

Genießen Sie Ihr Leben. Wir schauen auf Sie.

Klauselverzeichnis Unfallvorsorge



#füreinandersorgen
Ihre Sorgen möchten wir haben.

WIENER 
STÄDTISCHE
VIENNA INSURANCE GROUP

Inhaltsverzeichnis

1011A – Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2021).....	2
2000B – Erweiterte Bedingungen für die Unfallversicherung (EUVB 2021)	12
1049K – Wertanpassung Unfall.....	22
1050K – Altersumstellung Kind	23
1051K – Altersumstellung Erwachsene.....	23
1052K – Therapiekosten	23
1053K – Unfall-Assistance	23
1054K – Erweiterte Unfall-Assistance	24
1061K – Sportpaket Aktiv	25
1062K – Sportpaket Adventure	25
1063K – Knochenbruch variabel	25
1064K – Knochenbruch fix	26
1065K – Urlaubs- und Freizeitpaket.....	26
1066K – Sparvariante - 10 %	27
2008K – Unfallkosten PLUS	27
2009K – Verbesserte Gliedertaxe XXL	30
2010K – Sofortleistung mit Verletzungskatalog.....	30

1011A – Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2021)

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

INHALTSVERZEICHNIS

Mit der Abkürzung EUVB sind die in der Polizza bezeichneten Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung gemeint.

VERSICHERUNGSSCHUTZ

- Artikel 1 Was ist versichert?
- Artikel 2 Was ist der Versicherungsfall?
- Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?
- Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?
- Artikel 5 Wann beginnt die Versicherung?
- Artikel 6 Was ist ein Unfall?
- Artikel 7 Was zahlt der Versicherer zusätzlich?
- Artikel 8 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?
- Artikel 9 Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten?

AUSSCHLÜSSE

Siehe Art. 15 der EUVB

SACHLICHE BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 10 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 11 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 12 Was ist bei Änderung des Wohnorts, der Berufstätigkeit, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?
- Artikel 13 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 14 Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?
 - Artikel 15 Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?
 - Artikel 16 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
 - Artikel 17 Wie sind Erklärungen abzugeben? Änderung der Anschrift
 - Artikel 18 Welches Recht gilt?
 - Artikel 19 Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?
 - Artikel 20 Sanktionsklausel
- Anhang

Vorbemerkung

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.
Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalls versichert ist.

VERSICHERUNGSSCHUTZ

ARTIKEL 1

Was ist versichert und wer ist versichert?

Was ist versichert?

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

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus den EUVB und den vereinbarten Klauseln. Aus der Polizza ist ersichtlich, welche Leistungsarten und Versicherungssummen tatsächlich vereinbart sind.

Wer ist versichert?

- Einzelversicherung: die in der Polizza genannte Person
- Partnerversicherung: die in der Polizza angeführten erwachsenen Partner
- Alleinerzieherversicherung: der in der Polizza genannte erwachsene Elternteil und die Kinder
- Familienversicherung: die in der Polizza genannten erwachsenen Eltern und die Kinder

Die genaue Beschreibung über den Umfang des Versicherungsschutzes kann der Versicherungsnehmer den EUVB entnehmen.

ARTIKEL 2

Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls (siehe Art. 6, Begriff des Unfalls).

ARTIKEL 3

Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

ARTIKEL 4

Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die sich während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes ereignen.

ARTIKEL 5

Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist und die Folgen des Zahlungsverzuges sind in Art. 11 geregelt.

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

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39 a VersVG.

ARTIKEL 6

Was ist ein Unfall?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet oder stirbt.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
 - Plötzliche Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an den Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen. Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 10 AUVB, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
 - Ertrinken
 - Erfrierungen, wenn diese im Zusammenhang mit einem Unfallereignis entstehen
 - Unfälle, die durch die durch Sekundenschlaf beim Lenken eines Kfz verursacht werden
 - Unfälle, die durch Schlafwandel verursacht werden
 - Gesundheitsschädigung infolge unabsichtlicher Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe
 - Gesundheitsschädigung infolge Einnahme von verdorbenen Lebensmitteln
 - Gesundheitsschädigung infolge Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten siebten Lebensjahr
 - Bei Vergiftungen durch Einatmen schädlicher Stoffe (Gase oder Dämpfe, Dünste, Staubwolken, Säuren oder ähnlich schädliche Stoffe) wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen innerhalb eines Zeitabschnitts von bis zu sieben Tagen ausgesetzt war. Ausgenommen davon bleiben jegliche allmähliche Einwirkungen sowie Einwirkungen von nuklearen, chemischen oder biologischen Kampfstoffen.
 - Gesundheitsschädigung, die die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben und/oder Sachen erleidet
 - eine Infektionskrankheit, welche durch von Tieren verursachte Hautverletzungen (Tierbiss, Insektenstich) übertragen wurde. Ein bloßes Einatmen oder Eindringen von Infektionserregern ohne derartiges Ereignis steht nicht unter Versicherungsschutz.
Als Unfall gelten ebenfalls Impffolgeschäden von Schutzimpfungen, die als Behandlung bzw. Vorbeugung gegen versicherte Infektionskrankheiten verabreicht wurden, wenn die versicherte Person dadurch eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.
Eine Leistung wird bei den beiden vorgenannten Unfällen vom Versicherer nur einmalig und nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Diese Gesundheitsschädigung muss innerhalb von 15 Tagen nach Durchführung der Schutzimpfung – aber frühestens 15 Tage nach Beginn und spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung – medizinisch festgestellt werden. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für die Leistungsarten Unfalltod oder Dauernde Invalidität erbracht und bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 50.000,- begrenzt.
 - Unfälle, die sich infolge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls ereignen
 - Unfälle, die sich infolge Bewusstseinsstörungen ereignen. Für dadurch verursachte Unfälle leistet der Versicherer für die Leistungsarten „Dauernde Invalidität“ und „Unfalltod“ im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme bis maximal zur Höhe dieses Betrags.
Ausgeschlossen bleiben jedoch Unfälle infolge wesentlicher Beeinträchtigung durch Alkohol, Suchtgifte, Medikamente oder psychische Erkrankungen, siehe dazu auch Art. 15 Pkt. 11 der EUVB.
 - Selbsttötung und Selbsttötungsversuch gelten nicht als Unfall.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen, mit folgenden Ausnahmen, wobei hier eine Leistung nur im Rahmen der Leistungsarten Dauernde Invalidität nach Artikel 1 und Unfalltod nach Artikel 5 der EUVB erbracht wird:
- a) Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Meningopolyneuritis aufgrund einer durch Zeckenbiss ausgelösten Borrelioseerkrankung, wenn die Krankheit frühestens 15 Tage nach Beginn und spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung serologisch festgestellt wird. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Meningopolyneuritis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.
 - b) Durch einen Unfall verursachter Wundstarrkrampf und Tollwut
 - c) Für die Folgen von Infektionskrankheiten, die nach einer Hautverletzungen durch Insektenstiche oder durch Tierbisse – ausgenommen Pkt. a) – übertragen worden sind. Hinsichtlich dauerhafter Gesundheitsschädigungen (insbesondere allergische Reaktionen), die durch Insektenstiche oder durch von sonstigen Tieren verursachte Hautverletzungen ausgelöst wurden, findet der Art. 10 „Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes“ dieser AUVB keine Anwendung. Der Versicherungsschutz besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Krankheit frühestens drei Monate nach Ausstellung der Versicherungspolizze bzw. spätestens bis drei Monate nach Beendigung des Versicherungsvertrages stattfand. Eine Zahlung wird vom Versicherer nur für die vereinbarten Leistungsarten Unfalltod, Dauernde Invalidität, sowie Heil-, Berge- bzw. Rückholkosten und Hubschrauberkosten erbracht und bleibt mit der Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet, sofern nicht ein Ausschlussatbestand gem. Art. 15 Pkt. 1.1 der EUVB gegeben ist.
5. Versichert sind Unfälle im Sinne von Art. 6 Pkt. 1 beim nicht beruflichen Tauchen bis 40 Meter Tiefe, sofern ein entsprechender Tauchschein eines staatlich anerkannten Tauchausbildners (z. B. PADI) vorhanden ist.

