



# Allgemeine Bedingungen für die GARANTA Unfallversicherung (AUVB)

## Inhaltsverzeichnis

### **Abschnitt A: Versicherungsschutz**

- § 1 Gegenstand der Versicherung
- § 2 Versicherungsfall
- § 3 Örtlicher Geltungsbereich
- § 4 Zeitlicher Geltungsbereich
- § 5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufiger Sofortschutz
- § 6 Begriff des Unfalles

### **Abschnitt B: Familien- bzw. Alleinerzieher-Unfallversicherung**

- § 7 Besonderheiten bei der Partner-, Familien- bzw. Alleinerzieher-Unfallversicherung

### **Abschnitt C: Versicherungsleistungen**

#### **Prämienpflichtige Leistungen**

- § 8 Dauernde Invalidität
- § 9 Unfallrente
- § 10 Unfalltod
- § 11 Spitalgeld
- § 12 Taggeld
- § 13 Soforthilfe
- § 14 Knochenbruch-Trostpflaster
- § 15 Freizeitdoppel
- § 16 Unfallkostenpakete

#### **Prämienfreie Leistungen**

- § 17 Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit
- § 18 Prämienbefreiung ab dem 43. Tag vollständiger Arbeitsunfähigkeit
- § 19 Prämienbefreiung bei Elternkarenz, Pflegekarenz, Präsenz- und Zivildienst
- § 20 Begleitpersonen-Kostenersatz im Rahmen der Familien- bzw. Alleinerzieher-Unfallversicherung
- § 21 entfällt
- § 22 Fälligkeit der Leistung und Verjährung

### **Abschnitt D: Begrenzung des Versicherungsschutzes**

- § 23 Ausschlüsse
- § 24 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

### **Abschnitt E: Pflichten des Versicherungsnehmers**

- § 25 Prämien
- § 26 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person sowie besonders gefährliche Freizeitaktivitäten
- § 26a Anzeige der Verlegung des Hauptwohnsitzes
- § 27 Obliegenheiten
- § 28 Vorvertragliche Anzeigepflichten

## **Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen**

- § 29 Versicherungsperiode, Vertragsdauer und Verlängerung
- § 30 Kündigung, Erlöschen des Vertrages
- § 31 Rechtstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- § 32 Gerichtsstand
- § 33 Erklärungen
- § 34 Wer erhält die Versicherungsleistung?
- § 35 Kosten und Gebühren, die gesondert in Rechnung gestellt werden
- § 36 Geltendes Recht und Vertragsgrundlagen
- § 37 Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung – Wertanpassungsklausel (Indexklausel)

**Anhang 1:** Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

**Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.**

### **Verweise auf gesetzliche Bestimmungen**

Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG), die in den AUVB angeführt werden, sind im Anhang zu den AUVB in vollem Wortlaut wiedergegeben.

### **Versicherer und Aufsichtsbehörde**

#### **Versicherer**

GARANTA Versicherungs-AG Österreich, Moserstraße 33, A-5020 Salzburg, Telefon 0662 2426, Telefax 0662 2426-850, Firmenbuchgericht Landesgericht Salzburg, FN 145878b, UID ATU56387500 - eine Zweigniederlassung der GARANTA Versicherungs-AG, Ostendstraße 100, D-90334 Nürnberg, Deutschland, Sitz und Registergericht Nürnberg HRB 6063

#### **Aufsichtsbehörde**

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Bereich Versicherungs- und Pensionsfondsaufsicht; Graurheindorfer Straße 108, D-53117 Bonn

## **Begriffsbestimmungen**

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch – sie sind für das Verständnis dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen unerlässlich.

### **Versicherungsnehmer**

ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt und damit Träger von Rechten und Pflichten ist. Für diese Person wird die Anrede „Sie“ verwendet.

### **Versicherter**

ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

### **Bezugsberechtigter**

ist die Person, die für den Empfang der Leistung des Versicherers genannt ist.

### **Versicherungsprämie**

ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

### **Tarif**

ist ein Versicherungsprodukt, in dem die Berechnungsgrundlagen für Ihren Versicherungsvertrag festgelegt sind.

### **In Schriftform**

bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger die Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

### **In geschriebener Form**

erfordert einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Eine eigenhändige Unterschrift ist nicht erforderlich. Die Einhaltung der Schriftform (siehe oben) genügt selbstverständlich auch den Anforderungen der geschriebenen Form.

## **Abschnitt A: Versicherungsschutz**

### **§ 1 Gegenstand der Versicherung**

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt C.

Aus dem Versicherungsvertrag (Polizze) ist ersichtlich, welche konkreten Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Der Versicherungsschutz für die versicherte Person ist von einem Hauptwohnsitz (iSd § 1 des österr. Meldegesetzes) in Österreich abhängig. Wird der Hauptwohnsitz ins Ausland verlegt, erlischt der Versicherungsschutz.

Beachten Sie dazu die Regelungen in § 26a sowie §1 des österr. Meldegesetzes im Anhang 1.

### **§ 2 Versicherungsfall**

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles im Sinne des § 6 (Begriff des Unfalls).

### **§ 3 Örtlicher Geltungsbereich**

Die Versicherung gilt weltweit.

### **§ 4 Zeitlicher Geltungsbereich**

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38ff VersVG, siehe Anhang 1) eingetreten sind.

### **§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufiger Sofortschutz**

#### 1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in § 25 geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der ersten Prämie ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten Prämie gilt § 39a VersVG (siehe Anhang 1).

#### 2. Vorläufiger Sofortschutz

Diese Unfallversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Summen, höchstens auf € 100.000 (Sofortschutz-Höchstsumme), auch, wenn insgesamt höhere Summen für dieselbe versicherte Person beantragt sind.

Voraussetzungen für das Inkrafttreten des vorläufigen Sofortschutzes sind, dass

- die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig war und nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle stand,
- der Antrag zu einem unserer gültigen Tarife und Annahmerichtlinien angenommen werden kann und die Versicherungsbedingungen keine Leistungseinschränkungen oder Ausschlüsse (§ 23 und § 24) vorsehen
- die beantragte Versicherung nicht von besonderen Voraussetzungen abhängig ist,

- die Einlösprämie für die beantragte Versicherung gezahlt ist oder dem Versicherer eine Ermächtigung zum Prämieinzug erteilt wurde und
- die versicherte Person am Tage der Antragstellung noch nicht 62 Jahre alt ist.

Der vorläufige Sofortschutz beginnt mit Eingang Ihres Antrages beim Versicherer frühestens aber um 0:00 Uhr am Tag des beantragten Versicherungsbeginns. Der vorläufige Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizza, wenn wir Ihren Antrag ablehnen, rückstellen, den vorläufigen Sofortschutz als beendet erklären oder Sie von Ihrem Antrag zurücktreten, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragstellung. Für den vorläufigen Sofortschutz berechnen wir keine gesonderte Prämie. Nur wenn wir aufgrund des vorläufigen Sofortschutzes leisten, verrechnen wir die erste Jahresprämie.

## § 6 Begriff des Unfalles

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

Unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder Bemühungen zur Rettung von Menschenleben, Tieren und Sachen erleidet und bewusst in Kauf nimmt, gelten als unfreiwillig erlitten.

### 2. Als Unfälle gelten auch folgende unfreiwillig erlittene Ereignisse:

- a) Verrenkungen von Gliedern, sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen,
- b) Verschlucken von Gegenständen bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr,
- c) Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen. Der Begriff der Plötzlichkeit gilt auch dann als erfüllt, wenn die versicherte Person bis zu 4 Tage diesen Einwirkungen ausgesetzt war,
- d) Einatmen von Gasen, Dämpfen, Dünsten, Staubwolken, Säuren, Giften etc., es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich, also nicht plötzlich, erfolgen. Der Begriff der Plötzlichkeit gilt auch dann als erfüllt, wenn die versicherte Person bis zu 4 Tage diesen Einwirkungen ausgesetzt war,
- e) Verbrennungen und Verbrühungen,
- f) Blitzschlag oder Einwirkungen von elektrischem Strom,
- g) Tod durch Erfrieren, Verhungern oder Verdursten,
- h) Ertrinkungstod,
- i) Erstickungstod.

### 3. Der Versicherungsschutz umfasst weiters:

- a) die Folgen einer medizinisch nachgewiesenen und behandelten Lebensmittelvergiftung der versicherten Person durch die Einnahme verdorbener Lebensmittel (ausgenommen Alkoholvergiftung),
- b) Unfälle der versicherten Person, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht wurden,
- c) einen Herzinfarkt oder Schlaganfall, sofern dieser durch ein Unfallgeschehen bei der versicherten Person ausgelöst wurde,
- d) Unfälle der versicherten Person infolge einer Bewusstseinsstörung, die nicht durch Alkohol, Suchtgifte, missbräuchliche Verwendung von Medikamenten oder durch eine schwere psychische Störung verursacht wurden,
- e) Unfälle der versicherten Person, die durch einen epileptischen Anfall verursacht wurden.

### 4. Ferner fallen unter den Versicherungsschutz:

- a) Tauchunfälle der versicherten Person als Sporttaucher bis zu einer Tauchtiefe von maximal 40 Metern. Als Unfälle gelten auch tauchtypische Gesundheitsschäden, die die versicherte Person unfreiwillig unter Wasser erleidet (z.B. Caisson-Krankheit).  
Diese Erweiterung des Versicherungsschutzes entfällt, wenn
  - die vom Tauchsportverband Österreichs (TSVÖ) in den Richtlinien für das sportliche Tauchen festgelegten Bestimmungen über die Tauchausrüstung nicht beachtet werden;

- ein Sauerstoffgerät benutzt wird (das gilt nicht für die Verwendung von Presslufttauchgeräten mit einem Gasgemisch entsprechend der atmosphärischen Luft oder mit Nitrox);
- nach explosiven Stoffen getaucht wird;
- für ein gewerbliches Unternehmen getaucht wird;
- ein Tauchgang allein oder vorschriftswidrig ohne einen sachkundigen Begleiter ausgeführt wird.

b) Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet, sofern kein Ausschlussstatbestand (§ 23) vorliegt.

