

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB)

FASSUNG 2024

Inhaltsverzeichnis

Artikel 1	Geltungsbereich der Versicherung; Versicherungsfall; Unfallbegriff
Artikel 2	Leistungsbausteine der Unfallversicherung
Artikel 3	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes
Artikel 4	Ausschlüsse vom Versicherungsschutz
Artikel 5	Versicherungsperiode; Prämie; Beginn und Voraussetzungen des Versicherungsschutzes; Sofortschutz (vorläufige Deckung)
Artikel 6	Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Artikel 7	Pflichten des Versicherungsnehmers während der gesamten Vertragsdauer
Artikel 8	Pflichten des Versicherungsnehmers vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles
Artikel 9	Fälligkeit der Leistung des Versicherers
Artikel 10	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten
Artikel 11	Vertragsdauer und Verlängerung; Ablaufkündigung
Artikel 12	Kündigung nach Versicherungsfall
Artikel 13	Form von Anzeigen und Erklärungen; Änderung der Anschrift
Artikel 14	Gerichtsstand
Artikel 15	Anwendbares Recht
Anhang	Gesetzliche Bestimmungen

Verweise auf gesetzliche Bestimmungen

Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) und des Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG), die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind im Anhang im vollen Wortlaut wiedergegeben.

Wichtig: Bitte lesen Sie alle Gesetzesstellen, die im Anhang abgedruckt sind, weil darauf in den folgenden Versicherungsbedingungen Bezug genommen wird.

Genderhinweis

Im Sinne einer verbesserten Lesbarkeit wurde auf geschlechtsspezifische Formulierungen verzichtet. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich der Text immer durchgehend auf sämtliche Geschlechtsidentitäten bezieht.

Begriffsbestimmungen

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG aG abschließt und ihr als Vertragspartner gegenübersteht.

Versicherte Person (Mitversicherte Person) ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Artikel 1 **Geltungsbereich der Versicherung; Versicherungsfall; Unfallbegriff**

1. Geltungsbereich und Versicherungsfall
 - Versicherungsschutz besteht weltweit, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.
 - Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls, der während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eintritt.
2. Begriff des Unfalls
 - 2.1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
 - 2.2. Als Unfall gelten auch
 - 2.2.1. plötzliche Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an den Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen infolge erhöhter Kraftanstrengung oder plötzlicher Abweichung vom Bewegungsablauf.
 - 2.2.2. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirken von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - 2.2.3. Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen. Ausgeschlossen vom Unfallbegriff sind die Folgen der Einnahme verdorbener, bakteriell oder virologisch belasteter Lebensmittel (z.B. Nahrungsmittelvergiftung, Salmonelleninfektion).
 - 2.2.4. Erstickungen infolge Verschlucken von Kleinteilen;
 - 2.2.5. Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall der versicherten Person sofort herbeigeführt wurden.
 - 2.3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Eine Ausnahme besteht für Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, jeweils ausschließlich im Rahmen und Umfang des Artikels 2, Punkt 1. (Dauernde Invalidität), Punkt 2. (Unfallrente), Punkt 3. (Unfallsuperschutz) und Punkt 4. (Todesfall).
 - 2.4. Als Unfall gelten Impfolgeschäden von Schutzimpfungen, wenn die versicherte Person dadurch eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet. Anspruchsberechtigung besteht nur bei Impfungen, die vom Geltungsbereich des Impfschadengesetzes (ImpfSchG, BGBl. Nr. 371/1973, i.d.g.F.) umfasst sind und die Ersatzpflicht des Bundes festgestellt ist. Eine Leistung wird nur im Rahmen und Umfang des Artikels 2, Punkt 1. (Dauernde Invalidität), Punkt 2. (Unfallrente), Punkt 3. (Unfallsuperschutz) und Punkt 4. (Todesfall) erbracht.
 - 2.5. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet, sofern nicht ein Ausschlussstatbestand gemäß Artikel 4, Punkt 1. gegeben ist.
 - 2.6. Werden die vom Punkt 2. erfassten Ereignisse vorsätzlich herbeigeführt, ist die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG nach Maßgabe des § 181 VersVG jedenfalls von der Leistung befreit. Selbsttötung und Selbsttötungsversuch gelten nie als Unfall.
 - 2.7. Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen aus der Gefahr des Todes, einer Körperverletzung oder Gesundheitsschädigung bzw. vor einer schweren Sachbeschädigung oder dem Untergang der Sache erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten. Nur in diesem Fall wird auf den Einwand des vorsätzlichen Herbeiführens des Versicherungsfalles gemäß § 181 VersVG verzichtet.

Artikel 2 **Leistungsbausteine der Unfallversicherung**

Die folgenden Leistungsbausteine des Versicherungsschutzes können grundsätzlich im Rahmen einer Unfallversicherung versichert werden. Welche Leistungsbausteine tatsächlich versichert wurden und mit welchen Versicherungssummen, ist im Versicherungsvertrag ersichtlich.

1. Leistungsbaustein DAUERNDE INVALIDITÄT

1.1. Voraussetzungen für die Leistung:

- 1.1.1. Begriff der dauernden Invalidität: Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- 1.1.2. 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, bei der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend gemacht worden.
- 1.1.3. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall, ist nach jenem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

1.2. Höhe der Leistung:

- 1.2.1. Die Invaliditätsleistung zahlt die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression.
- 1.2.2. Es gelten die folgenden Invaliditätsgrade für die nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit:

eines Armes	70 %	des Gehörs beider Ohren	70 %
eines Daumens	20 %	des Gehörs eines Ohres	20 %
eines Zeigefingers	10 %	sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50 %
eines anderen Fingers	5 %	des Geruchssinnes	10 %
eines Beines	70 %	des Geschmackssinnes	10 %
einer großen Zehe	5 %	der Milz	10 %
einer anderen Zehe	2 %	die Niere	20 %
der Sehkraft beider Augen	100 %	wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 2, Punkt 1.2.4. anzuwenden.	
der Sehkraft eines Auges	40 %		
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %	der Stimme	40 %

- 1.2.3. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes als Invaliditätsgrad.
- 1.2.4. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad prozentuell vom ganzen Körper danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
- 1.3. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 3.
- 1.4. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 1.5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.
- 1.6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
- 1.7. Der Versicherungsschutz für diesen Leistungsbaustein wird auf die Krankheitsfolgen von Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut, der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose sowie auf Impffolgeschäden durch Schutzimpfungen erweitert.
- 1.7.1. Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der allenfalls auch erst später als Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit oder dem Impffolgeschaden konsultiert wurde.
- 1.7.2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.
Bei einem Impffolgeschaden muss innerhalb dieses Zeitraumes die Gesundheitsschädigung medizinisch festgestellt werden. Auf die Haftung des Bundes als Anspruchsvoraussetzung (Artikel 1, Punkt 2.4.) wird ausdrücklich verwiesen.
- 1.7.3. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit € 50.000,00 begrenzt. Dabei kommt eine allfällig vereinbarte Progression nicht zur Anwendung.

1.8. Varianten der dauernden Invalidität

Je nach Vereinbarung können folgende Varianten für den Fall der dauernden Invalidität versichert werden:

1.8.1. Dauernde Invalidität Variante „Grundschutz“

Auf Basis des festgestellten Grades der unfallkausalen dauernden Invalidität (IG) wird an Hand der folgenden Staffel die Leistung (LE) in Prozent nach der vereinbarten Versicherungssumme bestimmt.