In diesem Fall gelten auch dabei auftretende tauchtypische Gesundheitsschädigungen mit dauerhaften Folgen als mitversichert:

Stickstoffintoxikation (Tiefenrausch)
CO₂-Intoxikation (Essoufflement)
Sauerstoffintoxikation
Atemgasembolie (AGE)
Barotraumen
Dekompressionskrankheit

Sonstige allmähliche Einwirkungen bleiben in jedem Fall ausgeschlossen.

ARTIKEL 7

Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 13 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Art. 13 Pkt. 2.2.2.

ARTIKEL 8

Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

- 8.1 Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
- 8.2 Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- 8.3 Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- 8.4 Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ sind überdies Artikel 1.8. und 1.9. der EUVB zu beachten.

ARTIKEL 9

Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten?

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, oder über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen kann ein Schiedsgutachter verbindlich entscheiden, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden „der Anspruchsberechtigte“) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom

- Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, der Versicherungsnehmer offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder der Versicherungsnehmer länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Pkt. 7 mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
 3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen drei Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne von Pkt. 1 sowie unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
 4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
 5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 13 Pkt. 2.2.4 gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
 6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Pkt. 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
 7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 1 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % des strittigen Betrags betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

SACHLICHE BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

ARTIKEL 10

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

1. Eine Versicherungsleistung wird vom Versicherer nur für die unmittelbar durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach den Bestimmungen in Art. 1.5.1 und 1.5.2 der EUVB bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, dann ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Dies gilt auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. Für Gesundheitsschädigungen,
 - die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z. B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
 - die auf Grund einer Mangeldurchblutung des Gehirns (z. B.: Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mangeldurchblutung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.
5. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (insbesondere z. B. Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

6. Bei Bandscheibenvorfällen wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
7. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

ARTIKEL 11

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz „Prämie“) ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polize oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.
2. Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.
3. Für die Rechtsfolgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39 a VersVG (siehe Anhang)

ARTIKEL 12

Was ist bei der Änderung des Wohnorts, der Berufstätigkeit, der Beschäftigung sowie bei gefährlichen oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?

Veränderungen des im Antrag angegebenen Wohnorts, Berufstätigkeit, der Beschäftigung sowie die Aufnahme einer vertraglichen oder beruflichen Sportausübung oder einer im Antrag anzugebenden gefährlichen und besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Personen sind unverzüglich anzuzeigen.

Unter einer gefährlichen und besonders gefährlichen Freizeitaktivität sind Tätigkeiten zu verstehen, bei denen die versicherte Person einer deutlich höheren Unfallgefahr oder einer bekanntlich höheren Verletzungsgefahr (Verletzungsfolge) unterliegt. Darunter sind z. B. Mannschaftssportarten in der ersten und zweiten Spielklasse (beim Fußball ab der vierten und beim Eishockey ab der dritten Spielklasse aufwärts), Downhill-Mountainbiken, das gesicherte Klettern im Gelände ab der Schwierigkeitsstufe V nach UIAA und Eisfallklettern, das Begehen von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad E gemäß der in Österreich üblichen Skala u. a. zu verstehen. Für einige dieser gefährlichen bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten bietet der Versicherer im Rahmen von Sportpaketen Versicherungsschutz gegen einen Prämienzuschlag an.

Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst oder zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Ergibt sich für den neuen Wohnort, die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährliche Freizeitaktivität des Versicherten gemäß des dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Tarifs:

- eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab welchem dem Versicherer die Anzeige zugehen hätte müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder gefährlichen und besonders gefährliche Freizeitaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer – dem höheren Risiko – angepassten Prämie. Hierzu wird der Versicherer Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos binnen eines Monats einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Änderungsvorschlages des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigt der Versicherungsnehmer seinen Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die vom Versicherer vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Der Versicherer wird den Versicherungsnehmer in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Tritt ein auf den neuen Wohnort, die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so wird von dem Versicherer die Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich ergeben, wenn man die für den neuen Wohnort, die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivität erforderlichen Prämienätze des dem Vertrag zugrundeliegenden Tarifs auf die für die versicherte Person bisher zu verrechnende Prämie anwendet.

- Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, die gefährliche oder besonders gefährliche Freizeitaktivität oder die vertragliche bzw. berufliche Sportausübung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, dann finden die Bestimmungen zur Gefahrenerhöhung der §§ 23 bis 30 VersVG Anwendung.

ARTIKEL 13

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

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen von § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeugs die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die nach österreichischem Recht zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeugs erforderlich wäre, besitzt. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird sowie im Ausland.
2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen von § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

UNFALLVERSICHERUNG UNFALLVORSORGE

- 2.1.1. Alle (auch mündliche) Angaben sind im Zuge der Schadensabwicklung (auch Abwicklung möglicher Regresse der Versicherungsleistungen) vollständig und wahrheitsgetreu zu machen.
- 2.2. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.
- 2.2.1. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von drei Tagen vom Bezugsberechtigten ab Kenntnis des Todesfalles und Bestehen des Versicherungsverhältnisses anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.2.2. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
- 2.2.3. Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden. Dem Versicherer sind alle sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und nach Möglichkeit ist zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.
- 2.2.4. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von diesem bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.2.5. Ist auch Spitalgeld versichert, so sind dem Versicherer nach der Entlassung aus dem Spital der Entlassungsbefund und Aufenthaltsbestätigung der Spitalsverwaltung zuzusenden.
- 2.2.6. Sind auch Heilkosten und/oder Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten versichert, so sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.
- 2.2.7. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer für die Leistungsfallprüfung notwendigen verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen. Diese Ermächtigung mit der Belehrung über die Folgen der Einwilligung und der Folgen im Falle eines Widerrufs einer erteilten Ermächtigung wird zu jedem gemeldeten Unfall in geschriebener Form vom Versicherer eingeholt.

Hat der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person dem Versicherer die Ermächtigung zur Einholung dieser Unterlagen erteilt und wird diese Ermächtigung im Sinne der Bestimmungen des § 11 a VersVG widerrufen, dann müssen der Versicherungsnehmer bzw. die anspruchsberechtigte versicherte Person alle Krankenunterlagen selbst beschaffen und beibringen. Welche Unterlagen für die Beurteilung des gestellten Anspruchs jeweils erforderlich sind, wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person in geschriebener Form bekanntgeben.

Dazu zählen alle Unterlagen, die

- die Heilbehandlung aufgrund des als Unfallereignis gemeldeten Vorfalles betreffen sowie frühere Heilbehandlung betreffen, die mit den geltend gemachten Unfallfolgen in Zusammenhang stehen,
- zur Beurteilung eines Risikoausschlusses wie insbesondere Alkoholisierung und Beeinträchtigung durch Medikamente und Drogen in Zusammenhang stehen bzw.
- zur Beurteilung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes wegen Vorinvalidität am betroffenen Körperteil in Zusammenhang stehen bzw.
- zur Beurteilung der Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen und Degenerationen in Zusammenhang stehen.

Wird die Ermächtigung zur Einholung dieser erforderlichen Unterlagen einerseits verweigert oder widerrufen, aber andererseits die Beschaffung und Beibringung durch den Versicherungsnehmer bzw. die anspruchsberechtigte versicherte Person ganz oder teilweise verweigert oder erfolgt diese trotz zweimaliger schriftlicher Einforderung unter 14-tägiger Nachfristsetzung grob fahrlässig nicht, und hat dies zur Folge, dass die Leistungsfallprüfung nicht abgeschlossen werden kann, dann sind wir leistungsfrei.

SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

ARTIKEL 14

Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahrs, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen entrichtet wird. Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr. Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizze ausgewiesene Versicherungsdauer endet.
2. Automatische Vertragsverlängerung
- 2.1.1. Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird.
Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat, zur Verfügung.
- 2.1.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum diese Regelungen.
- 2.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

ARTIKEL 15**Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden?****Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?**

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
- 1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, aber nur in den nachstehend genannten Fällen
 - die für diesen Versicherungsfall zu leistende Entschädigung übersteigt einen Betrag von mehr als das Zehnfache der Jahresprämie oder
 - eine im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistungsart Unfallrente dem Grunde nach anerkannt worden ist oder
 - in der jeweiligen Versicherungsperiode sind insgesamt bereits zwei oder mehr Versicherungsfälle nicht aus den Leistungsarten Dauernde Invalidität oder Unfallrente eingetreten und die dafür insgesamt zu leistende Entschädigung übersteigt eine Jahresprämie.Der Versicherer kann auch in dem Fall kündigen, wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach
 - nach erbrachter Versicherungsleistung
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruchs auf Versicherungsleistung vom Versicherer vorzunehmen. Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.
- 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer in den in Pkt. 1.1 genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder dessen Anerkennung verzögert. Weiters kann der Versicherungsnehmer nach Entscheidung des Schiedsgutachters bzw. nach Rechtskraft des Urteils im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen. In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach,
 - nach erbrachter Versicherungsleistung,
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruchs auf eine Versicherungsleistung,
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruchs auf eine Versicherungsleistung,
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 8 Fälligkeit der Leistung und Verjährung des Versicherers),
 - nach Rechtskraft des Urteils im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht vom Versicherungsnehmer vorzunehmen. Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
 - 1.3. Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
 2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

ARTIKEL 16**Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu?****Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?**

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 in §§ 74 bis 80 VersVG sind so anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.
Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrags die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich.
Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so kann der Versicherungsnehmer den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten sowie der Schadensminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

ARTIKEL 17**Wie sind Erklärungen abzugeben? Änderung der Anschrift**

- 17.1. Folgende Erklärungen zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer bzw. Versicherten oder sonstigen Dritten sind nur in Schriftform wirksam:
 - Kündigung
 - Änderung des Anspruchsberechtigten für den Erhalt von Versicherungsleistungen (z. B. Bezugsrechtsänderung)
 - Anzeigen bzw. Aufhebungen von Sicherstellungen (Vinkulierung, Verpfändung, Abtretung)
 - Prämienfreistellung
 - Anforderung einer Letztstandspolizze

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 SVG zugeht.

Für andere Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. des Versicherten oder sonstiger Dritter im Zusammenhang mit den beantragten Versicherungen, insbesondere für Rücktrittserklärungen, genügt es zur Wirksamkeit, wenn diese in geschriebener Form erfolgen (z. B. E-Mail oder – sofern vereinbart – elektronische Kommunikation gem. § 5 a VersVG). Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z. B. Telefax oder E-Mail).

17.2. Änderung der Anschrift:

Wenn Sie ihren Wohnort wechseln, dann müssen Sie uns ihre neue Anschrift mitteilen, andernfalls richten wir unsere Erklärungen an ihre letzte uns bekannte Adresse.

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

ARTIKEL 18

Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

ARTIKEL 19

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

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

Der Versicherungsnehmer kann nur vor dem sachlich zuständigen Gericht seines Wohnsitzes, gewöhnlichen Aufenthaltsortes oder Orts seiner Beschäftigung geklagt werden, wenn er Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes ist. Ist er Unternehmer, kann er auch vor dem sachlich zuständigen Gericht seines Unternehmenssitzes oder in 1010 Wien geklagt werden.

Der Versicherer kann jedenfalls vor dem sachlich zuständigen Gericht in 1010 Wien geklagt werden.

ARTIKEL 20

Sanktionsklausel

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw Embargos der Europäischen Union oder der Republik Österreich entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika oder andere Länder erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder österreichische Rechtsvorschriften entgegenstehen.

ANHANG

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

Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

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

§ 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 Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder

UNFALLVERSICHERUNG UNFALLVORSORGE

wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 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.

§ 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 Vertragschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

§ 75

- (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.
- (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76

- (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.
- (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.
- (3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77

Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, dem Insolvenzverwalter beziehungsweise dem Treuhänder der Gläubiger den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte

Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§ 78

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

§ 79

- (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, daß der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

§ 80

- (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, daß die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.
- (2) Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, daß unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, daß fremdes Interesse versichert ist.

§ 184

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

Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG)

§ 4

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

2000B – Erweiterte Bedingungen für die Unfallversicherung (EUVB 2021)

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

Diese Bedingung ist nur in Verbindung mit den im Versicherungsvertrag vereinbarten Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB) gültig, Verweise auf bestimmte Bestimmungen der AUVB werden mit einem entsprechenden Hinweis geführt.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERTE PERSON(EN)

A.1 Einzel-(und Senioren)-Unfallversicherung mit Partner-Bonus

Versicherungsschutz besteht für die in der Polizze angeführte Person. Die versicherte Person kann ein Kind oder eine erwachsene Person sein. Zum Partner-Bonus siehe bitte Art. 13 Pkt. 2.

A.2 Partner-(und Seniorenpartner)-Unfallversicherung mit Baby-Bonus

Versichert ist der Versicherungsnehmer und dessen Ehepartner oder Lebensgefährte im Zeitpunkt des Versicherungsfalles, sofern dieser im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer lebt. Zum Baby-Bonus siehe bitte Art. 13 Pkt. 1.

A.3 Alleinerzieher mit Kind(ern)

Versichert ist der Versicherungsnehmer sowie dessen leibliche oder adoptierte Kinder, sofern diese im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben und keine wie immer gearteten Einkünfte aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit erzielen.

Eine bloße Lehrlingsentschädigung gilt nicht als Einkommen im Sinne dieser Bestimmung, eine geringfügige Beschäftigung, ein Präsenzdienst oder Zivildienst führen nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Der Versicherungsschutz für die Kinder gilt auch dann, wenn die Voraussetzung des gemeinsamen Haushalts aufgrund einer weiterführenden Ausbildung (z. B. Studium) nicht gegeben ist, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres und erlischt für diese versicherte Person ohne einer Kündigung. Der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder erlischt jedenfalls bei Aufnahme einer beruflichen oder anderen entgeltlichen Tätigkeit auch vor Ablauf des 25. Lebensjahres.

A.4 Familien-Unfallversicherung

Versichert sind der Versicherungsnehmer und dessen Ehepartner oder Lebensgefährte im Zeitpunkt des Versicherungsfalles sowie deren leibliche oder adoptierte Kinder, sofern diese im gemeinsamen Haushalt mit dem Versicherungsnehmer leben und keine wie immer gearteten Einkünfte aus selbständiger oder unselbständiger Tätigkeit erzielen. Eine bloße Lehrlingsentschädigung gilt nicht als Einkommen im Sinne dieser Bestimmung, eine geringfügige Beschäftigung, ein Präsenzdienst oder Zivildienst führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes.

Der Versicherungsschutz für die Kinder gilt auch dann, wenn die Voraussetzung des gemeinsamen Haushalts aufgrund einer weiterführenden Ausbildung (z. B. Studium) nicht gegeben ist, längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres und erlischt für diese versicherte Person ohne einer Kündigung. Der Versicherungsschutz für die mitversicherten Kinder erlischt jedenfalls bei Aufnahme einer beruflichen oder anderen entgeltlichen Tätigkeit auch vor Ablauf des 25. Lebensjahres.