5. **Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.**  
Davon ausgenommen sind unter den nachfolgend genannten Voraussetzungen:

a) Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen bedingungsgemäßen Unfall.

b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, Masern, Mumps, Pfeiffersches Drüsenfieber, Röteln, Scharlach, Tuberkulose, Typhus, Paratyphus, Windpocken.  
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der aufgezählten Infektionskrankheiten. Eine Leistung wird, im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen, nur für den Tod (§ 10) oder dauernde Invalidität (§ 8 Pkt. 1 bis 9 c) erbracht. Sie müssen durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht nachgewiesen werden. Versicherungsfall ist die erstmalige Infizierung mit einem Erreger einer dieser Erkrankungen. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens 3 Monate nach Beginn dieses Versicherungsvertrags. Infektionen, die innerhalb dieser 3-monatigen Wartezeit eintreten, fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Jede Infektionskrankheit ist dem Versicherer unverzüglich zu melden. Es besteht kein Anspruch auf Megaschutz (§ 8 Pkt. 9 d), oder eine in § 9 sowie §§ 11 bis 22 definierte Leistung.

c) Kinderlähmung, durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis, 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. Eine Leistung wird, im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen, nur für den Tod (§ 10) oder dauernde Invalidität (§ 8 Pkt. 1 bis 9 c) erbracht. Versicherungsfall ist die erstmalige Infizierung mit einem Erreger einer dieser Erkrankungen. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde. Es besteht kein Anspruch auf Megaschutz (§ 8 Pkt. 9 d), oder eine in § 9 sowie §§ 11 bis 22 definierte Leistung.

d) Gesundheitsschädigungen durch nachfolgend genannte Impfungen:  
Impfung gegen Tollwut, Wundstarrkrampf und Frühsommer-Meningoencephalitis sowie gegen die in Pkt. b genannten Infektionskrankheiten, die über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehen. Eine Leistung wird, im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen, nur für den Tod (§ 10) oder dauernde Invalidität (§ 8 Pkt. 1 bis 9 c) erbracht. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Impffolge diagnostizierten Gesundheitsschädigung konsultiert wurde. Es besteht kein Anspruch auf Megaschutz (§ 8 Pkt. 9 d), oder eine in § 9 sowie §§ 11 bis 22 definierte Leistung.

e) Die Folgen von Insektenstichen oder von durch Tierbisse verursachte Hautverletzungen:  
Eine Leistung wird, im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen, nur für den Tod (§ 10) oder dauernde Invalidität (§ 8 Pkt. 1 bis 9 c) erbracht. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens 3 Monate nach Beginn dieses Versicherungsvertrags. Folgen, die innerhalb dieser 3-monatigen Wartezeit eintreten, fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Folge des Insektenstiches oder Tierbisses diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Es besteht kein Anspruch auf Megaschutz (§ 8 Pkt. 9 d), oder eine in § 9 sowie §§ 11 bis 22 definierte Leistung.

- f) Beruflich bedingte Infektionen bei Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten, Zahn Technikern, Hebammen, Apothekern, Studenten der Medizin, der Zahnmedizin und der Tiermedizin, Krankenpflegepersonal (Gesundheits- und Krankenpfleger).

Unter folgenden Voraussetzungen besteht Versicherungsschutz:

- Die versicherte Person hat sich in Ausübung der von ihr bekanntgegebenen beruflichen Tätigkeit infiziert und
- die Krankheitserreger sind auf einem der nachfolgenden Wege in den Körper der versicherten Person gelangt:
  - Beschädigung der Haut. Es muss mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein.
  - Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten reichen hierfür nicht aus, außer bei Infektionen mit Diphtherie und Tuberkulose.

6. Selbsttötung und Selbsttötungsversuch gelten nicht als Unfall.

#### **Hinweis zu den Punkten 1 bis 5:**

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen wird keine oder nur eine eingeschränkte Leistung erbracht. Beachten Sie bitte dazu die Regelungen im § 23 (Ausschlüsse) und § 24 (sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes)

## **Abschnitt B: Familien – bzw. Alleinerzieher-Unfallversicherung**

### **§ 7 Besonderheiten bei der Partner-, Familien – bzw. Alleinerzieher-Unfallversicherung**

1. Bei der Partnerunfall-Unfallversicherung sind zwei erwachsene Personen versichert, die im gemeinsamen Haushalt (Hauptwohnsitz) leben.
2. Im Rahmen einer Familien – bzw. Alleinerzieher-Unfallversicherung können neben den versicherten Erwachsenen auch Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres mitversichert werden. Als Kinder gelten die leiblichen Kinder, Stief- und Adoptivkinder. Voraussetzung für die Mitversicherung ist, dass die versicherten Erwachsenen und die mitversicherten Kinder alle im gemeinsamen Haushalt (Hauptwohnsitz) leben.
3. Kinder, die nach dem Versicherungsabschluss geboren werden, sind nicht automatisch mitversichert. Damit diese Kinder mitversichert werden können, sind diese dem Versicherer mit Namen und Geburtsdatum in geschriebener Form anzuzeigen und ein Antrag auf Mitversicherung zu stellen. Der Versicherungsschutz tritt, sofern der Mitversicherungsantrag angenommen wird, frühestens mit dem Eingang der Nachmeldung beim Versicherer in Kraft.
4. Bei mitversicherten Kindern ist eine Verlängerung der Mitversicherung bis maximal zur Vollendung des 25. Lebensjahres möglich, sofern für diese Kinder eine staatliche Familienbeihilfe bezogen wird und diese weiterhin im gemeinsamen Haushalt (Hauptwohnsitz) leben. Eine Verlegung des Wohnsitzes zu Ausbildungszwecken sowie wegen Präsenz- oder Zivildienst beendet die Mitversicherung nicht.
5. Die Mitversicherung der Kinder wird längstens bis zum Ende jenes Versicherungsjahres fortgeführt, in dem das versicherte Kind das 18. bzw. 25. Lebensjahr vollendet, und endet dann automatisch. Der Versicherungsnehmer wird rechtzeitig vom bevorstehenden Ende der Mitversicherung informiert. Im Rahmen dieser Information werden auch Möglichkeiten und Voraussetzungen für einen Anschlussvertrag mitgeteilt.
6. Bei der Partner-, Familien- bzw. Alleinerzieher-Unfallversicherung gelten die vereinbarten Deckungsteile mit wenigen Ausnahmen für alle versicherten Personen gleichermaßen



(ausgenommen ist z.B. Taggeld für Kinder). Den konkreten Versicherungsschutz für jede versicherte Person entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.

7. Änderungen des Hauptwohnsitzes der versicherten Personen sowie der Wegfall der staatlichen Familienbeihilfe sind dem Versicherer so rasch wie möglich zu melden. Beachten Sie dazu auch die Regelungen im § 26a sowie §1 des österr. Meldegesetzes im Anhang 1.

## **Abschnitt C: Versicherungsleistungen**

### **Prämienpflichtige Leistungen**

Ob die in § 8 bis § 16 beschriebenen Leistungen im Rahmen Ihres Versicherungsvertrages tatsächlich versichert sind und in welcher Höhe, entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.

#### **§ 8 Dauernde Invalidität**

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

##### **1. Voraussetzung für die Leistung:**

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

Die dauernde Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, beim Versicherer innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall (im Sinne des § 6) stirbt.

##### **2. Art und Höhe der Leistung:**

Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag bei Unfällen (im Sinne des § 6) der versicherten Person.

- a) Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade (**Grundgliedertaxe**):

- eines Armes	80%
- eines Daumens	20%
- eines Zeigefingers	10%
- eines anderen Fingers	5%
- eines Beines	80%
- 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 Geruchssinnes	10%
- des Geschmackssinnes	10%
- der Milz	10%
- der Niere	20%
- Stimme	100%
- Lungenflügel	50%
- Leber	10%



Wenn die zweite Niere bereits vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist § 8 Pkt. 3 anzuwenden.

- b) Für Unfallversicherungen von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Zahntechnikern, Hebammen, Apothekern, Studenten der Medizin, der Zahnmedizin, der Tiermedizin sowie Krankenpflegepersonal (Gesundheits- und Krankenpfleger) gelten stattdessen, sofern im Vertrag vereinbart, bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade (**Spezialgliedertaxe für Heilberufe**):

- Armes oder Hand	100%
- eines Daumens oder Zeigefingers	60%
- eines anderen Fingers	20%
- eines Beines oder Fuß	80%
- einer großen Zehe	8%
- einer anderen Zehe	3%
- der Sehkraft beider Augen	100%
- der Sehkraft eines Auges	80%
- des Gehörs beider Ohren	70%
- des Gehörs eines Ohres	30%
- des Geruchssinnes	10%
- des Geschmackssinnes	10%
- der Milz	10%
- der Niere	20%
- Stimme	100%
- Lungenflügel	50%
- Leber	10%

Wenn die zweite Niere bereits vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist § 8 Pkt. 3 anzuwenden.

Die Spezialgliedertaxe für Heilberufe kommt nur für die Invaliditätsgrundsumme (das ist die vereinbarte Versicherungssumme für Dauerinvalidität ohne Progression) zur Anwendung. Sie gilt nicht für die Bemessung der Unfallrente oder des Megaschutzes.

Wird während der Vertragslaufzeit der Heilberuf aufgegeben, kommt automatisch die Grundgliedertaxe zur Anwendung. Eine Aufgabe des Heilberufs ist anzuzeigen (§ 26).