Leistungsstaffel:

Bis zu einem festgestellten Grad der dauernden Invalidität von 80 % wird jener Teil der Versicherungssumme bezahlt, der dem festgestellten Grad der unfallkausalen dauernden Invalidität entspricht. Bei einem Invaliditätsgrad über 80 % wird eine Leistung von 100 % der Versicherungssumme erbracht.

IG	LE	IG	LE																
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	11	11	21	21	31	31	41	41	51	51	61	61	71	71	81	100	91	100
2	2	12	12	22	22	32	32	42	42	52	52	62	62	72	72	82	100	92	100
3	3	13	13	23	23	33	33	43	43	53	53	63	63	73	73	83	100	93	100
4	4	14	14	24	24	34	34	44	44	54	54	64	64	74	74	84	100	94	100
5	5	15	15	25	25	35	35	45	45	55	55	65	65	75	75	85	100	95	100
6	6	16	16	26	26	36	36	46	46	56	56	66	66	76	76	86	100	96	100
7	7	17	17	27	27	37	37	47	47	57	57	67	67	77	77	87	100	97	100
8	8	18	18	28	28	38	38	48	48	58	58	68	68	78	78	88	100	98	100
9	9	19	19	29	29	39	39	49	49	59	59	69	69	79	79	89	100	99	100
10	10	20	20	30	30	40	40	50	50	60	60	70	70	80	80	90	100	100	100

1.8.2. Dauernde Invalidität Variante „Komfortschutz“

Auf Basis des festgestellten Grades der unfallkausalen dauernden Invalidität (IG) wird an Hand der folgenden Staffel die Leistung (LE) in Prozent der vereinbarten Versicherungssumme bestimmt.

Leistungsstaffel:

Bis zu einem festgestellten Grad der dauernden Invalidität von 10 % wird keine Leistung erbracht. Übersteigt der festgestellte Grad der dauernden Invalidität 10 % gilt der festgestellte Prozentsatz. Übersteigt der festgestellte Grad der dauernden Invalidität 25 %, so wird die Leistung für den 25 % übersteigenden Teil bis 50 % verdreifacht, der 50 % übersteigende Teil bis 80 % verachtfacht über 80 % wird eine Leistung von 500 % der Versicherungssumme erbracht.

IG	LE	IG	LE	IG	LE	IG	LE	IG	LE	IG	LE								
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	0	11	11	21	21	31	43	41	73	51	108	61	188	71	268	81	500	91	500
2	0	12	12	22	22	32	46	42	76	52	116	62	196	72	276	82	500	92	500
3	0	13	13	23	23	33	49	43	79	53	124	63	204	73	284	83	500	93	500
4	0	14	14	24	24	34	52	44	82	54	132	64	212	74	292	84	500	94	500
5	0	15	15	25	25	35	55	45	85	55	140	65	220	75	300	85	500	95	500
6	0	16	16	26	28	36	58	46	88	56	148	66	228	76	308	86	500	96	500
7	0	17	17	27	31	37	61	47	91	57	156	67	236	77	316	87	500	97	500
8	0	18	18	28	34	38	64	48	94	58	164	68	244	78	324	88	500	98	500
9	0	19	19	29	37	39	67	49	97	59	172	69	252	79	332	89	500	99	500
10	0	20	20	30	40	40	70	50	100	60	180	70	260	80	340	90	500	100	500

1.8.3. Dauernde Invalidität Variante „**Exklusivschutz**“

Auf Basis des festgestellten Grades der unfallkausalen dauernden Invalidität (IG) wird an Hand der folgenden Staffel die Leistung (LE) in Prozent der vereinbarten Versicherungssumme bestimmt.

Leistungsstaffel:

Bis zu einem festgestellten Grad der dauernden Invalidität von 25 % gilt der festgestellte Prozentsatz. Übersteigt der festgestellte Grad der dauernden Invalidität 25 %, so wird die Leistung für den 25 % übersteigenden Teil bis 50 % verdreifacht, der 50 % übersteigende Teil bis 80 % verachtfacht. Bei einem Invaliditätsgrad über 80 % wird eine Leistung von 500 % der Versicherungssumme erbracht.

IG	LE	IG	LE	IG	LE	IG	LE	IG	LE	IG	LE								
%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1	1	11	11	21	21	31	43	41	73	51	108	61	188	71	268	81	500	91	500
2	2	12	12	22	22	32	46	42	76	52	116	62	196	72	276	82	500	92	500
3	3	13	13	23	23	33	49	43	79	53	124	63	204	73	284	83	500	93	500
4	4	14	14	24	24	34	52	44	82	54	132	64	212	74	292	84	500	94	500
5	5	15	15	25	25	35	55	45	85	55	140	65	220	75	300	85	500	95	500
6	6	16	16	26	28	36	58	46	88	56	148	66	228	76	308	86	500	96	500
7	7	17	17	27	31	37	61	47	91	57	156	67	236	77	316	87	500	97	500
8	8	18	18	28	34	38	64	48	94	58	164	68	244	78	324	88	500	98	500
9	9	19	19	29	37	39	67	49	97	59	172	69	252	79	332	89	500	99	500
10	10	20	20	30	40	40	70	50	100	60	180	70	260	80	340	90	500	100	500

2. Leistungsbaustein UNFALLRENTE

- 2.1. Führt der Unfall bei den betroffenen Körperteilen oder Sinnesorganen zu einer unfallkausalen dauernden Invalidität gemäß Punkt 1. laut beantragter Variante der Unfallrente von
 - mindestens 35 Prozent oder
 - mindestens als 50 Prozent,
 wird nach Anwendung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 3 unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Rente bezahlt.
- 2.2. Der Versicherungsschutz für diesen Leistungsbaustein wird auf die Krankheitsfolgen von Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut, der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose sowie auf Impffolgeschäden durch Schutzimpfungen erweitert.
 - 2.2.1. Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der allenfalls auch erst später als Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit oder dem Impffolgeschaden konsultiert wurde.
 - 2.2.2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.
Bei einem Impffolgeschaden muss innerhalb dieses Zeitraumes die Gesundheitsschädigung medizinisch festgestellt werden. Auf die Haftung des Bundes als Anspruchsvoraussetzung (Artikel 1, Punkt 2.4.) wird ausdrücklich verwiesen.
 - 2.2.3. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit 10 % der vereinbarten Unfallrente begrenzt. Dabei kommt eine allfällig vereinbarte Leistungserhöhung nicht zur Anwendung.
- 2.3. Die erste Unfallrente wird mit dem Monat, in welchem die endgültige Feststellung des Invaliditätsgrades erfolgt, fällig. Die Rentenzahlung endet, sofern keine anderen Vereinbarungen getroffen wurden, wenn die versicherte Person stirbt.
- 2.4. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.
- 2.5. Der Versicherungsschutz für die Unfallrente endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfallrente geleistet wird.

3. Leistungsbaustein UNFALLSUPERSCHUTZ

- 3.1. Führt der Unfall bei den betroffenen Körperteilen oder Sinnesorganen zu einer unfallkausalen dauernden Invalidität gemäß Punkt 1. von mehr als 50 %, wird die Versicherungssumme ausbezahlt.
- 3.2. Der Versicherungsschutz für diesen Leistungsbaustein wird auf die Krankheitsfolgen von Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut, der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose sowie auf Impffolgeschäden durch Schutzimpfungen erweitert.
 - 3.2.1. Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der allenfalls auch erst später als Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit oder dem Impffolgeschaden konsultiert wurde.
 - 3.2.2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.
Bei einem Impffolgeschaden muss innerhalb dieses Zeitraumes die Gesundheitsschädigung medizinisch festgestellt werden. Auf die Haftung des Bundes als Anspruchsvoraussetzung (Artikel 1, Punkt 2.4.) wird ausdrücklich verwiesen.
 - 3.2.3. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit € 50.000,00 begrenzt. Dabei kommt eine allfällig vereinbarte Leistungserhöhung nicht zur Anwendung.
- 3.3. Der Versicherungsschutz für den Unfallsuperschutz endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles der Unfallsuperschutz geleistet wurde.