Versichert ist

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- Artikel 1 Was versteht man unter dauernder Invalidität, wann wird dafür eine Leistung erbracht?
- Artikel 2 Was gilt für den Invaliditäts-Vollschutz?
- Artikel 3 Was versteht man unter Unfallrente, wann wird dafür eine Leistung erbracht?
- Artikel 4 Was versteht man unter Pflegerente, wann wird dafür eine Leistung erbracht?
- Artikel 5 Was gilt bei Tod durch Unfall als vereinbart?
- Artikel 6 Was gilt bei Taggeld als vereinbart?
- Artikel 7 Was ist im Rahmen des Spitalgeldes versichert?
- Artikel 8 Wann bezahlen wir das Schmerzensgeld?
- Artikel 9 Was ist im Rahmen von Unfallkosten Basis versichert?
- Artikel 10 Welche Leistungen sind bei Kinderlähmung und Erkrankung durch Zeckenbiss vereinbart?
- Artikel 11 Was gilt bei Prämienersparnis im Krankheitsfall als vereinbart?
- Artikel 12 Was gilt für Ersatz der Fixkosten?
- Artikel 13 Was gilt für den Partner- und Babybonus?
- Artikel 14 Wann kann eine prämienfreie Weiterführung des Versicherungsschutzes vereinbart werden?
- Artikel 15 Ausschlüsse

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

VERSICHERUNGSLEISTUNGEN — LEISTUNGSARTEN

In diesem Abschnitt werden die versicherbaren Leistungsarten (Artikel 1 – Artikel 9) beschrieben. Welche Leistungsarten davon in ihrem Versicherungsvertrag vereinbart worden sind, wird auf ihrer Versicherungspolize dokumentiert. In Artikel 10 – Artikel 14 sind die Zusatzleistungen beschrieben.

ARTIKEL 1

Leistungsart „Dauernde Invalidität“

Was versteht man unter dauernder Invalidität, wann wird dafür eine Leistung erbracht?

- 1.1 **Dauernde Invalidität mit Progression und Leistung ab 1 %**
Im Falle dauernder Invalidität wird die Versicherungsleistung bereits ab 1 % erbracht und ab 25%iger Invalidität progressiv steigend nach folgendem Schema erbracht:
 - 1.1.1 Variante Progression 400 %:
 - der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht,
 - der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad verfünffacht und
 - der 75 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht.
 Ab 90%iger dauernder Invalidität bezahlt der Versicherer bereits 400 % der vereinbarten Versicherungssumme.
 - 1.1.2 Variante Progression 500 %:
 - der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht,
 - der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad verfünffacht und
 - der 75 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht.
 Ab 90%iger dauernder Invalidität bezahlt der Versicherer bereits 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.
 - 1.1.3 Variante Progression 600 %:
 - der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird vervierfacht,
 - der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad versechsfacht und
 - der 75 % übersteigende Invaliditätsgrad wird verachtfacht.
 Ab 90%iger dauernder Invalidität bezahlt der Versicherer bereits 600 % der vereinbarten Versicherungssumme. Welche dieser Varianten für den Versicherungsvertrag vereinbart worden ist, wird in der Polize dokumentiert.
 - 1.1.4 Variante ohne Progression:
Bei dieser Variante zahlt der Versicherer die Invaliditätsleistung als prozentuellen Betrag von der vereinbarten Versicherungssumme.
- 1.2 **Wann bezahlt der Versicherer den TOP-Zuschuss?**
Beträgt der nach Artikel 1 festgestellte Invaliditätsgrad zumindest 35 %, dann leistet der Versicherer zusätzlich zur Leistung für dauernde Invalidität ab 1 % den TOP-Zuschuss. Die Höhe dieser Zusatzleistung ist in Ihrer Polize festgehalten.
- 1.3 **Dauernde Invalidität mit Progression und Leistung erst ab einem bestimmten Invaliditätsgrad**

Im Falle dauernder Invalidität wird die Versicherungsleistung aus dieser Versicherungssumme erst ab dem in der Polizza festgehaltenen Prozentsatz (z. B. Leistung ab 20 %) erbracht, unter diesem Prozentsatz erfolgt aus dieser Versicherungssumme keine Leistung. Diese Versicherungssumme kann mit einer Versicherungssumme für dauernde Invalidität gemäß Artikel 1 Pkt. 1 und der gleichen Progression kombiniert werden. Die Leistung wird ab 25%iger Invalidität progressiv steigend und dann auch nach demselben Schema erbracht.

1.4

1.4.1

Voraussetzung für die Leistung einer dauernden Invalidität ist:

- Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- Die Invalidität ist innerhalb eines Jahrs nach dem Unfall eingetreten und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht und innerhalb von 24 Monaten (Einlangen bei uns) ab dem Unfalltag gerechnet bei uns geltend gemacht worden.

Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahrs nach dem Unfall stirbt. Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer bei Unfällen der versicherten Person als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression.

1.5

1.5.1

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Arms	80 %
einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beins	70 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt	
des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	100 %
des Gehörs eines Ohrs	50 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohrs vor Eintritt	
des Versicherungsfalles bereits verloren war	50 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %
der Stimme	50 %
einer Niere	20 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 1 Abs. 1.6 anzuwenden.

1.5.2

Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

1.6

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. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 10 der AUVB.

1.7

Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

1.8

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass der Versicherte innerhalb eines Jahrs nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.

1.9

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch einen Schiedsgutachter im Sinne von Artikel 9 AUVB.

Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung als wir bereits erbracht haben, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Artikel 8 AUVB) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

1.10

Stirbt die versicherte Person

1.10.1

unfallbedingt innerhalb eines Jahrs nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditäts- bzw. Unfallrentenleistung;

1.10.2

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

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

ARTIKEL 2

Leistungsart „Invaliditäts-Vollschutz“

Der Versicherer bezahlt die vereinbarte Versicherungssumme, wenn der durch den versicherten Unfall festgestellte Invaliditätsgrad 50 % erreicht oder übersteigt und ab 90%iger Invalidität wird diese Leistung um 50 % erhöht. Unter 50 % erfolgt keine Leistung.

ARTIKEL 3

Leistungsart „Unfallrente“

Was versteht man unter Unfallrente, wann wird dafür eine Leistung erbracht?