- c) Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung der vorgenannten Körperteile oder Organe gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

- Für andere Körperteile und Sinnesorgane** bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der **Vorinvalidität** abgezogen.
- Ist die Funktion **mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane** durch den Unfall (im Sinne des § 6) beeinträchtigt, werden die sich aus den vorstehenden Regelungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
- Im ersten Jahr** nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen oder eine Verletzung vorliegt, die im Verletzungskatalog für die Direktleistung (siehe Punkt 10) enthalten ist.
- Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis **4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen**.

## 8. Stirbt die versicherte Person

- 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,
- 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.

## 9. Leistungsvarianten

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Bestimmungen des § 8 Pkt. 1 bis 8. Grundlage für die Invaliditätsleistung ist der nach diesen Bedingungen festgestellte unfallbedingte Invaliditätsgrad der versicherten Person.

Für die Berechnung der Invaliditätsleistung werden die vereinbarte Dauerinvaliditäts-Grundsumme und die vereinbarte Leistungsvariante herangezogen (die Höhe der Grundsumme sowie die Leistungsvariante entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze).

Folgende Varianten für den Fall der dauernden Invalidität können versichert werden:

- Invaliditätsleistung ohne Progression: Die Leistung richtet sich nach dem festgestellten Invaliditätsgrad auf Basis der vereinbarten Dauerinvaliditäts-Grundsumme. Es gibt keine progressive Erhöhung der Leistung.
- Invaliditätsleistung - 325% Progression: Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25% richtet sich die Leistung nach dem festgestellten Invaliditätsgrad auf Basis der vereinbarten Dauerinvaliditäts-Grundsumme. Ab einem Invaliditätsgrad von 26% erhöht sich der Leistungsprozentsatz progressiv. Die je Invaliditätsgrad zur Anwendung kommenden Leistungsprozentwerte sind in der nachfolgenden Tabelle festgelegt. Beträgt der Invaliditätsgrad zumindest 90% oder mehr, werden 325% der vereinbarten Dauerinvaliditäts-Grundsumme geleistet.

<b>325% Progression: Leistung in Prozent der Dauerinvalidität Grundsumme</b>							
<b>Inv.-Grad</b>	<b>Leistung</b>	<b>Inv.-Grad</b>	<b>Leistung</b>	<b>Inv.-Grad</b>	<b>Leistung</b>	<b>Inv.-Grad</b>	<b>Leistung</b>
1%	1%	26%	28%	51%	103%	76%	188%
2%	2%	27%	31%	52%	106%	77%	196%
3%	3%	28%	34%	53%	110%	78%	204%
4%	4%	29%	37%	54%	113%	79%	212%
5%	5%	30%	40%	55%	116%	80%	220%
6%	6%	31%	43%	56%	119%	81%	228%
7%	7%	32%	46%	57%	122%	82%	236%
8%	8%	33%	49%	58%	126%	83%	244%
9%	9%	34%	52%	59%	129%	84%	252%
10%	10%	35%	55%	60%	132%	85%	260%
11%	11%	36%	58%	61%	135%	86%	268%
12%	12%	37%	61%	62%	138%	87%	276%
13%	13%	38%	64%	63%	142%	88%	284%
14%	14%	39%	67%	64%	145%	89%	292%
15%	15%	40%	70%	65%	148%	90%	325%
16%	16%	41%	73%	66%	151%	91%	325%
17%	17%	42%	76%	67%	154%	92%	325%
18%	18%	43%	79%	68%	158%	93%	325%
19%	19%	44%	82%	69%	161%	94%	325%
20%	20%	45%	85%	70%	164%	95%	325%
21%	21%	46%	88%	71%	167%	96%	325%
22%	22%	47%	91%	72%	170%	97%	325%
23%	23%	48%	94%	73%	174%	98%	325%
24%	24%	49%	97%	74%	177%	99%	325%
25%	25%	50%	100%	75%	180%	100%	325%

- c) Invalitätsleistung - 525% Progression: Bis zu einem Invalitätsgrad von 25% richtet sich die Leistung nach dem festgestellten Invalitätsgrad auf Basis der vereinbarten Dauerinvalitäts-Grundsumme. Ab einem Invalitätsgrad von 26% erhöht sich der Leistungsprozentsatz progressiv. Die je Invalitätsgrad zur Anwendung kommenden Leistungsprozentwerte sind in der nachfolgenden Tabelle festgelegt. Beträgt der Invalitätsgrad zumindest 90% oder mehr, werden 525% der vereinbarten Dauerinvalitäts-Grundsumme geleistet.

<b>525% Progression: Leistung in Prozent der Dauerinvalitäts-Grundsumme</b>							
<b>Inv.-Grad</b>	<b>Leistung</b>	<b>Inv.-Grad</b>	<b>Leistung</b>	<b>Inv.-Grad</b>	<b>Leistung</b>	<b>Inv.-Grad</b>	<b>Leistung</b>
1%	1%	26%	28%	51%	108%	76%	308%
2%	2%	27%	31%	52%	116%	77%	316%
3%	3%	28%	34%	53%	124%	78%	324%
4%	4%	29%	37%	54%	132%	79%	332%
5%	5%	30%	40%	55%	140%	80%	340%
6%	6%	31%	43%	56%	148%	81%	348%
7%	7%	32%	46%	57%	156%	82%	356%
8%	8%	33%	49%	58%	164%	83%	364%
9%	9%	34%	52%	59%	172%	84%	372%
10%	10%	35%	55%	60%	180%	85%	380%
11%	11%	36%	58%	61%	188%	86%	388%
12%	12%	37%	61%	62%	196%	87%	396%
13%	13%	38%	64%	63%	204%	88%	404%
14%	14%	39%	67%	64%	212%	89%	412%
15%	15%	40%	70%	65%	220%	90%	525%
16%	16%	41%	73%	66%	228%	91%	525%
17%	17%	42%	76%	67%	236%	92%	525%
18%	18%	43%	79%	68%	244%	93%	525%
19%	19%	44%	82%	69%	252%	94%	525%
20%	20%	45%	85%	70%	260%	95%	525%
21%	21%	46%	88%	71%	268%	96%	525%
22%	22%	47%	91%	72%	276%	97%	525%
23%	23%	48%	94%	73%	284%	98%	525%
24%	24%	49%	97%	74%	292%	99%	525%
25%	25%	50%	100%	75%	300%	100%	525%

- d) Megaschutz - Invalitätsleistung ab 50% Dauerinvalität: Wenn der festgestellte Invalitätsgrad 50% erreicht oder übersteigt, werden 100% der Dauerinvalitäts-Grundsumme geleistet. Für Invalitätsgrade unter 50% wird keine Leistung erbracht.

Eine progressive Erhöhung der Leistung gibt es nicht. Die Spezialgliedertaxe für Heilberufe (§ 8 Pkt. 2 b) sowie das Freizeitdoppel (§ 8 Pkt. 9 e) – sofern mitversichert - finden keine Anwendung.

Bei der Festlegung des Invalitätsgrades für den Megaschutz wird jede Vorerkrankung bzw. jedes Vorgebrechen berücksichtigt. Der in § 24 bestimmte Mitwirkungsanteil gilt hier nicht.

## 10. Direktleistung

- a) Für Verletzungen aus dem unten angeführten Verletzungskatalog gilt, dass bereits bei erstmaliger Anspruchsstellung nach einem Unfall eine garantierte Direktleistung ausgezahlt wird.

- b) Vorausgesetzt, dass die Verletzung infolge eines Unfalls aufgetreten ist, wird die garantierte Direktleistung nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte (z.B. ärztlicher Befundbericht, Arztbrief, Entlassungsbericht vom Spital und Röntgen- oder MRT-Befund) sofort ausgezahlt. Sollten aus den vorgelegten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen oder Vorverletzungen hervorgehen, die eine Mitwirkung im Sinne des § 24 Punkt 2 AUVB nahelegen, behalten wir uns vor, den Anspruch auf Direktleistung durch einen medizinischen Gutachter überprüfen zu lassen.
- c) Mit dieser garantierten Direktleistung sind grundsätzlich alle Ansprüche aus dem Titel Dauerinvalidität abgegolten. Die versicherte Person ist jedoch berechtigt, die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen zu verlangen. Sollte die gutachterliche Untersuchung eine höhere Leistung als die bereits ausgezahlte Direktleistung ergeben, wird die Differenz nachgezahlt. Sollte das Gutachten eine niedrigere Leistung als die bereits ausgezahlte Direktleistung ergeben, können wir die zu viel bezahlte Leistung zurückfordern.
- d) Im Falle von mehreren Verletzungen an unterschiedlichen Körperteilen, die im untenstehenden Verletzungskatalog angeführt sind, werden die jeweiligen Direktleistungen zusammengerechnet, die insgesamt ausgezahlte Direktleistung ist jedoch mit maximal 50% der Dauerinvaliditäts-Grundsumme begrenzt. Die endgültige Bemessung muss durch einen Sachverständigen erfolgen.
- e) Führt ein Unfall zu mehreren Verletzungen an einem Körperteil, wird die garantierte Direktleistung immer von der am höchsten bewerteten Verletzung geleistet.
- f) Bei Verlust eines Beines oder Armes und kompletter oder inkompletter Querschnittslähmung wird eine Zahlung in Höhe von 50% der Dauerinvaliditäts-Grundsumme vorgenommen. Diese Zahlung ist als eine Vorauszahlung zu betrachten, die endgültige Bemessung muss durch ein Sachverständigen-Gutachten erfolgen.
- g) Findet sich die Verletzung nach einem Unfall nicht im Verletzungskatalog wieder, kann die versicherte Person zur Feststellung einer möglichen Unfallinvalidität nach dem Unfall ein Sachverständigengutachten anfordern.
- h) Die Begutachtung durch einen Sachverständigen kann frühestens ein Jahr nach dem Unfall erfolgen – es sei denn, die Unfallfolgen stehen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest.
- i) Im Fall, dass die versicherte Person nach Erhalt einer Direktleistung innerhalb eines Jahres aufgrund der Folgen desselben Unfalls verstirbt, der auch die Direktleistung ausgelöst hatte, wird eine etwaige Todesfallleistung um die bereits ausgezahlte Direktleistung reduziert. Eine Rückforderung, sofern die Direktleistung höher als eine vereinbarte Todesfallleistung war, ist nicht vorgesehen.
- j) Verletzungskatalog:

Leistung in % der Dauerinvaliditäts- Grundsumme

Bei völligem Verlust (Amputation)

- eines Daumens	20%
- eines Zeigefingers	10%
- eines Mittelfingers	5%
- eines anderen Fingers	5%
- einer großen Zehe	5%
- einer anderen Zehe	2%
- der Milz	10%
- einer Niere	20%

Bei Bruch (Fraktur)

- eines Ellbogengelenkes	5%
- eines Handgelenkes	6%
- eines Hüftgelenkes	7%

- eines Kniegelenkes	6%
- eines Innenknöchels	4%
- eines Außenknöchels	4%
- eines Oberarmknochens	5%
- eines Oberschenkelknochens	6%
- eines Schlüsselbeines	4%
- eines Halswirbels	8%
- eines Brustwirbels	5%
- eines Lendenwirbels	8%

Bei vollständigem Riss oder vollständiger Durchtrennung (Ruptur)

- eines Kreuzbandes im Knie	7%
- eines Seitenbandes im Knie	4%
- eines Meniskus (auch Einriss)	2%
- einer Achillessehne	4%
- eines Bandes im Fußgelenk	4%

## § 9 Unfallrente

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Für die Voraussetzungen und die Bemessung der Invalidität gelten die Bestimmungen des § 8 Pkt. 1 bis 7.

1. Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 50%, wird die volle vereinbarte Unfallrente gezahlt. Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35%, aber weniger als 50%, so wird die halbe vereinbarte Unfallrente gezahlt. Für Invaliditätsgrade unter 35% wird keine Leistung erbracht.
2. Kein Anspruch auf Unfallrente besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Verstirbt sie danach, aber vor der Bemessung der Invalidität, kommt § 8 Pkt. 8 b zur Anwendung.
3. Soweit die Invalidität nach § 8 Pkt. 2 (Gliedertaxe) zu bemessen ist, wird ausschließlich die Grundgliedertaxe herangezogen. Erhöhte Gliedertaxenwerte gelten nicht. Die Spezialgliedertaxe für Heilberufe nach § 8 Pkt, 2 b – sofern mitversichert - kommt daher bei der Unfallrente nicht zur Anwendung. Ebenso bleibt eine eventuell vereinbarte Progression im Invaliditätsfall (§ 8 Pkt. 9 b und c) für die Feststellung der Höhe der Unfallrenten-Leistung unberücksichtigt.
4. Sinkt aufgrund einer Neubemessung nach § 8 Pkt. 7 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% bzw. 35%, wird die Unfallrente auf die Hälfte reduziert bzw. entfällt ganz. Die Herabsetzung bzw. der Entfall der Unfallrente wird mit dem Ende des Monats wirksam, in dem Sie die Mitteilung darüber vom Versicherer erhalten. Die Frist für die Neubemessung des Invaliditätsgrades nach § 8 Pkt. 7 verlängert sich bei Kindern, die am Unfalltag das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, von vier auf fünf Jahre nach dem Unfall.
5. Die Unfallrente wird monatlich in gleichbleibender Höhe gezahlt (die konkrete Höhe der Unfallrente entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze). Sie wird rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, gezahlt, danach monatlich im Voraus.
6. Die Unfallrente wird bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt, geleistet.
7. Rentengarantie: Stirbt die versicherte Person innerhalb der ersten 20 Jahre ab Rentenzahlungsbeginn, wird die monatliche Rente an die für diesen Fall vom Rentenbezieher als bezugsberechtigter genannte Person weiter gezahlt; längstens für 20 Jahre ab Rentenzahlungsbeginn.
8. Der Versicherer wird die Rentenzahlung auf ein in Österreich geführtes Bankkonto überweisen. Der Versicherer kann jederzeit verlangen, dass ein amtlicher Nachweis vorgelegt wird, dass die

versicherte Person am Fälligkeitstag der Rentenzahlung gelebt hat. Zu Unrecht empfangene Rentenzahlungen müssen an den Versicherer zurückgezahlt werden.

9. Kapitalabfindung: Der Versicherungsnehmer hat das Recht, statt der vereinbarten Rentenzahlung eine Kapitalabfindung zu beantragen. Der Antrag ist vor dem Rentenbeginn zu stellen. Die Kapitalabfindung wird vom Versicherer nach versicherungsmathematischen Grundlagen ermittelt.

## **§ 10 Unfalltod**

Soweit nicht anders vereinbart, gilt:

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles (§ 6) ein, so wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt. (Die Höhe der versicherten Summe entnehmen Sie bitte Ihrer Police.)
2. Auf die Todesfalleistung werden Zahlungen angerechnet, die für die dauernde Invalidität, Unfallrente und Soforthilfe aus demselben Ereignis geleistet wurden. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 18 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt (gemäß Begräbniskosten-Verordnung der FMA).

## **§ 11 Spitalgeld**

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Spitalgeld wird gezahlt für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles (§ 6) in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken. Dazu zählen auch: Reha-Zentren der Sozialversicherung, Werkspitäler und Krankenreviere der Exekutive. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner private Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.
2. Spitalgeld wird für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt. Die Höhe des Spitalgeldes pro Tag entnehmen Sie bitte Ihrer Police.

## **§ 12 Taggeld**

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Das Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für jeden Kalendertag einer unfallbedingten (§ 6) vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person gezahlt, sofern sie diesen nicht in einem Spital (lt. § 11 Pkt. 1) verbringen muss, längstens für 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag.

Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bemisst sich nach der Fähigkeit der versicherten Person, ihrem bis zu dem Unfall ausgeübten Beruf weiter nachzugehen. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles arbeitslos, bemisst sich die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nach der allgemeinen Fähigkeit der versicherten Person, Arbeit zu leisten.

Der Beginn der Taggeldzahlung kann hinausgeschoben werden (Karenzfrist).



Die Höhe des Taggeldes pro Tag und eine etwaig vereinbarte Karenzfrist entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.

### **§ 13 Soforthilfe**

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Erleidet die versicherte Person durch einen Unfall im Sinne des § 6 eine der nachfolgend genannten schweren Verletzungen, so wird die Soforthilfe in der vereinbarten Höhe gezahlt, sofern die versicherte Person nicht innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall verstirbt. (Die vereinbarte Höhe der Soforthilfe entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.)

Als schwere Verletzungen gelten:

- Querschnittslähmung durch Schädigung des Rückenmarks
- Amputation von mindestens einem ganzen Fuß oder einer ganzen Hand
- Schädelhirnverletzung mit einer zweifelsfrei nachgewiesenen Hirnprellung (Kontusion) oder Hirnblutung
- schwere Mehrfachverletzung entweder
  - Frakturen von zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßenabschnitten (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder
  - gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
  - eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
    - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen
    - Fraktur des Beckens
    - Fraktur der Wirbelsäule
    - gewebezerstörender Schaden an einem inneren Organ.
- Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche
- Erblindung auf beiden Augen

Eine schwere Verletzung ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall inklusive eines ärztlichen Attestes geltend zu machen. Das Vorliegen einer unfallbedingten schweren Verletzung muss durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten Bericht nachgewiesen werden.

### **§ 14 Knochenbruch-Trostpflaster**

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Wenn die versicherte Person auf Grund eines Unfalls nach § 6 einen oder mehrere Knochenbrüche erleidet, wird pro Versicherungsfall – unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen – einmalig ein Betrag in Höhe von € 500 ausgezahlt (außer Zehen, Finger oder Nase).

Bei Zehen, Fingern oder der Nase beträgt die Leistung einmalig € 250 pro Versicherungsfall – unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen.

Bei mitversicherten Kindern ist die Verletzung einer Wachstumsfuge einem Knochenbruch nach Absatz 1 bzw. 2 gleichgestellt.

Treffen Knochenbrüche nach Absatz 1 und 2 zusammen (z.B. Nasenbruch und gleichzeitig Oberschenkelbruch) wird einmalig der höhere Betrag gezahlt.

Das Vorliegen eines Knochenbruchs muss durch einen objektiven, am Stand der medizinischen Erkenntnisse orientierten Bericht nachgewiesen werden.



## § 15 Freizeitdoppel

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Erleidet die versicherte Person einen Freizeitunfall und wird nach diesen Bedingungen eine Dauerinvalidität festgestellt, verdoppelt sich für die Berechnung der Invaliditätsleistung die vereinbarte Dauerinvaliditäts-Grundsumme.

Von der Verdoppelung ist – sofern mitversichert - der Megaschutz (vgl. § 8 Pkt. 9d) ausgenommen. Bei Ermittlung des Dauerinvaliditätsgrades wird die Grundgliedertaxe (§ 8 Pkt. 2a) herangezogen. Die Spezialgliedertaxe für Heilberufe (§ 8 Pkt. 2 b) – sofern mitversichert - findet hier keine Anwendung.

Das Freizeitdoppel kann nur von Berufstätigen abgeschlossen werden, die der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegen. Der Entfall der gesetzlichen Unfallversicherung ist dem Versicherer so rasch wie möglich zu melden (siehe dazu auch § 26).