4. Leistungsbaustein TODESFALL

- 4.1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
- 4.2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität gemäß Punkt 1. aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG nicht zurückverlangen.
- 4.3. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten, maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung in der jeweils gültigen Fassung (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten, rückerstattet.
- 4.4. Der Versicherungsschutz für diesen Leistungsbaustein wird auf den Tod infolge von Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut, der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose sowie von Schutzimpfungen erweitert.
 - 4.4.1. Als Zeitpunkt des Versicherungsfalles gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der allenfalls auch erst später als Kinderlähmung, Wundstarrkrampf, Tollwut, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit oder dem Impffolgeschaden konsultiert wurde.
 - 4.4.2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Bei einem Impffolgeschaden muss innerhalb dieses Zeitraumes die Gesundheitsschädigung medizinisch festgestellt werden. Auf die Haftung des Bundes als Anspruchsvoraussetzung (Artikel 1, Punkt 2.4.) wird ausdrücklich verwiesen.
 - 4.4.3. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit € 50.000,00 begrenzt. Dabei kommt eine allfällig vereinbarte Progression nicht zur Anwendung.

5. Leistungsbaustein TAGGELD

- 5.1. Taggeld wird nach Maßgabe der vereinbarten Versicherungssumme bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit, somit entgeltlichen Berufsausübung, der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine wie immer geartete Erwerbstätigkeit vorliegt. Eine bloße Krankschreibung genügt als Nachweis der vollständigen Arbeitsunfähigkeit nicht.
- 5.2. Der Verlust einer dieser Taggeldvereinbarung zu Grunde liegenden Erwerbstätigkeit sowie eine Änderung der Erwerbstätigkeit ist dem Versicherer unverzüglich schriftlich mitzuteilen. Die Verpflichtung zur Prämienzahlung für diese Leistungsart entfällt in diesem Zeitpunkt.
- 5.3. Für saisonbeschäftigte Personen gilt Folgendes: liegt die letzte Erwerbstätigkeit nicht länger als sechs Monate zurück und unterbleibt eine Meldung an den Versicherer, dann bezahlt der Versicherer das vereinbarte Taggeld. Liegt die letzte Erwerbstätigkeit ohne Meldung länger als sechs Monate zurück, dann ist der Versicherungsschutz für Taggeld und die Verpflichtung zur Prämienzahlung nicht mehr gegeben. Wird wieder eine Erwerbstätigkeit aufgenommen und dem Versicherer gemeldet, dann kann Taggeld wieder prämiienpflichtig mitversichert werden.
- 5.4. Wenn eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist die betreffende Vereinbarung in der Police ersichtlich. In diesem Fall wird das Taggeld beginnend mit dem ersten Tag nach Ablauf dieser Karenzfrist geleistet.

6. Leistungsbaustein SPITALGELD

- 6.1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen durchgängigen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.
- 6.2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
- 6.3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungshäuser, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.
- 6.4. Zusatzleistung für Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr
Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des auf Spitalgeld versicherten Kindes infolge eines Unfalles werden die täglichen Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses längstens für 60 Tage innerhalb eines Jahres ab dem Unfalltag übernommen.

7. Leistungsbaustein UNFALLKOSTEN

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu erlangen ist.

Sofern nichts anderes vereinbart ist, umfassen Unfallkosten:

7.1. Heilkosten,

- 7.1.1. die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des bodengebundenen Verletzentransportes zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und erstmaliger Herstellung eines – auch nur teilweisen – Zahnersatzes und/oder teilweiser Zahnsanierung sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.
- 7.1.2. Wenn die Beschaffung eines Zahnersatzes oder die Zahnsanierung bei (mitversicherten) Kindern innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag an gerechnet aus medizinischen Gründen nicht vorgenommen werden kann, wird nach Ablauf dieser Frist eine Leistung in Höhe von 50 %, maximal bis zu der für Unfallkosten versicherten Summe, eines von einem Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Kieferchirurgie erstellten Kostenvorschlages erbracht.

- 7.1.3. Die Kosten der Reparatur oder Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, sonstige künstliche Behelfe, Zahnersätze oder einer Zahnsanierung sind nur unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:
- Die Beschädigung muss im gleichzeitigen und unmittelbaren Zusammenhang mit einem eintretenden versicherten Ereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt, die eine ärztliche Behandlung bzw. Versorgung erfordert.
 - Der Versicherte muss der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG eine Bestätigung des Arztes (Spitals) überbringen, von welchem die Unfallfolgen behandelt bzw. medizinisch versorgt wurden.
- Der Kostenersatz wird bis zum ursprünglichen Wertausmaß im Rahmen der vereinbarten Summe für Unfallkosten geleistet, d.h. mit der gleichen Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall.
- 7.1.4. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und dergleichen werden nicht ersetzt.
- 7.2. Bergungskosten,** die notwendig werden, wenn die versicherte Person
- 7.2.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg, See- oder Wassersnot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.
- 7.2.2. durch einen Unfall oder infolge Berg-, See- oder Wassersnot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.
- Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
- 7.2.3. Bergungskosten werden ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten wäre.
- 7.3. Rückholkosten,**
- das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletzenttransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
- 7.4. Kosmetische Operationen,**
- wenn die die Körperoberfläche der versicherten Person durch einen Unfall derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild hierdurch dauernd beeinträchtigt ist. Es werden bis zum Ablauf des vierten Jahres (bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) nach dem Unfall die Kosten einer kosmetischen Operation - sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist - bis zur vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.
- 8. Leistungsbaustein HOFHILFE**
- 8.1. Diese wird einmalig geleistet, wenn sich der Versicherte infolge eines Unfalles innerhalb von 2 Monaten ab dem Unfalltag ein- oder mehrmals in medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung begeben muss.
Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen durchgängigen Aufenthalt von mehr als 24 Stunden erfordert.
- 8.2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werkspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
- 8.3. Nicht als Spitäler gelten z. B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.
- 8.4. Die Leistung der Hofhilfe beträgt einmalig:
- | | |
|---|------------|
| ab 10 Tagen stationärem Spitalsaufenthalt | € 2.000,00 |
| ab 20 Tagen stationärem Spitalsaufenthalt | € 4.000,00 |
| ab 30 Tagen stationärem Spitalsaufenthalt | € 8.000,00 |
- 9. Leistungsbaustein AKTIV-PAKET**
- Folgende Leistungen gelten mitversichert:
- 9.1. Dauernde Invalidität**
- In Abänderung von Artikel 4, Punkt 2. (Bedingte Versicherungsausschlüsse) wird Versicherungsschutz ab einer festgestellten unfallkausalen dauernden Invalidität gemäß Artikel 2, Punkt 1. bereits ab 1% (Exklusivschutz, Grundschatz) bzw. ab 11% (Komfortschutz) Invaliditätsentschädigung geleistet.
- 9.2. Bergungskosten TOP (inkl. Hubschrauberbergung)**
- 9.2.1. Bis € 10.000,00 werden Bergungskosten ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist bzw. wäre.
- 9.2.2. Die Versicherung erstreckt sich auf nachgewiesene Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
Diese werden notwendig, wenn die versicherte Person
- einen Unfall erlitten hat bzw. in Berg-, See- oder Wassersnot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.
 - durch einen Unfall bzw. infolge Berg-, See- oder Wassersnot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.
- 9.3. Blindenführung**
- Bei unfallkausaler Erblindung oder hochgradiger Sehbehinderung (nicht mehr als 5 % Restsehschärfe beider Augen) werden die Kosten für einen ausgebildeten Blindenführhund bis € 10.000,00 übernommen. Die Leistung erfolgt subsidiär zu Zuwendungen und Förderungen von entsprechenden Sozialeinrichtungen.