- 3.1 Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne von Artikel 1.4.1 dieser Bedingungen, dann wird – unabhängig vom Alter der versicherten Person – die vereinbarte Unfallrente entsprechend der getroffenen Vereinbarung an die versicherte Person gezahlt.
Abhängig von der vertraglichen Vereinbarung wird eine Leistung für Unfallrente ab einem Invaliditätsgrad
- von mindestens 35 % erbracht; beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35 %, jedoch weniger als 50 %, dann wird die halbe vereinbarte Monatsrente ausbezahlt.
 - von mindestens 50 % erbracht.
- Die jeweils getroffene Vereinbarung für die Unfallrente ist in der Polizze dokumentiert.
- 3.1.1 Abweichend von Artikel 10 AUVB werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt (das heißt, auch wenn der Anteil unter 25 % beträgt).
- 3.1.2 Die Unfallrente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 8 AUVB rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten zu.
- 3.1.3 Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von vier Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfallkausale Invaliditätsgrad unter 50 % bzw. 35 % gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Unfallrente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis dahin bezahlte Rentenleistungen werden von uns jedoch nicht zurückverlangt.
- 3.1.4 Der Anspruch auf Rentendauer erlischt mit Ablauf der vereinbarten Rentendauer, jedenfalls jedoch mit dem Tod der versicherten Person.
Garantierrente im Falle des Todes bei der lebenslangen Rente:
Stirbt die versicherte Person nach Fälligkeit der ersten Rente innerhalb von 20 Jahren, wird die Rentenzahlung jedenfalls für den auf die Dauer von 20 Jahren fehlenden Zeitraum an die bezugsberechtigte Person fortgesetzt. Diese Vereinbarung gilt nicht für versicherte oder mitversicherte Kinder und Jugendliche (Personen unter 18 Jahren).
- 3.3 Bezugsberechtigt sind:
Bei Einzel- und Alleinerzieher-Unfallversicherung sind die Erben, bei der Partner- und Familien-Unfallversicherung der Ehepartner bzw. Lebensgefährte zum Zeitpunkt des Ablebens der rentenbeziehenden Person als bezugsberechtigt.
- 3.3.1 Gewinnbeteiligung
Sobald eine Unfallrente zur Auszahlung gelangt, nimmt sie im Wege der Gewinnbeteiligung an den vom Versicherer erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Liquide Unfallrenten gehören dem Gewinnverband U an.
Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Rente. Der auf den vereinbarten Vertrag entfallende Gewinn wird alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben.
Die erstmalige Gutschrift erfolgt am 31. Dezember im ersten Kalenderjahr nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 8 AUVB, d. h. nach der erstmaligen Rentenauszahlung.
Für die Höhe des Gewinnanteils sind die von den Unternehmensorganen des Versicherers diesbezüglich gefassten Beschlüsse maßgeblich. Der Anspruch auf den Gewinnanteil entsteht mit der Beschlussfassung.
- 3.4 Mehrleistung bei Pflegebedürftigkeit:
Wird die versicherte Person unfallbedingt auch pflegebedürftig, dann bezahlen wir ab der Pflegestufe V eine Mehrleistung von 25 % auf die vereinbarte Versicherungssumme für die Unfallrente so lange, wie diese Pflegebedürftigkeit gegeben ist. Bei Wegfall der Pflegestufe V oder einer höheren Stufe, erlischt der Anspruch auf diese Mehrleistung. Dem Versicherer sind zum Nachweis des Anspruchs alle erforderlichen Unterlagen (wie z. B. der Pflegebescheid) vorzulegen. Bei Änderung der Pflegestufen tritt anstelle der Stufe V jene Stufe, die einen Pflegeaufwand von zumindest 180 Stunden/Monat vorsieht. Die Pflegebedürftigkeit muss ausschließlich durch den versicherten Unfall entstanden sein.
- 3.5 Mehrleistung bei Berufsunfähigkeit zur Unfallrente:
Wird die versicherte Person durch die Folgen des versicherten Unfalls dauerhaft und vollständig berufsunfähig, dann bezahlt der Versicherer zusätzlich zur vereinbarten monatlichen Unfallrente einmalig das Zwölfwache dieser Versicherungssumme (Einmalzahlung). Voraussetzung für diese Zusatzleistung ist, dass im Zeitpunkt des Unfalls ein Beruf zum Zweck der finanziellen Selbsterhaltung – nicht bloß eine geringfügige Beschäftigung – ausgeübt worden ist und die versicherte Person das 65. Lebensjahr noch nicht erreicht hat.
Die Zusatzleistung zählt nicht zur Garantierrente und wird nur an die versicherte Person ausgezahlt.

ARTIKEL 4

Leistungsart „Pflegerente“

Was versteht man unter Pflegerente, wann wird dafür eine Leistung erbracht?

Voraussetzungen:

- 4.1 Wird die versicherte Person aufgrund eines nach diesen Bedingungen für die Unfallversicherung versicherten Unfalls innerhalb eines Jahrs pflegebedürftig, dann leistet der Versicherer unter nachstehenden Voraussetzungen die vereinbarte Pflegerente:
Die versicherte Person kann zumindest vier der nachstehend angeführten Grundverrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang nicht eigenständig durchführen und bedarf dabei der Hilfe einer anderen Person:
- Aufstehen und Zubettgehen
 - An- und Auskleiden
 - Waschen, Kämmen und Rasieren
 - Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
 - Stuhlgang
 - Wasserlassen
- 4.2 Die Voraussetzungen für die Rentenleistung sind auch dann erfüllt, wenn die versicherte Person aufgrund des versicherten Unfalls dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann sowie wenn sie unfallbedingt der Bewahrung bedarf, d. h. dass eine seelisch oder geistig behinderte Person einer äußeren, stets gegenwärtigen Einwirkung durch bereitstehende Aufsichtspersonen bedarf, um sich selbst oder Dritte nicht zu gefährden.
- 4.3 Diese Pflegebedürftigkeit wird nach medizinischen Gesichtspunkten beurteilt.
- 4.4 Vorübergehende Verschlimmerungen bzw. vorübergehende Besserungen der durch den Unfall hervorgerufenen Pflegebedürftigkeit bleiben bei deren Einstufung unberücksichtigt.
Eine solche Verschlechterung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.
- 4.5 Fälligkeit:
Der Anspruch auf Pflegerente entsteht mit Ablauf des sechsten vollen Kalendermonats nach Eintritt der unfallkausalen Pflegebedürftigkeit, frühestens jedoch mit der Bekanntgabe des Anspruchs.
Die Pflegebedürftigkeit muss während dieser Zeit ununterbrochen in der leistungsauslösenden Art und Höhe (siehe Pkt. 4.1 bis 4.4) bestanden haben.
Zeiten einer stationären Behandlung von mehr als einem vollen Kalendermonat zählen nicht mit.
- 4.6 Ruhen des Anspruchs:
Der Anspruch auf Pflegerente ruht
- in den Kalendermonaten, in denen sich die versicherte Person während des vollen Monats in stationärer Heilbehandlung befindet; darunter fallen stationäre Krankenhausaufenthalte, stationäre Rehabilitationsmaßnahmen, Kur- und Sanatoriumsbehandlungen oder die zwangsweise Aufnahme aufgrund richterlicher oder amtsärztlicher Verfügung.
 - in den Kalendermonaten, in denen die versicherte Person während des vollen Monats außerhalb Österreichs gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt nicht länger als drei volle Monate andauert oder wir einer längeren Pflege im Ausland zugestimmt haben.
- 4.7 Ende des Anspruchs:
Der Anspruch auf Pflegerente erlischt,
- wenn sich die Pflegebedürftigkeit über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten so bessert, dass die Voraussetzungen in Pkt. 4.1. nicht mehr erfüllt werden,
 - wenn die versicherte Person stirbt.
 - wenn der ständige Wohnort oder der gewöhnliche Aufenthalt in das Ausland verlegt wird.

ARTIKEL 5

Leistungsart „Unfalltod“

Was gilt bei Tod durch Unfall als vereinbart?

- 5.1 Tritt innerhalb eines Jahrs vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalls ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
Zusätzlich ersetzt der Versicherer auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich sowie die Kosten der Bestattung bis 5 % der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme, insgesamt maximal jedoch EUR 10.000,-.
- 5.2 Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für die Leistungsart dauernde Invalidität (Artikel 1) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.
- 5.3 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 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrags für Beerdigungskosten rückerstattet. Der Ersatz der Begräbniskosten wird an den Überbringer der Originalrechnungen geleistet.
- 5.4 Bezugsrecht in Partner-, Alleinerzieher- und Familien-Unfallversicherung
Sofern keine abweichende Vereinbarung getroffen wurde, ist im Falle des Todes durch Unfall einer der versicherten Personen sein Ehepartner oder, wenn eine Ehe nicht besteht, der Lebensgefährte zum Bezug der Versicherungssumme für den Todesfall berechtigt.

Bei der Unfallversicherung für Alleinerzieher sind im Falle des Tods des versicherten Alleinerziehers die Erben bezugsberechtigt.

Im Falle des Tods eines mitversicherten Kinds nach Vollendung des 15. Lebensjahres sind die Erben bezugsberechtigt, vor Vollendung gilt der Überbringer der Original-Begräbniskostenrechnungen als bezugsberechtigt.

5.5 Waisenrente in der Alleinerzieher- und Familien-Unfallversicherung

Im Falle des Tods durch einen Unfall eines versicherten und berufstätigen Elternteils leistet der Versicherer ab einer Versicherungssumme für Unfalltod von mindestens EUR 50.000,- zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall eine Waisenrente an die leiblichen und adoptierten Kinder. Die monatliche Waisenrente beträgt je Kind EUR 250,-. Diese Rentenleistung unterliegt keiner Wertanpassung.

Diese Rentenleistung endet mit

- dem Todesfall des bezugsberechtigten Kinds,
- spätestens jedoch mit dem Monat, in dem das bezugsberechtigte Kind den 18. Geburtstag hat.