## § 16 Unfallkostenpakete

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Je nach gewähltem Unfallkostenpaket sind die nachfolgend beschriebenen Unfallkosten bis zu jenem Umfang gedeckt, der in Pkt. 4 bzw. 5 beschrieben ist. (Die gewählte Paket-Variante entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.)
2. Pro Versicherungsfall werden im Rahmen der hierfür vereinbarten Versicherungssummen nur nachgewiesene Unfallkosten (Vorlage von Belegen) ersetzt, sofern diese innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen, und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Dritten (z.B. Haftpflichtversicherer) Ersatz geleistet wird.
3. Die Unfallkosten sind:

a) Heilkosten

Gezahlt werden Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren, bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zur Erstbehandlung, der **erstmaligen** Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes, sowie anderer nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Die Kosten für Anwendungen der **traditionellen chinesischen Medizin** (TCM) zur Behebung der Unfallfolgen werden bis maximal 25% der vereinbarten Versicherungssumme auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

Zusätzlich gedeckt sind bis zur vereinbarten Versicherungssumme die Kosten für eine notwendige Behandlung in der Druckausgleichskammer infolge eines versicherten Tauchunfalles.

Nicht ersetzt werden: Kosten für Bade- und Erholungsreisen und –aufenthalte; Kosten der Reparatur oder für die Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe; Fahrtkosten sowie Kosten für die Unterbringung in der Sonderklasse in allgemeinen öffentlichen Spitälern bzw. Krankenanstalten.

Behandlung durch einen Privatarzt im Rahmen der Heilkosten

Die versicherte Person kann wählen, ob sie in einem Privatkrankenhaus oder öffentlichen Krankenhaus, beim Kassenarzt oder beim Privatarzt wegen der Folgen einer Unfallverletzung behandelt wird. Privatarztkosten werden allerdings nur bis zur dafür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt und auf die für die Heilkosten vereinbarte Versicherungssumme angerechnet.

b) Kosten für eine kosmetische Operation zur Behebung von Unfallfolgen

Hat sich die versicherte Person einer kosmetischen Operation unterzogen, um eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes zu beheben, so erstattet der Versicherer die nachgewiesenen Kosten für Arzthonorare, sonstige Operationskosten sowie notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus im Rahmen der dafür vereinbarten Versicherungssumme. Erstattete Kosten werden auf die für die Heilkosten vereinbarte Versicherungssumme angerechnet.

Nicht ersetzt werden die Kosten für die Unterbringung in der Sonderklasse in allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern und Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes.

c) Schmerzensgeld

Wenn sich die versicherte Person infolge eines Versicherungsfalles in stationäre Behandlung begeben muss und dieser Krankenhausaufenthalt ununterbrochen zumindest 15 Kalendertage andauert, wird einmalig die für Schmerzensgeld vereinbarte Summe geleistet. Der Betrag wird auf die für die Heilkosten vereinbarte Versicherungssumme angerechnet.

d) Nur bei Unfallkostenpaket 2: Reha- oder Kur-Zuschuss

Unterzieht sich die versicherte Person auf Grund eines Versicherungsfalles einer vom Sozialversicherungsträger bewilligten Kur oder absolviert sie einen vom Sozialversicherungsträger bewilligten stationären Rehabilitationsaufenthalt, werden einmalig € 500 gezahlt. Für eine ambulante Reha wird keine Leistung fällig. Ist gleichzeitig Spitalgeld versichert, wird dieses zusätzlich zum Reha-Zuschuss gezahlt. Der Zuschuss wird auf die für die Heilkosten vereinbarte Versicherungssumme angerechnet.

#### 4. Unfallkostenpaket 1

Pro Versicherungsfall steht eine Versicherungssumme bis maximal € 20.000 zur Verfügung.

Im Rahmen dieser Summe können die nachfolgenden Kosten bzw. Leistungen in Anspruch genommen werden:

- Heilkostenersatz – ganze Versicherungssumme ist ausschöpfbar
- Kosten für kosmetische Operationen bis € 10.000
- Privatarztkosten bis € 7.000
- Schmerzensgeld € 5.000

Die Summe aller in Anspruch genommenen Kosten bzw. Leistungen ist mit € 20.000 begrenzt.

#### 5. Unfallkostenpaket 2

Pro Versicherungsfall steht eine Versicherungssumme bis maximal € 40.000 zur Verfügung.

Im Rahmen dieser Summe können die nachfolgenden Kosten bzw. Leistungen in Anspruch genommen werden:

- Heilkostenersatz – ganze Versicherungssumme ist ausschöpfbar
- kosmetische Operationen bis € 20.000
- Privatarztkosten bis € 10.000
- Schmerzensgeld € 10.000
- Kur- oder Reha-Zuschuss: € 500

Die Summe aller in Anspruch genommenen Kosten bzw. Leistungen ist mit € 40.000 begrenzt.

### Prämienfreie Leistungen

#### § 17 **Prämienbefreiung bei Arbeitslosigkeit**

Wenn die versicherte Person beim Arbeitsmarktservice (AMS) als arbeitslos gemeldet wird, besteht ab Meldung der Arbeitslosigkeit Anspruch auf Prämienfreistellung, sofern die Meldung an den Versicherer in

Schriftform und unter Vorlage eines entsprechenden amtlichen Nachweises erfolgt, aus dem Beginn und Dauer der Arbeitslosigkeit hervorgehen.

Während der Dauer der Prämienbefreiung besteht voller Versicherungsschutz für die im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen.

Der Anspruch auf Prämienbefreiung erlischt mit dem Ende der Arbeitslosigkeit und ist zeitlich pro Fall auf die Dauer von maximal sechs Monaten und insgesamt auf die Dauer von 12 Monaten seit Vertragsbeginn beschränkt.

Diese Prämienfreistellung können nur erwachsene versicherte Personen in Anspruch nehmen, nicht mitversicherte Kinder. (Eine etwaige nicht volljährige versicherte Person im Rahmen einer Einzelunfallversicherung ist hier ausnahmsweise einem Erwachsenen gleichgestellt.)

### **§ 18 Prämienbefreiung ab dem 43. Tag vollständiger Arbeitsunfähigkeit**

Wird die versicherte Person auf Grund einer Krankheit oder eines Unfalles in ihrem Beruf oder ihrer Beschäftigung vorübergehend vollständig arbeitsunfähig und dauert diese vollständige Arbeitsunfähigkeit zumindest 42 Tage ununterbrochen an, besteht ab dem 43. Tag der vollständigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit Anspruch auf Prämienfreistellung ab Meldung an den Versicherer.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, vollständig außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann.

Bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf Prämienbefreiung.

Auch besteht dann kein Anspruch auf Prämienbefreiung, wenn die Krankheit oder die Körperverletzung

- infolge eines Ausschlussstatbestandes gemäß § 23 dieser Bedingungen hervorgerufen wurde oder verursacht wurde
- durch Medikamenten-, Alkohol- oder Suchtgiftmisbrauch, wobei Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind;
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch ärztlich nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.

Schwangerschaft und die Folgen von normalen Entbindungen gelten nicht als anspruchsbegründende Krankheit.

Voraussetzung für die Durchführung der Prämienfreistellung ist die Meldung in Schriftform an den Versicherer, unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises, ausgestellt vom behandelnden Arzt, aus dem Beginn, Dauer und Art der Erkrankung oder Körperverletzung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit sowie deren Ursache hervorgehen.

Während der Dauer der Prämienbefreiung besteht **voller Versicherungsschutz** für die im Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen.

Die Prämienbefreiung erlischt mit Ende der vollständigen Arbeitsunfähigkeit und ist insgesamt auf die Dauer von **sechs Monaten seit Vertragsbeginn** beschränkt.

Diese Prämienfreistellung können nur erwachsene versicherte Personen in Anspruch nehmen, nicht mitversicherte Kinder. (Eine etwaige nicht volljährige versicherte Person im Rahmen einer Einzelunfallversicherung ist hier ausnahmsweise einem Erwachsenen gleichgestellt.)

### **§ 19 Prämienbefreiung bei Elternkarenz, Pflegekarenz, Präsenz- u. Zivildienst**

Nimmt die versicherte Person die gesetzliche Eltern- bzw. Pflegekarenz in Anspruch oder wird die versicherte Person zum Präsenz- bzw. Zivildienst eingezogen, besteht ab Meldung beim Versicherer Anspruch auf Prämienfreistellung. Voraussetzung für die Prämienfreistellung ist, dass die Meldung an den Versicherer in Schriftform und unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises erfolgt, aus dem Beginn und Dauer der Karenz bzw. des Präsenz- und Zivildienstes hervorgehen.

Erreicht der Versicherungsvertrag aufgrund ordentlicher Kündigung des Versicherungsnehmers jedoch keine Gesamtlauzeit von zumindest 10 Jahren, so kommt es bei Vertragsbeendigung zu einer Prämiennachverrechnung.

Während der Dauer der Prämienbefreiung besteht voller Versicherungsschutz für die im zu Grunde liegenden Versicherungsvertrag vereinbarten Leistungen.

Der Anspruch auf Prämienbefreiung erlischt mit dem Ende der Karenz bzw. des Präsenz- bzw. Zivildienstes und ist zeitlich insgesamt auf die Dauer von 12 Monaten seit Vertragsbeginn beschränkt.

Diese Prämienfreistellung können nur erwachsene versicherte Personen in Anspruch nehmen, nicht mitversicherte Kinder. (Eine etwaige nicht volljährige versicherte Person im Rahmen einer Einzelunfallversicherung ist hier ausnahmsweise einem Erwachsenen gleichgestellt.)

### **§ 20 Begleitpersonen-Kostenersatz im Rahmen der Familien- bzw. Alleinerzieher-Unfallversicherung**

Wird ein versichertes Kind wegen eines Unfalles (§ 6) zur Heilbehandlung stationär in einem Spital (lt. Definition in § 11 Pkt. 1) aufgenommen, werden für die ersten 14 Tage die Kosten für eine erwachsene Begleitperson maximal bis insgesamt € 5.000,- gezahlt.

Es werden nur nachgewiesene Begleitkosten (Vorlage von Belegen), ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Dritten (z.B. Haftpflichtversicherer) Ersatz geleistet wird.

### **§ 21 entfällt**

### **§ 22 Fälligkeit der Leistung und Verjährung**

1. Der Versicherer ist verpflichtet innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistung anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die die anspruchsberechtigte Person zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens dem Versicherer vorzulegen hat. Unterbleibt die Vorlage der vom Versicherer zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen, wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.
2. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch auch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Erfüllungsort für die Leistung ist die Generaldirektion der GARANTA in Salzburg.