9.4. Sofortleistungen

9.4.1. Schmerzensgeld

9.4.1.1. Es erfolgt, auch ohne Vorliegen einer dauernden Invalidität, eine einmalige Leistung, wenn sich der Versicherte infolge eines Unfalles innerhalb von 2 Monaten ab dem Unfalltag in eine medizinisch notwendige, ununterbrochene stationäre Heilbehandlung begibt.

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

9.4.1.2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

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 Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.

9.4.1.3. Die Schmerzensgeldleistung beträgt:

- ab 10 Tagen ununterbrochenem stationären Spitalsaufenthalt € 1.000,00
- ab 20 Tagen ununterbrochenem stationären Spitalsaufenthalt € 2.000,00
- ab 30 Tagen ununterbrochenem stationären Spitalsaufenthalt € 4.000,00

9.4.2. Pauschalleistung bei schweren Verletzungen

9.4.2.1. Führt ein im Sinne des Artikel 1 gedeckter Unfall bei dem Versicherten zu einer der im Folgenden genannten Verletzungen, wird unabhängig von einer eventuellen dauernden Invalidität einmalig eine Leistung in der Höhe von 10 % der Invaliditätsgrundsumme, maximal € 10.000,00, erbracht.

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks
- Amputation mindestens eines Fußes im unteren Sprunggelenk oder einer Hand im Handgelenk
- Schädel-Hirn-Verletzung mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung
- Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma
- gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen oder
- Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens (Ober-/Unterarm)
 - Fraktur eines langen Röhrenknochens (Ober-/Unterschenkel)
 - Fraktur des Beckens
 - Fraktur der Wirbelsäule
- gewebezerstörender Schaden eines inneren Organes
- Verbrennungen 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Hautoberfläche
- Erblindung oder hochgradiger Sehbehinderung (nicht mehr als 5 % Restsehschärfe beider Augen)

9.4.2.2. Die Sofortleistung entfällt, wenn der Unfall binnen 48 Stunden zum Tode führt.

9.4.2.3. Wird der Kärntner Landesversicherung das unfallbedingte Vorliegen schriftlich durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht angezeigt, ist die Kärntner Landesversicherung nach Kenntnisnahme innerhalb von 14 Tagen zur Leistung verpflichtet.

9.4.2.4. Die vorgesehene Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.

Die Entschädigungsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme kann je versicherter Person einmal innerhalb einer Versicherungsperiode in Anspruch genommen werden und unterliegt keiner Wertanpassung.

9.4.3. Pauschalleistung bei Knochenbruch

9.4.3.1. Unabhängig vom Vorliegen einer dauernden Invalidität leistet die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG einmalig eine Entschädigung, wenn die versicherte Person (mitversicherte Person) bei einem Unfall (Artikel 1) einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Der knöcherner Abriss einer Sehne sowie Knochensplitterungen und Fissuren (Haarrisse) gelten auch als Knochenbruch.

Die Versicherungsleistung kommt auch dann zur Auszahlung, wenn bei Kindern (bis zum 18. Lebensjahr) durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin therapiert wird.

Die Entschädigungsleistungen betragen

- € 250,00 für Brüche im Bereich der Finger und Zehen
- € 500,00 für alle anderen Brüche

9.4.3.2. Die Entschädigungsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme kann jeweils einmal von der versicherten Person als auch einmal von jeder mitversicherten Person innerhalb einer Versicherungsperiode in Anspruch genommen werden und unterliegt keiner Wertanpassung.

9.4.4. Pauschalleistung bei Riss von Bändern und Sehnen sowie bei Riss oder Teileinriss des Meniskus

9.4.4.1. Unabhängig vom Vorliegen einer dauernden Invalidität leistet die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG einmalig eine Entschädigung in der Höhe von € 500,00, wenn die versicherte Person (mitversicherte Person) bei einem Unfall (Artikel 1) einen Riss von Bändern oder Sehnen bzw. einen Riss oder Teileinriss des Meniskus erlitten hat.

9.4.4.2. Die vorgesehene Entschädigungssumme gilt je deckungspflichtigem Versicherungsfall insgesamt.

Die Entschädigungsleistung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme kann je versicherter Person einmal innerhalb einer Versicherungsperiode in Anspruch genommen werden und unterliegt keiner Wertanpassung.

9.4.4.3. Wird der Kärntner Landesversicherung das unfallbedingte Vorliegen schriftlich durch einen objektiven, am Stand medizinischer Erkenntnisse orientierten ärztlichen Bericht angezeigt, ist die Kärntner Landesversicherung nach Kenntnisnahme innerhalb von 14 Tagen zur Leistung verpflichtet.

9.4.5. Expressleistung bei Dauernder Invaliddität

- 9.4.5.1. In Abänderung des Artikels 9 wird bei der Versicherung von „Dauernder Invaliddität“ (Artikel 2, Punkt 1.) nach einem versicherten Unfall eine Expressleistung in Form eines prozentuellen Kapitalbetrags der vereinbarten Versicherungssumme nach den im Verletzungskatalog (nachfolgend angeführt) genannten Prozentsätzen vorgenommen.
- 9.4.5.2. Tritt eine dieser Verletzungen infolge eines versicherten Unfalles ein, wird die Expressleistung nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte (z. B. Entlassungsbericht vom Spital, Röntgen- oder MRT-Befund, ärztlicher Befundbericht, Arztbrief und dergl.) und Anspruchsstellung des Versicherungsnehmers sofort ausgezahlt. Sollten in den übermittelten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentiert sein, die nahelegen, dass sie an den Unfallfolgen mitgewirkt haben, behält sich die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG vor, den Anspruch auf Direktleistung durch einen medizinischen Gutachter überprüfen zu lassen. Die Leistung erfolgt dann unter Berücksichtigung des Artikels 3, Punkt 1.
- 9.4.5.3. Mit dieser Expressleistung sind grundsätzlich alle Ansprüche aus dem Leistungsbaustein der dauernden Invaliddität abgegolten. Sollte sich innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eine auf Lebenszeit bestehende Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person ergeben (= Dauernde Invaliddität), kann diese unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit bestehenden dauernden Invaliddität hervorgeht, innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend gemacht werden. Sollte sich in Folge bei der zur Feststellung der dauernden Invaliddität in Auftrag gegebenen Untersuchung durch einen medizinischen Sachverständigen eine höhere Leistung als die bereits ausgezahlte Vorausleistung ergeben, wird die Differenz nachgezahlt. Ergibt dieses Gutachten eine geringere Leistung als die bereits ausgezahlte Expressleistung, ist die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG berechtigt, die zu viel bezahlte Leistung zurückzufordern.
- 9.4.5.4. Ergibt sich im Leistungsfall, dass mehrere Verletzungen unterschiedliche im Verletzungskatalog angeführte Körperteile betreffen oder es infolge eines versicherten Unfallereignisses zu mehreren Verletzungen an einem Körperteil kommt, wird die Expressleistung immer von der am höchsten bewerteten Verletzung geleistet. Die endgültige Bemessung muss durch einen Sachverständigen erfolgen (siehe dazu nachfolgend Pkt. 9.4.5.5.)
- 9.4.5.5. Grundsätzlich kann die Begutachtung durch einen Sachverständigen frühestens ein Jahr nach dem Unfall erfolgen, stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest, kann dies auch bereits innerhalb eines Jahres erfolgen. Steht der Grad der Dauerinvaliddität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG berechtigt, den Invalidditätsgrad jährlich bis zu 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
- 9.4.5.6. Sollte eine versicherte Person eine Expressleistung bezogen haben und innerhalb eines Jahres unfallkausal versterben, wird die bereits ausgezahlte Expressleistung einer etwaigen Todesfallzahlung gegengerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Sollte die Todesfalleistung geringer ausfallen als die bereits gezahlte Expressleistung, kommt es zu keiner Rückforderung der zu viel bezahlten Leistung.
- 9.4.5.7. War der von der vom Verletzungskatalog umfasste und betroffene Körperteil bereits durch vor dem Unfall vorhandene Krankheiten oder Gebrechen beeinträchtigt, erfolgt keine Expressleistung. Die versicherte Person hat bei Zutreffen der Voraussetzungen nur Anspruch auf eine Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein „Dauernde Invaliddität“.