5.6 Witwenrente in der Partner-, Familien- und Senioren-Partner-Unfallversicherung

Im Falle des Tods durch Unfall eines versicherten Lebenspartners (Ehepartner oder Lebensgefährte im Sinne der Bestimmungen in Abschnitt A2 und A4 dieser Bedingung) leistet der Versicherer in der Partner-, Familien- und Senioren-Partner-Unfallversicherung zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall EUR 250,- monatlich maximal fünf Jahre lang ab dem Unfalltag. Diese Zusatzleistung gilt ab einer Versicherungssumme für den Todesfall von EUR 50.000,- als mitversichert. Die Leistung wird an den überlebenden Lebenspartner erbracht und erlischt durch Ablauf des Leistungszeitraumes, frühestens jedoch mit dem Tod des Leistungsempfängers.

ARTIKEL 6

Leistungsart „Taggeld“

Was gilt für Taggeld als vereinbart?

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

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

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

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

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

ARTIKEL 7

Leistungsart „Spitalgeld“

Was ist im Rahmen des Spitalgeldes versichert?

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

7.2 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.

7.3 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 Geisteskranke.

7.4 Bei Unfällen im Ausland, die einen sofortigen und ununterbrochenen Spitalsaufenthalt in diesem Land verursachen, wird das vereinbarte Spitalgeld für die Dauer dieses Aufenthalts um 100 % erhöht. Als Ausland gilt jedes Land außerhalb Österreichs, in dem die versicherte Person keinen Wohnsitz hat.

ARTIKEL 8

Leistungsart „Schmerzensgeld“

Wann bezahlen wir das Schmerzensgeld?

8.1 Der Versicherer bezahlt nach einem medizinisch bedingten, ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens zehn Tagen innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag die in der Polizze vereinbarte Leistung. Beträgt der ununterbrochene Spitalsaufenthalt – ausgenommen davon sind stationäre Aufenthalte in Rehabilitationszentren – mindestens 20 Tage, erhöht sich diese Leistung auf das Dreifache. Für ununterbrochene stationäre Aufenthalte in einem Rehabilitationszentrum von mindestens 20 Tagen, wird das einfache Schmerzensgeld geleistet. Das Schmerzensgeld wird pro Versicherungsfall nur einmal ausbezahlt.

- 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, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

ARTIKEL 9

Leistungsart „Unfallkosten Basis“

Was ist im Rahmen von Unfallkosten Basis versichert?

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

Im Rahmen der Unfallkosten sind versichert:

- 9.1 Heilkosten
Das sind Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines vollständigen Zahnersatzes sowie andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche erstmalige Anschaffungen. Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines – auch teilweisen – Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.
Der Ersatz aller Heilkosten ist mit 50 % der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Nicht ersetzt werden die Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und die Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte und Kurkosten.
Unfall im Home-Office:
Für Unfälle, die sich während der erfassten und üblichen Dienstzeit (Home-Office-Unfall) in den Räumlichkeiten der Wohnung bzw. in dem Eigenheim – in welchem die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz oder Nebenwohnsitz hat – ereignen sollten, wird der Ersatz der Heilkosten statt bis zu 50 % auf bis zu 75 % erhöht. Diese Erhöhung gilt jedoch nicht für Unfälle, für die kein inhaltlicher, kausaler Zusammenhang zur versicherten beruflichen Tätigkeit hergestellt werden kann.
- 9.2 Bergungskosten
Das sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.
Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transports bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
Nicht ersetzt werden Hubschraubereinsatzkosten mit Ausnahme in den Fällen der Bestimmung gemäß Artikel 9.2.1.
- 9.2.1 Hubschraubereinsatzkosten
Der Versicherer ersetzt zusätzlich die notwendigen Hubschraubereinsatzkosten, die durch
– Unfälle der versicherten Person bei Ausübung von Sport und Touristik (z. B. insbesondere beim Schifahren, Schitouren gehen, Wandern, Bergsteigen, Klettern, Rodeln) am Berg und deren Transport in das Tal bzw. direkt in das nächstgelegene Krankenhaus entstehen oder
– infolge des Suchens und der Bergung einer in Berg- oder Wassernot geratenen, verletzten oder unverletzten versicherten Person entstehen
Diese Kosten werden – bei verletzten versicherten Personen ab NACA III – bis zu einem Betrag von EUR 15.000,- ersetzt. Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung.
- 9.3 Rückholkosten
Das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletztentransports, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnorts verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zum ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird. Weiters bezahlt der Versicherer die Kosten eines bodengebundenen Hin- und Rücktransports von der Wohnung der versicherten Person bzw. dem Krankenhaus, in dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in Behandlung befindet, zu einer Rehabilitationseinrichtung (wie z. B. Weißer Hof u. dgl.), die zur Beseitigung der Unfallfolgen aufgesucht wird.
Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten bis EUR 7.000,- zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
Ist eine Versicherungssumme für Unfalltod vereinbart, dann werden diese Kosten entsprechend der für die versicherte Person günstigeren Vereinbarung ersetzt.
- 9.4 Rehabilitationsbeihilfe
Zusätzlich zu den versicherten Unfallkosten zahlt der Versicherer nach einem Unfall eine Rehabilitationsbeihilfe in Höhe von EUR 2.500,-, wenn sich die versicherte Person innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung einer stationären Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum unterzogen hat.
Die medizinische Notwendigkeit dieser Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.
Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.
- 9.5 Reisekosten

- Der Versicherer bezahlt die Reisekosten der Familienangehörigen (Ehepartner bzw. Lebensgefährtin oder der Eltern) zur versicherten Person bis zu EUR 2.500,-, wenn die versicherte Person im Ausland verunfallt ist und dort mindestens sieben Tage in einem Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.
- 9.6 Begleitkosten
Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalls ersetzt der Versicherer auch die Verpflegungskosten für eine Begleitperson.
Dieser Kostenersatz gilt nur für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind beziehungsweise von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden. Die entsprechenden Originalrechnungen sind dem Versicherer zu überlassen. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.
- 9.7 Kosten kosmetischer Operationen
Die aufgewendeten Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen ersetzt der Versicherer bis zu EUR 20.000,-, soweit diese Kosten innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.
- 9.8 Nottransportkosten aus dem Ausland
Nottransportkosten sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransports der im Ausland verunfallten oder akut erkrankten versicherten Person nach Österreich durch eine vom Versicherer bestimmte Organisation (z. B. Tyrolean Air Ambulance).
Diese Organisation entscheidet in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung eines Nottransports und führt diesen durch.
Der Versicherer ersetzt die Kosten des Nottransports unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese. Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransports anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die von uns bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.
- 9.9 Schulausfallgeld
In der Kinder-, Jugendunfall- und in der Alleinerzieher- und Familien-Unfallversicherung bezahlt der Versicherer im Falle eines mindestens 14-tägigen ununterbrochenen Spitalsaufenthaltes des versicherten Kinds (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) infolge eines Unfalls maximal einmal pro Jahr das Schulausfallgeld in Höhe von EUR 750,-. Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind sich im Zeitpunkt des Versicherungsfalles in Schulausbildung befindet. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

ARTIKEL 10

Kinderlähmung und Zeckenbiss

Welche Leistungen sind bei Kinderlähmung und Erkrankung durch Zeckenbiss vereinbart?

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

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

Eine Leistung wird vom Versicherer nur im Rahmen der Leistungsarten „Dauernde Invalidität“ nach Artikel 1 oder „Unfalltod“ nach Artikel 5 erbracht und bleibt mit der Höhe der für diese beiden Leistungsarten vereinbarten Versicherungssummen begrenzt.

ARTIKEL 11

Prämienerlass im Krankheitsfall

Was gilt bei Prämienerlass im Krankheitsfall als vereinbart?