4. Steht die Leistungspflicht des Versicherers fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Versicherungsfall-Anzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.
5. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ und „Unfallrente“ ist überdies § 8 Pkt. 6 und 7 zu beachten.
6. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG (s. Anhang 1).

## **Abschnitt D: Begrenzung des Versicherungsschutzes**

### **§ 23 Ausschlüsse**

Der Versicherungsschutz umfasst nicht Unfälle und sonstige Leistungsfälle:

1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten, weiters bei jeglichem Fahren auf Rennstrecken und Motocross-Strecken, entstehen.
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob- bzw. Schibobfahrens oder Rodelns sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.
4. beim alpinen Klettern über Schwierigkeitsgrad 6 nach UIAA (Union Internationale des Associations d'Alpinisme) und Klettersteiggehen über Schwierigkeitsgrad C.
5. die sich bei der Ausübung **risikoreicher Freizeitaktivitäten** ereignen; dazu zählen insbesondere Sporttauchen über 40m, Apnoetauchen, Eis- und Höhlentauchen, Rafting, Canyoning, Hydrospeed, Freeclimbing, Eisklettern, Kampfsportarten, Skeleton, Heli-Skiing, Paraboarding, Fallschirmspringen, Paragleiten, Drachenfliegen, Segelfliegen, Ballonfahren, Parasailing, Kitesurfen, Bungeejumping, Wingsuit-Fliegen, Inline-Skating in Halfpipes, Skateparks und Skatehallen, Teilnahme an Expeditionen, motorsportliche Fahrten sowie
  - o als schwer einzustufende Mountainbike-Fahrten (Schwierigkeitsgrad über S 2 nach der von Carsten Schymik, Harald Philipp und David Werner erstellten „Singletrail-Skala (STS)“ Version 1.4 aus 2008 (veröffentlicht unter [www.singletrail-skala.de](http://www.singletrail-skala.de)))\*; sofern auf einer Strecke verschiedene Schwierigkeitsgrade auftreten, gilt für die gesamte Strecke der jeweils höchste Schwierigkeitsgrad),  
\*) „Im Schwierigkeitsgrad 2 muss man mit größeren Wurzeln und Steinen rechnen. Der Boden ist häufig nicht verfestigt. Stufen und flache Treppen sind zu erwarten. Oftmals kommen enge Kurven vor, die Steilheit beträgt Passagenweise bis zu 70%“ (Schymik/Philipp/Werner, Singletrail-Skala (STS), Version 1.4., 2008, [www.singletrail-skala.de](http://www.singletrail-skala.de)).
  - o Mountainbike-Downhill-Fahrten auf dafür ausgewiesenen Strecken,
  - o Teilnahme an Mountainbike-Wettbewerben aller Art (z.B. Marathon, Crosscountry, Dirt Jump, Four Cross, Trial) samt dazugehörigen Trainingsfahrten,

und ähnlich risikoreiche Freizeitaktivitäten.

**Ausnahme:** Unfälle der versicherten Person infolge der Ausführung einer risikoreichen Freizeitaktivität im Rahmen einer Urlaubsreise (Hauptzweck der Reise darf jedoch nicht die risikoreiche Freizeitaktivität selbst sein); Versicherungsschutz besteht auch, wenn die risikoreiche Freizeitaktivität nur ein einziges Mal bzw. nur wegen eines besonderem Anlasses ausgeführt wird.

6. die sich bei der Sportausübung (inklusive Training) gegen Entgelt ereignen. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält. Die Entgeltlichkeitsgrenze bestimmt sich nach § 49 Abs. 3 Z 28 ASVG iVm § 3 Abs. 1 Z 16c EStG 1988 und beträgt Stand Jänner 2023 € 720,00 pro Monat. Als Entgelt gilt auch eine Förderung durch die österreichische Sporthilfe.
7. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist.
8. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen zusammenhängen.  
Ausnahme: Unfälle auf Reisen im Ausland, wenn die versicherte Person überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird und es ihr trotz aller zumutbaren Bemühungen unmöglich ist, das Kriegsgebiet zu verlassen.  
Der Versicherungsschutz erlischt in so einem Fall am Ende des 21. Tages nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.  
Diese Ausnahme gilt nicht
  - bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
  - für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
  - für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen.
9. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
10. die mittelbar oder unmittelbar
  - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
  - durch Kernenergie oder
  - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes in der jeweils gültigen Fassung verursacht werden (außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren);
11. der versicherten Person infolge einer Bewusstseinsstörung, die durch Alkohol, Suchtgifte oder missbräuchliche Verwendung von Medikamenten oder durch eine schwere psychische Störung verursacht wurde.  
Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.  
Ausnahme: Der Versicherungsschutz umfasst jedoch Unfälle, bei denen die Bewusstseinsstörung auf den Einfluss von Alkohol zurückzuführen ist, sofern die Blutalkoholkonzentration bei der versicherten Person im Unfallzeitpunkt als Lenker eines motorisierten Fahrzeuges nicht mehr als 0,8‰, bei sonstigen Unfällen nicht mehr als 1,3‰ beträgt. Eine Verweigerung des Alkoholtests wird einer alkoholbedingten Bewusstseinsstörung über 0,8‰ bzw. 1,3‰ Blutalkohol gleichgesetzt.
12. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

## § 24 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigungen oder Tod) erbracht. Darüber hinaus gilt, wenn nichts anderes vereinbart ist:

1. 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 § 8 Pkt. 2 und 3 bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte



oder abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades - ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens - zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 40 % beträgt.

Sofern die versicherte Person am Unfalltag das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden die Leistungen und der Invaliditätsgrad nicht gekürzt.

Sofern die versicherte Person am Unfalltag das 65. Lebensjahr vollendet hat, werden die Leistungen und der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens vermindert, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.

3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung vom Versicherer 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.
4. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkungen auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
5. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende direkte mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

## **Abschnitt E: Pflichten des Versicherungsnehmers**

### **§ 25 Prämien**

1. Die erste Prämie einschließlich Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien einschließlich Versicherungssteuer sind zu dem vereinbarten Fälligkeitstermin zu entrichten.
2. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer gleichwohl mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie, sofern der Vertrag nicht aufgelöst wird. Die nach der ersten Prämienrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Ratenvereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.
3. Die Übermittlung Ihrer Prämien erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Prämienzahlung genügt es, wenn Sie termin- oder fristgerecht alles getan haben, damit die Prämie bei uns eingeht
4. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe bitte Anhang 1).



## **§ 26 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person sowie besonders gefährliche Freizeitaktivitäten**

Nachfolgende Anzeigepflichten werden als Obliegenheiten vereinbart:

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung, oder im Antrag anzugebender besonders gefährliche 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 gefährliche Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif

- eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu zahlen.
- eine höhere Prämie, so besteht auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht voller Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer dem höheren Risiko angepassten Prämie, die ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung zu entrichten ist (auch rückwirkend). Hierzu wird Ihnen der Versicherer nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Sie als Versicherungsnehmer sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Änderungsvorschlags des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die vom Versicherer vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung. Der Versicherer wird Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen hinweisen: Prämienenerhöhung oder Vertragsbeendigung.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährliche Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen im Versicherungsvertrag berechneten Prämien ergeben.

Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten (siehe dazu bitte auch § 23) in dem den Vertrag zugrundeliegenden Tarif grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung, s. Anhang 1) Anwendung.

## **§ 26 a Anzeige der Verlegung des Hauptwohnsitzes**

Nachfolgende Anzeigepflichten werden als Obliegenheiten vereinbart:

1. Verlegung des Hauptwohnsitzes ins Ausland  
(zur Definition ‚Hauptwohnsitz‘ siehe § 1 des österr. Meldegesetzes – beiliegend im Anhang 1.)

Der Versicherungsschutz für die versicherte Person ist von einem Hauptwohnsitz in Österreich abhängig. Sobald kein Hauptwohnsitz mehr in Österreich besteht, erlischt der Versicherungsschutz automatisch, zu diesem Zeitpunkt entfällt auch die Prämienzahlungsverpflichtung.

Der Versicherungsnehmer ist daher verpflichtet dem Versicherer, eine Verlegung des Hauptwohnsitzes\* ins Ausland so rasch wie möglich anzuzeigen.

Der Versicherungsvertrag wird zum nächsten Monatsersten nach dem Bekanntwerden der Hauptwohnsitzverlegung storniert. Wird die Verlegung erst nachträglich bekanntgegeben, erfolgt die

Stornierung zum nächsten Monatsersten nach tatsächlicher Verlegung, zwischenzeitlich bezahlte Prämien werden zurückgezahlt.

Sollte bei einer Partner-, Familien- oder Alleinerzieher-Unfallversicherung eine mitversicherte Person ihren Hauptwohnsitz ins Ausland verlegen, ist dies ebenfalls vom Versicherungsnehmer dem Versicherer so rasch wie möglich anzuzeigen. Sobald für die mitversicherte Person kein Hauptwohnsitz mehr in Österreich besteht, erlischt für diese Person der Versicherungsschutz automatisch.

Der Versicherungsnehmer kann beantragen, dass der Versicherungsschutz für die im Inland verbliebenen Personen im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten angepasst wird. Der Versicherer wird einen Weiterversicherungsvorschlag übermitteln.

## 2. Verlegung des Hauptwohnsitzes innerhalb von Österreich

(zur Definition ‚Hauptwohnsitz‘ siehe § 1 des österr. Meldegesetzes – beiliegend im Anhang 1.)

Die Prämienhöhe für diesen Versicherungsvertrag ist abhängig vom Bundesland, in dem die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz hat. Wird der Hauptwohnsitz in ein anderes Bundesland verlegt, kann sich die Prämie erhöhen, reduzieren oder gleich bleiben.