Verletzungskatalog - Expressleistung (Progression je nach versicherter Variante ist darin berücksichtigt)

Die Expressleistung ist ein bestimmter Prozentsatz ihrer gewählten Versicherungssumme für dauernde Invaliddität.

BEI BRUCH	Grundschatz LEISTUNG IN %	Komfortschutz LEISTUNG IN %	Exklusivschutz LEISTUNG IN %
eines Hals- oder Lendenwirbels	8 %	0 %	8 %
eines Hüftgelenks	7 %	0 %	7 %
eines Handgelenkes, eines Kniegelenkes oder eines Oberschenkelknochens	6 %	0 %	6 %
eines Brustwirbels	5 %	0 %	5 %
eines Ellbogengelenkes, eines Innen- oder Außenknöchels, eines Oberarmknochens	4 %	0 %	4 %
BEI RISS ODER DURCHTRENUNG	Grundschatz LEISTUNG IN %	Komfortschutz LEISTUNG IN %	Exklusivschutz LEISTUNG IN %
eines Kreuzbandes im Knie	7 %	0 %	7 %
eines Seitenbandes im Knie, einer Achillessehne oder eines Bandes im Fußgelenk	4 %	0 %	4 %
BEI VÖLLIGEM VERLUST	Grundschatz LEISTUNG IN %	Komfortschutz LEISTUNG IN %	Exklusivschutz LEISTUNG IN %
eines Armes oder eines Beines	50 %	100 %	100 %
eines Daumens oder einer Niere	20 %	20 %	20 %
eines Zeigefingers oder der Milz	10 %	0 %	10 %
eines anderen Fingers oder einer großen Zehe	5 %	0 %	5 %
einer anderen Zehe	2 %	0 %	2 %

10. Leistungsbaustein MOBIL-PAKET

Folgende Leistungen gelten mitversichert:

10.1. Mobilitäts - Superschutz

Führt ein Unfall mit Beteiligung eines Fahrzeuges (z.B. ein- oder mehrspuriges Kraftfahrzeug, Fahrrad, Zug, Flugzeug etc.) zu einer unfallkausalen dauernden Invaliddität gemäß Artikel 2, Punkt 1. von mehr als 50 %, zahlt die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG zusätzlich einen einmaligen Pauschalbetrag in der Höhe der Invalidditätsgrundsumme.

10.2. Rückholkosten nach Unfall oder Krankheit aus dem Ausland

- 10.2.1. Ersetzt werden die Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland, wenn dieser medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist und wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist.
Die Ersatzleistung gilt subsidiär und ist mit € 8.000,00 begrenzt und unterliegt keiner Wertanpassung.
- 10.2.2. Zusätzlich ersetzt werden die Kosten eines Kfz-Rücktransportes aus dem Ausland, sofern der Versicherte berechtigter Lenker ist und aufgrund eines Unfalles bzw. schwerer Krankheit daran gehindert ist, das Fahrzeug selbst rückzuführen.
Die Ersatzleistung gilt subsidiär und ist mit € 1.000,00 begrenzt und unterliegt keiner Wertanpassung.

10.3. Ausübung gefährlicher Sportarten

- 10.3.1. Unfälle bei nachstehenden Sportarten gelten, sofern sie nachweislich im Rahmen einer Urlaubsreise oder eines Vereins-/Betriebsausfluges ausgeübt werden, als versichert:
- Rafting
 - Canyoning,
 - Wildwasserkanu und Wildwasserkajak
 - Kitesurfen,
 - Bungeejumping
 - Flugsport mit nichtmotorisch angetriebenen Luftfahrzeugen und Luftfahrgeräten (Hängegleiten, Gleitsegeln, Fallschirmspringen, Drachenfliegen, Paragleiten, Ballonfahren, Segelfliegen und Ähnliches).
- 10.3.2. Keinesfalls besteht Versicherungsschutz, wenn diese Tätigkeiten regelmäßig in der Freizeit, beruflich oder gewerblich ausgeübt werden.
- 10.3.3. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Urlaubsreise bzw. der Vereins- oder Betriebsausflug nicht primär der Ausübung bzw. dem Erlernen der vorgenannten Sportarten dient.
Als Urlaubsreise gilt ein Verlassen des Wohnortes bzw. der Arbeitsstätte mit einem Ziel außerhalb des Wohnortes bzw. der Arbeitsstätte mit mindestens 3 und maximal 42 geplanten Übernachtungen.
Als Vereins-/Betriebsausflug gilt ein ganztägiges (mindestens 8 Stunden) Verlassen des Vereins-/Betriebsortes.
Das Vorliegen einer Urlaubsreise bzw. eines Vereins- oder Betriebsausfluges ist durch entsprechende Bestätigungen (Aufenthaltsbestätigung, Buchungsunterlagen der Reise, Vereinsbestätigung, etc.) nachzuweisen, ebenso die erst- oder einmalige Ausübung.
- 10.3.4. Versicherungsleistungen:
- Unfalltod (Artikel 2, Punkt 4.) ist, sofern beantragt, mit der Versicherungssumme, maximal jedoch mit € 20.000,00, begrenzt.
 - Dauernde Invalidität (Artikel 2, Punkt 1.) ist mit der Invaliditätsgrundsumme, maximal jedoch mit € 40.000,00, begrenzt.

10.4. Kosmetische Operationen

Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild hierdurch dauernd beeinträchtigt ist, werden bis zum Ablauf des vierten Jahres (bei Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) nach dem Unfall die Kosten einer kosmetischen Operation, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist, bis € 10.000,00 ersetzt.

10.5. Go-Kart und Fahrsicherheitstraining

Abweichend von Artikel 4, Punkt 1.2.gilt das nicht vereinsmäßig betriebene Go-Kart Fahren und die Teilnahme an Fahrsicherheitstrainings als mitversichert.

11. Leistungsbaustein BABY-BONUS

- 11.1 Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, gelten ab Geburt für 12 Monate mit den Versicherungssummen der Mutter oder des Vaters mitversichert. Ausgenommen von der Mitversicherung bleiben die Leistungsbausteine Unfallrente, Taggeld und Unfallsuperschutz.
Sind beide Elternteile versichert, so gilt die höhere Versicherungssumme.
Die Leistung für den Todesfall wird maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung in der jeweils gültigen Fassung (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten ersetzt.
- 11.2. Wird das neugeborene Kind vor Ablauf der 12 Monate selbst bei der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG unfallversichert, gilt der gegenständliche Versicherungsschutz zusätzlich.

