen
Welches Recht wird angewandt?	Art. 27: Anwendbares Recht

Abschnitt A: Versicherungsschutz

<p style="text-align: center;">Artikel 1 - Was ist versichert?</p> <p>Gegenstand der Versicherung</p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus dem Abschnitt B. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.</p> <p style="text-align: center;">Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall?</p> <p>Versicherungsfall</p> <p>Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 6).</p> <p style="text-align: center;">Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung?</p> <p>Örtlicher Geltungsbereich</p> <p>Der Versicherungsschutz gilt auf der ganzen Erde.</p> <p style="text-align: center;">Artikel 4 - Wann gilt die Versicherung?</p> <p>Zeitlicher Geltungsbereich</p> <p>Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff VersVG) eingetreten sind.</p> <p style="text-align: center;">Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung?</p> <p>Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz, vorläufige Deckung</p> <p>1. Beginn des Versicherungsschutzes</p> <p>Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Artikel 19), 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.</p> <p>2. Sofortschutz</p> <p>Diese Unfallversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich über die beantragten Versicherungssummen, maximal jedoch bis zu</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">für Unfalltod</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">EUR</td> <td style="width: 30%; text-align: right;">73.000,00</td> </tr> <tr> <td>für dauernde Invalidität</td> <td style="text-align: right;">EUR</td> <td style="text-align: right;">73.000,00</td> </tr> <tr> <td>für Taggeld</td> <td style="text-align: right;">EUR</td> <td style="text-align: right;">25,00</td> </tr> <tr> <td>für Spitalgeld</td> <td style="text-align: right;">EUR</td> <td style="text-align: right;">40,00</td> </tr> <tr> <td>für Unfallkosten</td> <td style="text-align: right;">EUR</td> <td style="text-align: right;">2.200,00</td> </tr> </table> <p>Für alle anderen abschließbaren Leistungsarten sowie für nicht beantragte Leistungsarten wird kein Sofortschutz gewährt.</p> <p>Der Sofortschutz beginnt mit dem Eingang des Antrages in der Merkur Generaldirektion oder einer unserer Landesdirektionen, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn.</p> <p>Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Police oder einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, spätestens aber nach Ablauf von 6 Wochen ab Antragstellung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.</p> <p>Dem Versicherer gebührt die auf die Zeit des Sofortschutzes entfallende Prämie.</p> <p>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 Geisteskranke (siehe Artikel 16 dieser Versicherungsbedingungen)</p> <p>3. Vorläufige Deckung</p> <p>Soll der Versicherungsschutz vor Einlösung der Police 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.</p> <p>Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Police.</p> <p>Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen.</p> <p>Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.</p> <p style="text-align: center;">Artikel 6 - Was ist ein Unfall?</p>	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 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														

Begriff des Unfalles

1. 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.
2. 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 Kapseln.

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:

- 2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit eines Armes bis über das Ellenbogengelenk
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand
eines Daumens
eines Zeigefingers
eines anderen Fingers
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes
einer großen Zehe
einer anderen Zehe
der Sehkraft beider Augen
der Sehkraft eines Auges
des Gehörs beider Ohren
des Gehörs eines Ohres
des Geruchsinnens
des Geschmacksinnens
der Milz
der Niere
- | |
|-------|
| 70 % |
| 60 % |
| 20 % |
| 10 % |
| 5 % |
| 5 % |
| 70 % |
| 60 % |
| 50 % |
| 5 % |
| 2 % |
| 100 % |
| 50 % |
| 60 % |
| 30 % |
| 10 % |
| 5 % |
| 10 % |
| 20 % |

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 18 anzuwenden.

- 2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Artikel 7, Punkt 2.1. anteilig verwendet.
- 2.3. 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.
- 2.4. 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 15).

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 14, Punkt 3) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

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

Stirbt der Versicherte

- 5.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- 5.2. 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;
- 5.3. 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.

6. 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 18 Anwendung.

3. 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 12, Punkt 1.4., für Insektenstiche und Schlangenbisse, Artikel 12, Punkt 1.8., sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1.

4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern 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.

7. 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 Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität (Artikel 7) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Invalidität gemäß Artikel 7 kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

Artikel 9 - 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, karrenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.

Artikel 10 - 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.

Artikel 11 - Unfallkosten

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

Bis zur Höhe der hierfür 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.

Für die unter Artikel 11, 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 Verletzentransportes 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 10, 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 12 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Zusatzleistungen

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

1.1. Herzinfarkt

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

1.2. 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.

1.3. Bewusstseinsstörung

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

1.4. 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.

1.5. Rettung von Menschenleben oder Sachen

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

1.6. 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.

1.7. Insektenstiche und Schlangenbisse

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

1.8. Lebensmittelvergiftung

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

2. Welche Kosten werden für Obliegenheiten übernommen?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der im Artikel 21, Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Artikel 21, Punkt 2.4. - entstehen.

Artikel 13 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?

Reduzierung der Versicherungssummen, Altersgrenzen

1. 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 %.

Artikel 14 - 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 15 - In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

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, entscheidet die Ärztekommision.

Bei den Entscheidungen 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.

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 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 begrenzt.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 16 - Wer kann nicht versichert werden?

Unversicherbare Personen

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

- 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 17 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

- bei der Benützung von Luftfahrgeräten 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, Befahrer 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 Schilafens (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;

- die der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
- 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.
- 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 18 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

- Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
- 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.
- Leistungskürzung bei Vorerkrankungen oder Gebrechen
- 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 Bdie Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.
- 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.
- 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.
- 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.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 19 - 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 Aufforderung 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 20 - 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 folgenden anzuzeigen:

- Veränderungen der im Antrag angegebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag angegebender 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 Prämienätzen 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.
- 2. 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 21 - 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:

- 1.1. 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.
- 1.2. Die Anzeigepflicht gemäß Artikel 20.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

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

- 2.1. Der Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
- 2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, auch öffnen und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
- 2.4. 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.

- 2.5. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.6. 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.
- 2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 2.8. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen läßt.
- 2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Krankenhaus (Artikel 10, 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.
- 2.10. 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.
- 2.11. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

**Abschnitt E:
Sonstige Vertragsbestimmungen**

Artikel 22 - 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 23 - Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

- 1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles:
- 1.1. 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 15);
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 14).
 Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
- 1.2. 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.
- 1.3. Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.
- 2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Artikel 16), so gebührt dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

- 3. 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 24 - Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

- 1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften 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.
- 2. 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 25 - 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 26 - Wie sind Erklärungen abzugeben?

Form der Erklärungen

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.

Artikel 27 - Welches Recht wird angewandt?

Anwendbares Recht

Es gilt österreichisches Recht.

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.

1. Versicherungsformen
Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv- Unfallversicherung
- ohne Namensangabe
- oder mit Namensangabe der Versicherten.
2. Gemeinsame Bestimmungen
 - 2.1. Versicherungssummen
Vereinbart sind fixe Versicherungssummen.
 - 2.2. 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.
 - 2.3. 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.
3. Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe
 - 3.1. Versicherte Personen
Versichert, soweit gemäß Artikel 16 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.
 - 3.2. Prämienregulierung

3.2.1. Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrundegelegt. Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden 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 rückzuerstatten.

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 16 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.

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 Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 38

(1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

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

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

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

§ 39

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

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

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