Der Versicherungsnehmer ist daher verpflichtet dem Versicherer, eine Verlegung des Hauptwohnsitzes so rasch wie möglich anzuzeigen.

Ergibt sich für den neuen Hauptwohnsitz nach dem diesem Vertrag zugrundeliegenden Tarif:

- eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu zahlen.
- eine höhere Prämie, so besteht auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für den neuen Hauptwohnsitz der volle Versicherungsschutz. Danach besteht voller Versicherungsschutz nur bei Zahlung der angepassten Prämie, die ab dem Zeitpunkt der Hauptwohnsitzverlegung zu entrichten ist (auch rückwirkend). Hierzu wird Ihnen der Versicherer nach Meldung der Hauptwohnsitzverlegung einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Änderungsvorschlags des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die vom Versicherer vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Hauptwohnsitzverlegung. Der Versicherer wird Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen hinweisen: Prämienhöhung oder Vertragsbeendigung.

Tritt nach Ablauf der drei Monate ein Versicherungsfall ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für den neuen Hauptwohnsitz erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämien ergeben.

Sollte bei einer Partner-, Familien- oder Alleinerzieher-Unfallversicherung eine mitversicherte Person ihren Hauptwohnsitz in ein anderes Bundesland verlegen, ist dies ebenfalls vom Versicherungsnehmer dem Versicherer so rasch wie möglich anzuzeigen. Mit Verlegung des Hauptwohnsitzes erlischt für diese Person der Versicherungsschutz zur nächsten Hauptfälligkeit automatisch.

Der Versicherungsnehmer kann beantragen, dass der Versicherungsschutz für die verbliebenen versicherten Personen im Rahmen der tariflichen Möglichkeiten angepasst wird. Der Versicherer wird einen Weiterversicherungsvorschlag übermitteln.

## **§ 27 Obliegenheiten**

### 1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:

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

- dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung nach österreichischem Recht, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
- die Anzeigepflichten nach § 26 (Anzeige einer Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung, Anzeige einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität) und § 26a (Anzeige der Hauptwohnsitzverlegung).

## 2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (s. Anhang 1) bewirkt, werden bestimmt:

- a) Ein Unfall bzw. die weiters vom Versicherungsschutz umfassten Ereignisse bzw. Krankheiten (§ 6) sind dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb einer Woche, in Schriftform anzuzeigen.
  - b) Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
  - c) 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.
  - d) Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
  - e) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
  - f) Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
  - g) Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital (§ 11 1.) eingewiesen wird, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung inklusive Diagnose zuzusenden.
  - h) Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten oder Assistenzleistungen sind dem Versicherer die Belege zu überlassen.
3. Eine zusätzliche Meldepflicht bei der Familien- und Alleinerzieher-Unfallversicherung besteht für den Fall, dass die Familienbeihilfe für ein mitversichertes Kind entfällt (siehe § 7 Punkt 7).

## **§ 28 Vorvertragliche Anzeigepflicht**

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht).
2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, vom Versicherungsnehmer oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, kann der Versicherer binnen drei Jahren seit Vertragsschluss vom Vertrag zurücktreten, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten drei Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Den Rücktritt kann der Versicherer aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn er von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatte. Wenn dem Versicherer nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben nicht schuldhaft gemacht worden sind, wird der Rücktritt des Versicherers gegenstandslos. Hat der Versicherer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, so bleibt dessen Leistungspflicht bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände

keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt haben.

4. Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst oder gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so kann der Versicherer gegenüber dem Versicherten die Anfechtung erklären, auch wenn der Versicherte von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatte.
5. Die Absätze 1 bis 4 gelten bei einer Änderung, bei der die Leistungspflicht des Versicherers erweitert wird oder Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Dreijahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teiles neu zu laufen.
6. Sofern dem Versicherer keine andere Person als Bevollmächtigten benannt wurde, gilt nach dem Ableben des Versicherungsnehmers ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so kann der Versicherer den Inhaber/die Inhaberin der Originalpolizze zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

## Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen

### § 29 Versicherungsperiode, Vertragsdauer und Verlängerung

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, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer. Die Vertragslaufzeit verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen Monat vor Ablauf vom Versicherungsnehmer oder dem Versicherer in Schriftform gekündigt wird. (Ausnahme für über 65-Jährige bzw. über 75-Jährige siehe unter Pkt. 3 und 4). Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit unter Beachtung der vorerwähnten Frist von einem Monat zur Verfügung.

Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit darüber informieren wird, dass dieser den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann; dabei wird der Versicherer auch auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die oben angeführten Regelungen.

3. Versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben

Die unter Pkt. 2 beschriebene automatische Verlängerung des Versicherungsvertrages ist nicht mehr möglich, sobald die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat. Die Versicherbarkeit nach dem bisherigen Unfalltarif endet automatisch zur nächsten Hauptfälligkeit.

Auf Antrag kann die betroffene Person auf einen zu diesem Zeitpunkt gültigen Unfalltarif für Personen ab Alter 65 umgestellt werden. Bei Verträgen mit mehreren versicherten Personen ist eine Umstellung auch innerhalb des Mitversicherungsverbandes auf den neuen Unfalltarif möglich. Ein Recht auf Umstellung besteht jedoch nicht.

Der Unfalltarif für Personen ab Alter 65 kann bis zur Vollendung des 75. Lebensjahres fortgeführt werden.

Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der Versicherbarkeit und über die Möglichkeiten der Weiterversicherung informieren.

4. Versicherte Personen, die das 75. Lebensjahr vollendet haben

Die unter Pkt. 2 beschriebene automatische Verlängerung des Versicherungsvertrages ist nicht mehr möglich, sobald die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet hat. Die Versicherbarkeit nach dem bisherigen Unfalltarif endet automatisch zur nächsten Hauptfälligkeit.

Auf Antrag kann die betroffene Person auf einen zu diesem Zeitpunkt gültigen Unfalltarif für Personen ab Alter 75 umgestellt werden. Bei Verträgen mit mehreren versicherten Personen ist eine Umstellung auch innerhalb des Mitversicherungsverbandes auf den neuen Unfalltarif möglich. Ein Recht auf Umstellung besteht jedoch nicht.

Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf über den Ablauf der Versicherbarkeit und über die Möglichkeiten der Weiterversicherung informieren.

### **§ 30 Kündigung bzw. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles, Erlöschen des Vertrages**

Das Versicherungsverhältnis kann bis zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform vom Versicherungsnehmer gekündigt werden.

1. Kündigung nach dem Eintritt des Versicherungsfalles

a) Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag per sofort, jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen

- wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.
- nach Anerkennung dem Grunde nach und nach erbrachter Versicherungsleistung.
- nach Entscheidung des Schiedsgutachters und nach Rechtskraft eines Gerichtsurteils.

b) Der Versicherer kann nach Eintritt des Versicherungsfalles den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat in Schriftform kündigen, wenn

- innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als ein Versicherungsfall eintritt und die Summe aus den Versicherungsleistungen das Dreifache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat in diesem Fall spätestens binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem die dreifache Jahresprämie durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist oder
- ein Versicherungsfall eintritt, zu dem der Versicherer eine Versicherungsleistung anerkannt hat, die das Fünffache der Jahresprämie jener Versicherungsperiode erreicht, in der der Versicherungsfall eingetreten ist. Die Kündigung hat in diesem Fall binnen eines Monats nach Anerkenntnis der Versicherungsleistung zu erfolgen.
- eine Versicherungsleistung wegen eines arglistig erhobenen Anspruchs abgelehnt wird.

2. Der Versicherungsvertrag erlischt mit dem Tod der versicherten Person.

3. Bei Kündigung und Erlöschen des Versicherungsvertrags steht dem Versicherer die anteilige Prämie bis zur Vertragsauflösung zu.

### **§ 31 Rechtstellung der am Vertrag beteiligten Personen**

1. Die Unfallversicherung kann abgeschlossen werden gegen Unfälle, die Ihnen als Versicherungsnehmer und versicherter Person zustoßen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75ff VersVG (s. Anhang 1) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen als Versicherungsnehmer zusteht.

2. 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 der Versicherungsnehmer den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
3. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und der Rettungspflicht verantwortlich.

### **§ 32 Gerichtsstand**

1. Gegen den Versicherer bestehende Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können bei dem für den Geschäftssitz des Versicherers örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Ist die Versicherung durch Vermittlung eines Versicherungsagenten zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte. Soweit gesetzlich ein Gerichtsstand vereinbart werden kann, gilt der Geschäftssitz des Versicherers als alleiniger Gerichtsstand vereinbart.
2. Der Versicherer kann Klagen gegen den Versicherungsnehmer (gem. § 14 KSchG) bei den für seinen Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

### **§ 33 Erklärungen**

1. Für alle Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers ist die geschriebene Form erforderlich, sofern und soweit nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Schriftform bedeutet das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder eine qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz. Für geschriebene Form ist keine Unterschrift oder qualifizierte elektronische Signatur erforderlich, wenn aus der Erklärung die Person des Erklärenden hervorgeht.
2. Hat der Versicherer mit dem Versicherungsnehmer ausdrücklich und gesondert eine elektronische Kommunikation gemäß § 5a VersVG vereinbart, so regelt diese die Form und die Übermittlung von Erklärungen.
3. Wenn sich der Versicherer auf die Unwirksamkeit einer nicht in der vereinbarten Schriftform abgegebenen Erklärung berufen will, so hat er dies dem Erklärenden unverzüglich nach dem Zugang der Erklärung mitzuteilen. Dem Erklärungsempfänger steht es dann frei, das Formgebrecen sodann binnen 14 Tagen durch Absendung einer schriftlichen Erklärung fristwährend zu beseitigen
4. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer eine Ablehnung, einen Rücktritt oder eine Anfechtung auch einem berechtigten Dritten gegenüber erklären.
5. Der Versicherungsnehmer kann jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Die Kosten dieser Abschriften hat der Versicherungsnehmer zu tragen und auf Verlangen vorzuschließen (siehe dazu die Information über Kosten und Gebühren gemäß § 35 oben).