12. Leistungsbaustein PRÄMIENRÜCKERSTATTUNG BEI ARBEITSUNFÄHIGKEIT

- 12.1. Wird versicherte Person während der Prämienzahlungsdauer und vor Vollendung des 70. Lebensjahres infolge eines Unfalles (Artikel 1) arbeitsunfähig, so wird die gezahlte Prämie für die Unfallversicherung rückerstattet.
Diese Prämienrückerstattung gilt nur im Rahmen der Einzelunfallversicherung, der Singleunfallversicherung und der Familienunfallversicherung. Unfälle, die mitversicherten Personen betreffen, lösen keine Prämienrückerstattung aus.
- 12.2. Der Anspruch auf Prämienrückerstattung entsteht mit dem Tage, der auf eine 42tägige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit auf Grund eines Unfalles folgt. Hierbei ist jeder Tag, für den Anspruch auf Prämienbefreiung besteht, mit einem 365stel der Prämienleistung jenes Versicherungsjahres zu bemessen, in welches dieser Tag fällt.
Über den in Satz 1 genannten Zeitpunkt hinaus entrichtete Prämien werden in entsprechender Höhe zurückgezahlt. Teilweise Arbeitsunfähigkeit ergibt keinen Anspruch auf Prämienrückerstattung. Der Anspruch auf Prämienrückerstattung endet jedoch spätestens mit Ablauf eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet.

13. Leistungsbaustein ZUSATZKOSTEN

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 8, Punkt 2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen davon bleiben Kosten nach Punkt 2.4. des Artikels 8.

Artikel 3 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüberhinausgehend gilt:

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 Artikel 2, Punkte 1.2. und 1.3. bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist bei einem Mitwirkungsanteil von mindestens 25 % die Versicherungsleistung wie folgt zu ermitteln:
 - 2.1. Bei den Versicherungsleistungen Dauernde Invalidität gemäß Artikel 2, Punkt 1., Unfallrente gemäß Artikel 2, Punkt 2., Unfallsuperschutz gemäß Artikel 2, Punkt 3., Aktiv-Paket gemäß Artikel 2, Punkt 9. sowie Mobil-Paket gemäß Artikel 2, Punkt 10. wird der Prozentsatz des Invaliditätsgrades um den Mitwirkungsanteil vermindert.
 - 2.2. Bei allen anderen Versicherungsleistungen gemäß Artikel 2 wird die Leistung entsprechend dem Mitwirkungsanteil vermindert. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist. Folgen aus Krankheiten oder Gebrechen, seien sie auch durch einen Unfall ausgelöst, sind sohin nicht versichert.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
4. Für Gesundheitsschädigungen, die auf Grund einer Mangel durchblutung des Gehirns (z.B.: Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mangel durchblutung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.
5. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (z.B. Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
6. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt, welche mit Beschwerden noch nicht nach außen getreten sein müssen.
7. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Artikel 4 Ausschlüsse vom Versicherungsschutz

1. Absolute und vollständige Versicherungsausschlüsse

Der Versicherungsschutz umfasst nicht Unfälle und sonstige Leistungsfälle:

- 1.1. die die versicherte Person erleidet:
 - als verantwortlicher Pilot eines Luftfahrzeuges. Luftfahrzeuge sind Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen, gleichgültig, ob sie schwerer als Luft (zum Beispiel Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber und Fallschirme) oder leichter als Luft (zum Beispiel Luftschiffe und Freiballone) sind.
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges
 - bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit
 - bei Benützung von Raumfahrzeugen
- 1.2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben, Wertungsfahrten, Teilnahme an Rallyes und den jeweils dazugehörigen Trainingsfahrten, weiters bei jeglichem Fahren auf Rennstrecken und Motocross-Strecken sowie bei der aktiven Teilnahme an nicht behördlich genehmigten Auto- bzw. Motorradrennen entstehen.
- 1.3. die bei Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Sportwettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestylings, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns und anderer gefährlicher Sportarten, die mit hohem Verletzungsrisiko verbunden sind, sowie bei offiziellen Trainings für diese Veranstaltungen entstehen.
- 1.4. die bei der Ausübung der Sportarten Freeriding, Parkour, Houserunning, Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (Vollkontakt-Karate, Boxen, Kickboxen u.a.), Schwerathletik (z.B. Gewichtheben), Spring- sowie Militaryreiten oder Schispringen eintreten.
- 1.5. die bei der Teilnahme an Expeditionen eintreten.
Definition „Expedition“: Teilnahme an Expeditionen auf Berge mit einer Höhe von über 5.000 m sowie auf Expeditionen in die Arktis, Antarktis und in Grönland. Trekkingreisen gelten nicht als Expeditionen und sind deshalb versichert, allerdings nur während der ersten acht Wochen. Werden im Rahmen solcher Trekkingreisen auch eintägige Gipfelbesteigungen über 5.000 m Höhe angeboten, gelten auch diese Besteigungen nicht als Expeditionen.
- 1.6. die bei der Ausübung als Berufssportler oder als von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler ereignen. Als Berufssportler im Sinne dieser Bedingungen gelten Personen, die aus der Sportausübung ein Einkommen von mehr als € 10.000,00 brutto jährlich erhalten.
- 1.7. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person entstehen, für die zumindest bedingter Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- 1.8. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
 - Kriegseignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung,
 - bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten,
 - Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen,
 - inneren Unruhen, Bürgerkrieg,

- Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Rebellen, Aufrührer, Aufständischen daran teilgenommen hat.
- 1.8.1. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen, bewaffneten Konflikten sowie Gewalthandlungen zwischen Staaten betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn dieser Ereignisse auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits die Vorgänge stattfinden. Jede Form der aktiven Teilnahme bleibt vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- 1.9. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
- atomaren, biologischen oder chemischen Waffen,
 - Einwirkung von Kernenergie, oder
 - dem Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, sofern die Bestrahlung nicht durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst war;
- 1.10. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet.
Im Fall der Alkoholisierung ab einem festgestellten Blutalkoholgehalt von 1,2 Promille im Zeitpunkt des Versicherungsfalles ist der Versicherungsschutz jedenfalls ausgeschlossen. Eine Verweigerung des Alkoholtests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird in seinen Folgen einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit vereinbarungsgemäß gleichgestellt.
- 1.11. die die versicherte Person infolge eines epileptischen Anfalls oder eines anderen Krampfanfalls, der den gesamten Körper ergreift, erleidet.
- 1.12. Nicht versichert gelten Gesundheitsschäden, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen vom Versicherungsschutz umfassten Unfall medizinisch bedingt waren.
- 1.13. Der Versicherungsschutz bezieht sich nicht auf allmähliche Gesundheitsbeeinträchtigungen, welcher Art auch immer.