- 11.1 Versichert ist der in der Police angeführte und berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig auch versicherte Person sein muss.
- 11.2 Wie lange besteht die Zusatzversicherung?
Die Zusatzversicherung besteht nur solange, als zur Unfallversicherung Prämien entrichtet werden. Sie endet spätestens mit jenem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet.
- 11.3 Welche Voraussetzungen gelten für den Prämienerlass?
- 11.3.1 Wird die versicherte Person durch Krankheit oder Unfall vollständig und vorübergehend arbeitsunfähig, so werden ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die Prämien für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit erlassen.
- 11.3.2 Für jeden Tag, an dem Anspruch auf Prämienerlass besteht, wird ein Dreihundertfünfundsiebzigstel der vertraglichen Jahresprämie (des Versicherungsjahres, in das dieser Tag fällt) erlassen. Der Prämienerlass umfasst auch die Versicherungssteuer.
- 11.3.3 Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Krankheit oder Körperverletzung durch Unfall vollständig und vorübergehend außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.
Bei Personen, welche ausschließlich den Haushalt für die eigene Familie führen, gilt diese Tätigkeit ebenfalls als Beruf bzw. Erwerbstätigkeit im Sinne dieser Bedingungen. Schwangerschaft und Folgen von normalen Entbindungen gelten nicht als Krankheit.

- 11.3.4 Kein Anspruch auf Prämienerrlass besteht bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch auf Prämienerrlass besteht auch dann nicht, wenn die Krankheit oder Körperverletzung durch Unfall
- durch ein Ereignis im Sinne der Ausschlussbestimmungen in Artikel 15 begründet wurde oder
 - freiwillig oder durch eigenes grobes Verschulden zugezogen oder verursacht wurde,
 - als Folge, eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eingetreten ist sowie bei Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.
- 11.3.5 Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartezeit muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden, aus dem die Art der Erkrankung oder Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.
- 11.3.6 Der Versicherer ist berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bestätigen und auf eigene Kosten auch jederzeit eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person durch einen vom Versicherer genannten Arzt zu verlangen.
- 11.3.7 Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss uns ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorgelegt werden, durch das deren Beendigung bestätigt wird.
Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen oder eine vom Versicherer verlangte ärztliche Untersuchung verweigert wird, erlischt der Anspruch auf Prämienerrlass rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit vorschriftsmäßig nachgewiesen wurde. Zuviel bezogene Leistungen müssen an uns rückerstattet werden.

ARTIKEL 12

Ersatz der Fixkosten

Was gilt für Ersatz der Fixkosten?

- 12.1 Versichert ist der in der Polize angeführte und berufstätige Versicherungsnehmer, wobei dieser gleichzeitig auch versicherte Person sein muss bzw. der berufstätige mitversicherte Lebenspartner (Ehepartner oder Lebensgefährtin) im Zeitpunkt des Versicherungsfalles).
Berufstätig bedeutet eine auf die Selbsterhaltung gerichtete entgeltliche Tätigkeit, die nicht unter die Geringfügigkeit gemäß ASVG fällt.
- 12.2 Wie lange besteht die Zusatzversicherung?
Die Zusatzversicherung besteht ab dem 18. Lebensjahr und nur solange, als zur Unfallversicherung Prämien entrichtet werden. Sie endet spätestens mit jenem Versicherungsjahr, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet.
- 12.3 Welche Voraussetzungen gelten für den Fixkostenersatz?
- 12.3.1 Wird die versicherte Person durch einen versicherten Unfall vollständig (100%) und vorübergehend arbeitsunfähig, so werden ab dem 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit die monatlichen Verbindlichkeiten für
- Mietzahlungen für Wohnzwecke und Kreditverbindlichkeiten für Wohnraumschaffung, inklusive dazu vereinbarter Tilgungsträger bei der WIENER STÄDTISCHEN Versicherung Aktiengesellschaft,
 - Alimentationszahlungen und
 - Versicherungsprämien für private Sachversicherungsverträge bei der WIENER STÄDTISCHEN Versicherung Aktiengesellschaft
- der versicherten Person übernommen.
- 12.3.2 Ab dem 43. Tag der vollständigen und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit ersetzen wir diese nachgewiesenen Verbindlichkeiten bis zu EUR 1.500,- pro angefangenem Monat, maximal jedoch für längstens sechs Monate.
- 12.3.3 Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Körperverletzung durch Unfall vollständig und vorübergehend außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.
- 12.3.4 Kein Anspruch auf Fixkostenersatz besteht bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Der Anspruch besteht auch dann nicht, wenn die Körperverletzung durch Unfall
- durch ein Ereignis im Sinne der Ausschlussbestimmungen in Artikel 15 begründet wurde oder
 - freiwillig oder durch eigenes grobes Verschulden zugezogen oder verursacht wurde oder
 - als Folge, eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften eingetreten ist, sowie bei Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.
- 12.3.5 Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartezeit muss uns ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorgelegt werden, aus dem die Art der Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.
- 12.3.6 Der Versicherer ist berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche das ununterbrochene Fortbestehen der vollständigen und vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit bestätigen und auf eigene Kosten auch jederzeit eine ärztliche Untersuchung der versicherten Person durch einen von uns genannten Arzt zu verlangen.
- 12.3.7 Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss dem Versicherer ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorgelegt werden, durch das deren Beendigung bestätigt wird.
Für den Fall, dass diese Meldung unterlassen oder eine vom Versicherer verlangte ärztliche Untersuchung verweigert wird, erlischt der Anspruch auf Fixkostenersatz rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit vorschriftsmäßig nachgewiesen wurde. Zuviel bezogene Leistungen müssen an den Versicherer rückerstattet werden.

ARTIKEL 13**Prämienfreie zeitliche Mitversicherung eines Neugeborenen in der Einzel- und Partnerunfallversicherung und des Lebensgefährten in der Einzelunfallversicherung (Partner- und Baby-Bonus)**

- 13.1 Ein neugeborenes und vom Versicherungsnehmer gemeldetes leibliches Kind gilt in seinen ersten sechs Lebensmonaten mit der halben der für dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch EUR 100.000,-, als prämienfrei mitversichert. Alle anderen eventuell im Vertrag vereinbarten Leistungen gelten nicht für das prämienfrei eingeschlossene Kind.
- 13.2 Einzelversicherung:
Im Falle einer neubegründeten Lebensgemeinschaft (Ehe oder Lebensgemeinschaft) an der Adresse des Versicherungsnehmers (gemeinsamer Wohnort) in der Einzelversicherung ist ab dem Tag der gemeinsamen Wohnsitzmeldung der Lebensgefährte bzw. Ehepartner mit der halben im Versicherungsvertrag für die Leistungsarten „Dauernde Invalidität“ und „Unfalltod“ vereinbarten Versicherungssummen, maximal jedoch EUR 75.000, für 60 Tage mitversichert. Alle anderen Versicherungsleistungen sind nicht anzuwenden.

ARTIKEL 14**Wann kann eine prämienfreie Weiterführung des Versicherungsschutzes vereinbart werden?**

Bei

- Arbeitslosigkeit des Versicherungsnehmers und Prämienzahlers aufgrund einer Kündigung oder
- seiner Karenzierung bzw. bei einem Partnerunfall-Vertrag auch bei Karenzierung seines Ehepartners oder Lebensgefährten nach Geburt eines Kindes kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass sein auf mindestens sechs Jahre abgeschlossener Unfallvertrag für die Dauer von maximal sechs Monaten prämienfrei gestellt wird.

Für diese Zeit, in der keine Prämie bezahlt wird, gilt folgende Vereinbarung hinsichtlich der Versicherungssummen:

Vereinbarte Versicherungssummen für dauernde Invalidität und/oder den Todesfall (gemäß Artikel 5) reduzieren sich auf die Hälfte, maximal jedoch bis EUR 50.000,-. Für weitere vertraglich vereinbarte Versicherungsdeckungen besteht in der Zeit der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

Nach Ende der vereinbarten Prämienfreistellung lebt der Vertrag wieder auf, wie er zuvor bestanden hat. Die Laufzeit des Vertrags verlängert sich um die Zeit der Prämienfreistellung. In der vereinbarten Laufzeit, welche mindestens ein Jahr betragen muss, besteht dieses Recht auf prämienfreie Fortführung des Vertrags nur einmal.