### **§ 34 Wer erhält die Versicherungsleistung?**

1. Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringt der Versicherer an den Versicherungsnehmer oder an eine vom Versicherungsnehmer benannte Person oder, bei Ableben, an die Erben des Versicherungsnehmers, falls dem Versicherer keine andere Person benannt wurde (Bezugsberechtigter). Bis zum Ableben der versicherten Person können der Versicherungsnehmer das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
2. Der Versicherungsnehmer kann ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. Sobald der Versicherer die Erklärung des Versicherungsnehmers erhalten hat, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des vom Versicherungsnehmer Benannten aufgehoben werden.
3. Wenn der Versicherungsnehmer verfügungsberechtigt ist, kann dieser seinen Versicherungsvertrag abtreten, verpfänden und mit der Zustimmung des Versicherers auch vinkulieren.
4. Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Pkt. 1) sowie eine Vinkulierung, Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind, sind dem Versicherer gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn der Versicherungsnehmer dem Versicherer von dem bisherigen Berechtigten in Schriftform angezeigt worden ist. Der bisherige Berechtigte ist im Regelfall der Versicherungsnehmer; es können aber auch andere Personen sein, sofern der Versicherungsnehmer bereits vorher Verfügungen vorgenommen hat.

### **§ 35 Kosten und Gebühren, die gesondert in Rechnung gestellt werden**

1. Falls aus den des Versicherungsnehmers veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, kann der Versicherer die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten bzw. Gebühren als pauschalen Abgeltungsbetrag sowie Portospesen gesondert in Rechnung stellen (§ 41b VersVG) und zusätzlich zur Prämie einheben. Die jeweils aktuelle Höhe der Kosten und Gebühren kann der Versicherungsnehmer beim Versicherer erfragen oder auf Wunsch zugesandt erhalten. Anpassungen in Bezug auf Art und Höhe während der Vertragslaufzeit sind jederzeit möglich.
2. Weiters wird der Versicherer die gesetzlich vorgeschriebenen Abgaben verlangen.

### **§ 36 Geltendes Recht und Vertragsgrundlagen**

1. Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Republik Österreich Anwendung.
2. Vertragsgrundlagen sind die Polizze, der vereinbarte Tarif, die Versicherungsbedingungen, die in der Polizze vermerkten Besonderen Vereinbarungen und sonstige Polizzenbeilagen. Soweit nichts Abweichendes vereinbart ist, gelten die entsprechenden österreichischen gesetzlichen Bestimmungen, insbesondere des Versicherungsvertragsgesetzes, des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches und des Konsumentenschutzgesetzes.

### **§ 37 Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung – Wertanpassungsklausel (Indexklausel)**

1. Durch die konstante Wertanpassungsklausel wird festgelegt, dass die vereinbarten Versicherungssummen (Ausnahmen siehe bitte Pkt. 6) jährlich, jeweils am Jahrestag des Versicherungsbeginns, um drei Prozent erhöht werden. Die Prämien erhöhen sich entsprechend.
2. Der Versicherungsnehmer erhält vor dem Erhöhungstermin einen Erhöhungsnachtrag.



3. Die Erhöhung gilt als Vertragsbestandteil, wenn der Versicherungsnehmer nicht bis zum Ende des ersten Versicherungsmonats nach dem Erhöhungstermin widerspricht. Auf diese Rechtsfolge wird der Versicherungsnehmer anlässlich der Erhöhung schriftlich hingewiesen. Es gilt als Widerspruch, wenn die erhöhte Prämie nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin gezahlt wird. Wird einer Erhöhung zweimal hintereinander widersprochen, entfällt die Wertanpassung.
4. Der Versicherungsschutz für die jeweilige Erhöhung beginnt mit dem Erhöhungstermin.
5. Für Deckungsteile, deren Versicherungssummen die tariflich definierten Höchstsummen erreicht oder überschritten haben, finden keine Wertanpassungserhöhungen mehr statt.
6. Keine Wertanpassung erfolgt bei den Deckungsteilen
  - Unfallrente
  - Knochenbruch-Trostpflaster
  - Unfallkostenpakete 1 und 2 sowie
  - Assistance Leistungen (Aktiv-SchadenHilfe, Assistance-Selection, Reha-Assistance und Pflege-Assistance).Weiters unterliegen in der Grunddeckung enthaltene ‚Prämienfreie Leistungen‘ keiner Wertanpassung.

## Anhang 1

### Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) in derzeitiger Fassung

#### § 6

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung von Obliegenheiten 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 Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber – unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a – zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.
- (4) Eine Vereinbarung nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.
- (5) Der Versicherer kann aus 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.

#### § 12

- (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist, ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn 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 Bestimmungen 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 Anspruches gehindert ist, gehemmt.

### § 23

- (1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

### § 24

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.
- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

### § 25

- (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

### § 26

Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst wird.

### § 27

- (1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemeine bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

### § 28

- (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

### **§ 29**

Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, daß das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

### **§ 30**

Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

### **§ 38**

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

### **§ 39**

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen, zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie in 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 Vertragsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 3 nicht aus.

### **§ 39a**

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60,- € im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

#### **§ 41b**

Der Versicherer darf – vorbehaltlich des § 56 Abs. 3 ZaDiG 2018 – neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers veranlasst worden sind; die Vereinbarung davon abweichender Nebengebühren ist unwirksam.

#### **§ 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 die 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 verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten 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 Versicherten 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 ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

#### **§ 184**

- (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

## **KSchG**

### **§ 14**

- (1) Hat der Verbraucher im Inland seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder ist er im Inland beschäftigt, so kann für eine Klage gegen ihn nach den §§ 88, 89, 93 Abs. 2 und 104 Abs. 1 JN nur die Zuständigkeit des Gerichtes begründet werden, in dessen Sprengel der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung liegt; dies gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten, die bereits entstanden sind.
- (2) Das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit sowie der örtlichen Zuständigkeit des Gerichts ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Heilung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der sachlichen oder örtlichen Zuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.
- (3) Eine Vereinbarung, mit der für eine Klage des Verbrauchers gegen den Unternehmer ein nach dem Gesetz gegebener Gerichtsstand ausgeschlossen wird, ist dem Verbraucher gegenüber rechtsunwirksam.
- (4) Die Abs. 1 bis 3 sind insoweit zur Gänze oder zum Teil nicht anzuwenden, als nach Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anderes bestimmt ist.

## **Meldegesetz 1991**

### **§ 1**

- (1) Unterkünfte sind Räume, die zum Wohnen oder Schlafen benutzt werden.
- (2) Unterkunftgeber ist, wer jemandem, aus welchem Grunde immer, Unterkunft gewährt.
- (3) Beherbergungsbetriebe sind Unterkunftsstätten, die unter der Leitung oder Aufsicht des Unterkunftgebers oder eines von diesem Beauftragten stehen und zur entgeltlichen oder unentgeltlichen Unterbringung von Gästen zu vorübergehendem Aufenthalt bestimmt sind. Beaufsichtigte Camping- oder Wohnwagenplätze sowie Schutzhütten gelten als Beherbergungsbetriebe.
- (4) Wohnungen sind Unterkünfte, soweit es sich nicht um Beherbergungsbetriebe handelt. Fahrzeuge und Zelte gelten dann als Wohnung, wenn sie im Gebiet derselben Gemeinde länger als drei Tage als Unterkunft dienen.
- (5) Meldedaten sind sämtliche auf dem Meldezettel (§ 9), im Gästeverzeichnis (§ 10) oder auf der Hauptwohnsitzbestätigung (§ 19a) festgehaltenen personenbezogenen Daten, die Melderegisterzahl (ZMR-Zahl) sowie im Falle einer An- oder Ummeldung gemäß § 3 Abs. 1a auch die Anschrift des Unterkunftgebers, nicht jedoch die Unterschriften.
- (5a) Identitätsdaten sind die Namen, das Geschlecht, die Geburtsdaten (Ort, Datum, Bundesland, wenn im Inland gelegen, und Staat, wenn im Ausland gelegen), die Melderegisterzahl (ZMR-Zahl) und die Staatsangehörigkeit, bei Fremden überdies Art, Nummer, Ausstellungsbehörde und Ausstellungsdatum sowie der Staat der Ausstellung ihres Reisedokumentes.
- (6) Ein Wohnsitz eines Menschen ist an einer Unterkunft begründet, an der er sich in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen hat, dort bis auf weiteres einen Anknüpfungspunkt von Lebensbeziehungen zu haben.
- (7) Der Hauptwohnsitz eines Menschen ist an jener Unterkunft begründet, an der er sich in der erweislichen oder aus den Umständen hervorgehenden Absicht niedergelassen hat, diese zum Mittelpunkt seiner Lebensbeziehungen zu machen; trifft diese sachliche Voraussetzung bei einer Gesamtbetrachtung der beruflichen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebensbeziehungen eines Menschen auf mehrere Wohnsitze zu, so hat er jenen als Hauptwohnsitz zu bezeichnen, zu dem er das überwiegende Naheverhältnis hat.
- (8) Für den Mittelpunkt der Lebensbeziehungen eines Menschen sind insbesondere folgende Kriterien maßgeblich: Aufenthaltsdauer, Lage des Arbeitsplatzes oder der Ausbildungsstätte, Ausgangspunkt des Weges zum Arbeitsplatz oder zur Ausbildungsstätte, Wohnsitz der übrigen, insbesondere der minderjährigen Familienangehörigen und der Ort, an dem sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen, ausgebildet werden oder die Schule oder den Kindergarten besuchen, Funktionen in öffentlichen und privaten Körperschaften.
- (9) Obdachlos ist, wer nirgends Unterkunft genommen hat.