2. Bedingte Versicherungsausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist gilt:

- 2.1. Für Unfälle, die bei vereinsmäßiger Ausübung einer Mannschaftssportart in den Bereichen Fußball, Handball, Volleyball, Basketball, Football, Rugby, Eishockey und bei offiziellen und inoffiziellen, vom Verband, Dachorganisationen organisierten Wettbewerben, Meisterschaften, Turnieren u. dgl. sowie beim Training entstehen, wird Invaliditätsleistung erst ab einem festgestellten Invaliditätsgrad von 20 % (gemäß Artikel 2, Punkt 1.) und darüber gewährt.
Der Versicherungsschutz umfasst keinesfalls Unfälle, die die versicherte Person bei der Ausübung der Sportart Fußball ab der vierten Spielklasse und darüber erleidet.
Der Versicherungsschutz umfasst keinesfalls Unfälle, die die versicherte Person bei der Ausübung der Sportarten Handball, Volleyball, Basketball, Football, Rugby und Eishockey ab der dritten Spielklasse und darüber erleidet.
- 2.2. Für Unfälle, die durch Reiten entstehen, wird Invaliditätsleistung erst ab einem festgestellten Invaliditätsgrad von 20 % (gemäß Artikel 2, Punkt 1.) und darüber gewährt.
Der Versicherungsschutz umfasst keinesfalls Unfälle, die die versicherte Person bei der Ausübung der Sportart Spring- und Militaryreiten erleidet.
- 2.3. Für Unfälle durch Klettern und Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad IV (gem. UIAA-Skala) bis Schwierigkeitsgrad V (gem. UIAA-Skala) bis 5.000 Meter Seehöhe und Klettersteige bis Schwierigkeitsgrad C wird Invaliditätsleistung erst ab einem festgestellten Invaliditätsgrad von 20 % (gemäß Artikel 2, Punkt 1.) und darüber gewährt.
Der Versicherungsschutz umfasst keinesfalls Unfälle, die die versicherte Person bei der Ausübung der Sportarten Klettern und Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad V (gem. UIAA-Skala) und/oder über 5.000 Meter Seehöhe, Klettersteige über Schwierigkeitsgrad C, Eisklettern, Freeclimbing sowie bei Expeditionen erleidet.
- 2.4. Für Unfälle durch Tauchen bis 60 Meter wird Invaliditätsleistung erst ab einem festgestellten Invaliditätsgrad von 20 % (gemäß Artikel 2, Punkt 1.) und darüber gewährt.
Der Versicherungsschutz umfasst keinesfalls Unfälle, die die versicherte Person bei der Ausübung der Sportart Tauchen tiefer als 60 Meter, Eis- und Höhlentauchen sowie Apnoetauchen erleidet.

Artikel 5

Versicherungsperiode; Prämie; Beginn und Voraussetzungen des Versicherungsschutzes; Sofortschutz (vorläufige Deckung)

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.
Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr.
Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizze ausgewiesene Versicherungsdauer endet.
2. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Steuern ist vom Versicherungsnehmer gegen Übermittlung der Polizze binnen 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu zahlen.
3. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie einschließlich Steuern rechtzeitig, das heißt innerhalb von 14 Tagen, oder ohne schuldhaften Verzug zahlt.
4. Die nähere Bestimmung des Beginns dieser Frist von 14 Tagen, die weiteren Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit bei Zahlungsverzug oder bei nur teilweiser Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie, die Bestimmung des Beginns des Versicherungsschutzes bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung sowie weitere Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs sind in den §§ 38 und 39a VersVG geregelt.
5. Die nicht rechtzeitige Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie einschließlich Steuern berechtigt die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG gemäß den Voraussetzungen des § 38 VersVG zum Rücktritt vom Vertrag.
6. Die Folgeprämien sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu zahlen. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG gleichwohl mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die nach der ersten Prämienrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Ratenvereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.
Die Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs mit Folgeprämien sind in den §§ 39 und 39a VersVG geregelt.

7. **Sofortschutz (vorläufige Deckung)**

- 7.1. In Abänderung von Punkt 3. beginnt der Versicherungsschutz mit Eingang des Antrags in der Zentrale der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG oder sofern wir auf elektronischem Weg zur Übermittlung eines verbindlichen Angebotes in Form einer Polizza aufgefördert worden sind, mit Einlangen der elektronisch erfassten Annahmeerklärung bei der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG, frühestens aber mit dem beantragten Versicherungsbeginn.
- 7.2. Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizza. Wird der Antrag seitens der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG abgelehnt oder der Sofortschutz gekündigt, endet dieser mit Zugang der Ablehnung bzw. Kündigung beim Versicherungsnehmer, spätestens jedoch sechs Wochen nach dessen Beginn.
- 7.3. Der Sofortschutz erstreckt sich auf die beantragten Versicherungssummen. Voraussetzung für den Sofortschutz ist, dass alle mit dem Vertragsabschluss verbundenen Risikofragen wahrheitsgetreu und vollständig mit nein beantwortet wurden.
- 7.4. Sofortschutz besteht jedenfalls nicht, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung vollständig arbeitsunfähig, von einem schweren Nervenleiden befallen, Alkoholiker oder geisteskrank ist oder wichtige, für den Abschluss des Versicherungsvertrages maßgebliche Umstände verschweigt oder sonst Einschränkungen oder Ausschlüsse nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen vorliegen.
- 7.5. Endet der Sofortschutz infolge Kündigung, Ablehnung des Antrags oder Rücktritts vom Antrag, verrechnet die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG eine anteilige Prämie, die entweder im Rahmen der Erstprämie oder aber gesondert vorgeschrieben wird. Eine darüber hinausgehende zusätzliche Prämie wird die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG nicht berechnen. Kommt es aufgrund des Sofortschutzes zu einem Leistungsfall, wird die erste Jahresprämie bzw. einmalige Prämie verrechnet.

Artikel 6

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 74 bis 80 VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.
Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für 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 Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 7

Pflichten des Versicherungsnehmers während der gesamten Vertragsdauer

1. Anzeige gefahrerhöhender Änderung von Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung sowie Freizeitaktivität:
 - 1.1. Veränderungen der der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG bekanntgegebenen Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung sowie Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind ihr unverzüglich anzuzeigen, wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrerhöhung im Sinne der §§ 23 oder 27 VersVG verbunden ist. Eine solche erhebliche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalles oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird.
Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
 - 1.2. Ergibt sich für eine der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG bekanntgegebene neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der versicherten Person nach dem Tarif, der dem Vertrag zugrunde liegt,
 - 1.2.1. eine niedrigere Prämie, so ist ab Zugang der Anzeige an die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG nur diese zu bezahlen. Im Übrigen kommen in diesem Fall die Bestimmungen des § 41a VersVG zur Anwendung.
 - 1.2.2. eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die Anzeige der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer dem höheren Risiko angepassten Prämie.
Dazu hat die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG unverzüglich nach Zugang der Anzeige oder sonst erfolgter Kenntniserlangung ein Änderungsangebot und für den Fall der Ablehnung desselben die Kündigung des Versicherungsvertrages in geschriebener Form zu übermitteln. Ein solches Angebot mit Prämienenerhöhung ist von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG unter Zugrundelegung des im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags geltenden Tarifs der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG zu erstellen.
Ein Angebot der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG zur Änderung des Versicherungsvertrages gilt als abgelehnt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach seinem Zugang vom Versicherungsnehmer angenommen wird. Bei Ablehnung des Änderungsangebots gilt der Versicherungsvertrag als von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag einen Monat nach Ablauf der Monatsfrist zur Annahme des Änderungsangebots. Im Änderungsangebot hat die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hinzuweisen.
 - 1.2.3. dass die Übernahme der höheren Gefahr nach den im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags für den Geschäftsbetrieb der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht möglich ist, kann sie den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der höheren Gefahr kündigen. Diese Kündigung muss in geschriebener Form und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat erfolgen.

Artikel 8 **Pflichten des Versicherungsnehmers vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles**

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG bewirken, werden bestimmt:

- 1.1. Die versicherte Person besitzt als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich ist und befindet sich nicht in einem durch Alkohol oder Suchtgift beeinträchtigten Zustand im Sinne der Straßenverkehrsvorschriften. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
- 1.2. Die versicherte Person hat bei Benützung eines Kraftfahrzeuges einen Sicherheitsgurt anzulegen, sofern dies für die Benützung eines Kraftfahrzeuges gesetzlich vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Kraftfahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr benützt wird. Bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung werden sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen im kausalen Ausmaß gekürzt, jedoch um mindestens 25 %.
- 1.3. Die versicherte Person hat bei Benützung eines Kraftfahrzeuges oder Fahrrades einen Sturzhelm zu tragen, sofern dies für die Benützung des Kraftfahrzeuges oder Fahrrades gesetzlich vorgeschrieben ist. Bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Verpflichtung werden sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen im kausalen Ausmaß gekürzt, jedoch um mindestens 25 %.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Absatz 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

- 2.1. Ein Unfall ist der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form, sofern nicht die Schriftform vereinbart ist, anzuzeigen. Zu Erklärungen in geschriebener Form und Schriftform siehe Artikel 13 Punkt 1.
- 2.2. Ein Todesfall ist der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG innerhalb von drei Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3. Es sind der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG alle sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und nach Möglichkeit ist zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
- 2.4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
- 2.5. Die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von ihr bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.6. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG, wenn die versicherte Person in ein Spital gemäß Artikel 2, Punkt 6.2. eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- 2.7. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten und Bergungskosten Top sind der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 9 **Fälligkeit der Leistung des Versicherers**

1. Die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität, Unfallrente und Unfallsuperschutz innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe sie eine Leistungspflicht anerkennt.
Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens vorzulegen hat.
Unterbleibt die Vorlage der von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG zur Beurteilung der Leistungspflicht geforderten Unterlagen und Informationen wird der Entschädigungsanspruch nicht fällig, da die Leistungspflicht nicht beurteilt werden kann.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und sie diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den sie nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
4. Für Leistungen wegen Eintritts dauernder Invalidität sind überdies die Bestimmungen des Artikel 2, Punkte 1.5. und 1.6. zu beachten.
5. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 10 **Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten**

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Artikel 2, Punkt 1.6. (Dauernde Invalidität) entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem nachfolgenden Punkt 7. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG zu.

Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen sechs Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne von Punkt 1. unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.

4. Als Schiedsgutachter bestellen der von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.

5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 8, Punkte 2.4., 2.5. und 2.6. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne von Punkt 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.

7. Verlangt die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt sie Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen.

Dieser Maximalbetrag ist von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 10 % der für Tod und dauernde Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch € 5.000,00 betragen.

Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters, wie oben in Punkt 2. beschrieben, trägt die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG die Kosten des Schiedsgutachters.

Artikel 11

Vertragsdauer und Verlängerung; Ablaufkündigung

1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.
2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.
 - 2.1. Die Vertragsdauer verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen Monat vor Ablauf gekündigt wird (Ablaufkündigung).
Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragsdauer unter Beachtung der genannten einmonatigen Kündigungsfrist zur Verfügung.
 - 2.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber informieren wird, dass dieser den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann; dabei wird sie auch auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.
 - 2.3. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 2.1. und 2.2.
3. Abweichend von Punkt 2.1. endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, automatisch mit dem dem 75. Geburtstag folgenden und auf der Polizze angeführten Hauptfälligkeitstermin (Artikel 5, Punkt 1.).
Spätestens drei Monate vor automatischem Ablauf informiert die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG den Versicherungsnehmer in geschriebener Form darüber, dass der Versicherungsvertrag mit dem dem 75. Geburtstag folgenden Hauptfälligkeitstermin automatisch beendet wird.

Artikel 12

Kündigung nach Versicherungsfall

1. **Die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG** kann den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn
 - 1.1. innerhalb der letzten drei aufeinanderfolgenden Versicherungsperioden (inklusive laufender Versicherungsperiode) mehr als zwei von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG anerkannte Versicherungsfälle vorliegen und die Entschädigungsleistungen in Summe die Hälfte der in die drei Versicherungsperioden fallenden Gesamt-Nettoprämie übersteigen oder
mehr als ein von der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG anerkannter Versicherungsfall bei Vertragslaufzeiten von weniger als drei Versicherungsperioden (inklusive laufender Versicherungsperiode) vorliegt und die Entschädigungsleistungen in Summe die Hälfte der in diese Versicherungsperioden fallende Gesamt-Nettoprämie übersteigen.
Die Kündigung hat binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen
 - in dem durch eine oder mehrere Zahlungen mehr als die Hälfte der in die Versicherungsperioden gemäß Absatz 1 und 2 fallende Gesamt-Nettoprämie erreicht ist;
 - mit dem mittels Anerkenntnis die Leistung mit zumindest der Höhe nach anerkannt wird, die die Hälfte der Gesamt-Nettoprämie übersteigt.
 Die Kündigungsfrist beginnt mit jenem Zeitpunkt, welcher früher eintritt.
 - 1.2. ein Versicherungsfall eintritt, zu dem die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG eine Versicherungsleistung von mindestens € 10.000,00 anerkannt oder ausbezahlt hat.
Die Kündigung hat binnen eines Monats nach Anerkenntnis der Versicherungsleistung zu erfolgen.
 - 1.3. eine Versicherungsleistung wegen eines arglistig erhobenen Anspruchs abgelehnt wird.

- 2. Der Versicherungsnehmer** kann den Versicherungsvertrag kündigen
- 2.1. wenn die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung schuldhaft verzögert;
 - 2.2. nach Anerkennung dem Grunde nach und nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - 2.3. nach Entscheidung des Schiedsgutachters und nach Rechtskraft eines Gerichtsurteils über einen Deckungsanspruch aus diesem Vertrag.
- Der Versicherungsnehmer kann per sofort, jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
3. Bei Kündigung des Versicherungsvertrags steht der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG die anteilige Prämie bis zur Wirksamkeit der Vertragsauflösung zu.

Artikel 13 Form von Anzeigen und Erklärungen; Änderung der Anschrift

1. Form von Anzeigen und Erklärungen
Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen an die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.
Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder Telefax). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 Absatz 1 SVG zugehen muss.
2. Änderung der Anschrift
Der Versicherungsnehmer hat eine Änderung seiner Anschrift der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG bekanntzugeben. Solange der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift der KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG nicht bekannt gibt und sie keine Kenntnis von der neuen Anschrift des Versicherungsnehmers hat, gelten deren Erklärungen an die ihr vom Versicherungsnehmer zuletzt bekannt gegebene Anschrift als dem Versicherungsnehmer in jenem Zeitpunkt zugegangen, in welchem sie ohne Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wären.

Artikel 14 Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen die KÄRNTNER LANDESVERSICHERUNG bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung - seinen Wohnsitz hatte. Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Artikel 15 Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 in der jeweils geltenden Fassung) und Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG).

- § 6.** (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.
- (2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.
- (3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.
- (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.
- (5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.
- § 23.** (1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, daß durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- § 24.** (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.
- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- § 25.** (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.
- § 26.** Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt wird.
- § 27.** (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.
- § 28.** (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.
- § 29.** Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, daß das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.
- § 30.** Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

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

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

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

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

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

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

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

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

§ 41a. (1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages oder nach Abschluß des Vertrages wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, daß die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.

(2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlaßt worden ist.

§ 74. (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer abschließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung).

(2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, daß der Vertragsschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

§ 75. (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, dem Insolvenzverwalter beziehungsweise dem Treuhänder der Gläubiger den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§ 79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, daß der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

§ 80. (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, daß die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.

(2) Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, daß unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, daß fremdes Interesse versichert ist.

§ 184. (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG)

§ 4. (1) Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesondere solche, die die Beziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.