ARTIKEL 15**Ausschlüsse**

Welche Unfälle sind ausgeschlossen bzw. wo gilt ein eingeschränkter Versicherungsschutz?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle sowie sonstige Leistungsfälle

- 15.1 die die versicherte Person erleidet:
- als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer. Unter Luftsportgeräten wird jedes Fluggerät verstanden, bei dem die Sportausübung Hauptverwendungszweck ist.
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs
 - bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit
 - bei Benützung von ferngesteuerten Luftfahrzeugen
 - bei Benützung von Raumfahrzeugen
 - bei einem Tandem-Paragleiterflug und Tandem-Fallschirmsprung
- 15.2 bei der Ausübung einer Sportart, wenn die versicherte Person direkt oder indirekt aus ihrer Sportausübung ein Einkommen, eine Aufwandsentschädigung oder vermögenswerte Sachleistungen von mehr als EUR 15.000,- netto pro Jahr bezieht oder von der österreichischen Sporthilfe gefördert wird oder dieser Sport in einem Kader des Bunds oder Lands ausgeübt wird.
- 15.3 bei der vereinsmäßigen Ausübung der Sportarten
- Fußball und Handball in den zwei höchsten nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader einer Auswahlmannschaft des Bunds. Volley- und Basketball in der höchsten nationalen Leistungsklasse oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bunds
 - Eishockey in den zwei höchsten nationalen Leistungsklassen oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bunds
- Als vereinsmäßige Ausübung wird die Ausübung der statutengemäßen Vereinstätigkeiten (Sportart) im Verein, bei Veranstaltungen des Vereins sowie im Auftrag des Vereins verstanden.
- 15.4 die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (ungeachtet des Ziels des Wettbewerbs, wie z. B. Gleichmäßigkeit, Geschicklichkeit, Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten), Wertungsfahrten, Fahren auf Rennstrecken und dem dazugehörigen Gelände und auf dafür vorgesehenen und abgesperrten Strecken oder Pisten, auf denen die Überwindung von natürlichen oder künstlichen Hindernissen zu bewältigen ist, sowie Rallyes und den jeweils dazugehörenden Trainingsfahrten entstehen; unter Teilnahme versteht man das Lenken oder das Mitfahren als Beifahrer oder Beisitzer. Versichert ist aber die Teilnahme an einem zertifizierten Fahrsicherheitstraining (ARBÖ, ÖAMTC, Polizei), das die sichere Beherrschung des Kraftfahrzeugs im Straßenverkehr zum Inhalt hat.
- 15.5 bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens und Rodelns sowie am Training für diese Veranstaltungen;
- 15.6 bei der Teilnahme an nationalen oder internationalen Sportwettbewerben sowie jeglichem Training dafür. Mitversichert ist jedoch die Teilnahme an Publikumsveranstaltungen mit internationaler Beteiligung, wie z. B. Wien-Marathon, Radmarathon Neusiedl, Schilanglaufmarathon Saalfelden und ähnlichen Publikumsveranstaltungen;

- 15.7 die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist;
- 15.8 die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen (mit oder ohne Kriegserklärung) oder bewaffneten Konflikten nationaler oder internationaler Natur zusammenhängen.
Der Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf einer Reise ins Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen bzw. von diesen bewaffneten Konflikten betroffen wird. Der Versicherungsschutz besteht bei aktiver Teilnahme an diesen Ereignissen bleibt in jedem Fall ausgeschlossen. Der Versicherungsschutz besteht für alle in der Police vereinbarten Leistungsarten gemeinsam bis zu einer maximalen Entschädigungsleistung von EUR 100.000,-. Überraschend ist es nicht, wenn eine Reisewarnung vom zuständigen Bundesministerium (z. B. BM für Auswärtige Angelegenheiten) bestanden hat. Der Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tags nach Beginn eines Kriegs oder Bürgerkriegs oder bewaffneten Konflikts auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält. Diese Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg oder bewaffnete Konflikte herrschen.
- 15.9 durch Revolution, Rebellion, innere Unruhen jeder Art, Aufruhr oder Aufstand entstehen, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Aufrührer, Aufständischen daran teilgenommen hat;
- 15.10 die mittelbar oder unmittelbar
- durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
- 15.11 die die versicherte Person auf Grund einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente oder infolge psychischer Erkrankung erleidet;
- 15.12 durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall medizinisch bedingt waren.

1049K – Wertanpassung Unfall

1. Es gilt als vereinbart, dass die Versicherungssummen bzw. Prämienbemessungsgrundlagen jährlich zur Hauptfälligkeit der Prämie gemäß nachfolgend beschriebenem Anpassungsfaktor verändert werden.

Der Anpassungsfaktor ergibt sich aus der Differenz der Durchschnitte der Verbraucherpreisindizes des Beobachtungszeitraumes A und des Beobachtungszeitraumes B.
Als Beobachtungszeitraum A gilt jeweils Juni vor zwei Jahren bis Mai vor einem Jahr.
Als Beobachtungszeitraum B gilt jeweils Juni vor drei Jahren bis Mai vor zwei Jahren.
Basis ist der von der Statistik Austria jeweils veröffentlichte Index der Verbraucherpreise (VPI 2015).
Im gleichen Ausmaß wird auch die Prämie verändert.

Der Prozentsatz der Erhöhung wird auf eine Dezimalstelle gerundet.

Liegt die Erhöhung des Index der Verbraucherpreise unter 4 %, so werden die Versicherungssummen gegenüber den zuletzt gültigen Versicherungssummen um 4 % erhöht.
2. Versicherungssummen werden auf ganze Euro, Taggeld, Spitalgeld und Genesungsgeld auf ganze zehn Cent aufgerundet.
3. Die Prämie erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.
4. Die Erhöhung der Versicherungssummen und der Prämie erfolgt zur Prämienhauptfälligkeit eines jeden Jahrs und wird dem Versicherungsnehmer bestätigt.
5. Wird der Index der Verbraucherpreise nicht mehr verlautbart, gilt der an seiner Stelle verlautbarte Wert als Maßstab für die Erhöhungen.
6. Diese Vereinbarung kann, unbeschadet des Fortbestands der sonstigen Vertragsbestimmungen, für sich allein vom Versicherungsnehmer und vom Versicherer zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt werden.

1050K – Altersumstellung Kind

Mit der Vollendung des 18. Lebensjahres des versicherten Jugendlichen wird automatisch auf den Tarif für Erwachsene umgestellt. Die Umstellung erfolgt mit der auf den Geburtstag folgenden nächsten Hauptfälligkeit.

1051K – Altersumstellung Erwachsene

Ab dem 70. Lebensjahr der versicherten Person reduzieren sich während der Laufzeit des Versicherungsvertrages die Versicherungssummen bei gleichbleibender Prämie um 25 %. Die Umstellung erfolgt mit der auf den Geburtstag folgenden nächsten Hauptfälligkeit.

1052K – Therapiekosten

Wir ersetzen im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme jene Therapiekosten, die durch den versicherten Unfall entstanden sind und nach ärztlicher Verordnung notwendig werden und der raschen Beseitigung der Unfallfolgen dienen.

Diese Kosten werden nur ersetzt, wenn die Behandlungen durch geprüfte (nach österreichischem Standard) Physiotherapeuten oder medizinischem Fachpersonal durchgeführt worden sind. Versichert sind auch unfallbedingte Heilbehandlungen, wenn diese nach komplementärmedizinischen Erkenntnissen (wie z. B. Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur) erfolgen und von ausgebildetem Fachpersonal vorgenommen werden und ärztlich verordnet worden sind.

Der Ersatz dieser Kosten erfolgt nur bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme, wenn diese innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger (auch private Krankenversicherung) Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde.

Wir ersetzen im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme jene Therapiekosten, die durch den versicherten Unfall entstanden sind und nach ärztlicher Verordnung notwendig werden und der raschen Beseitigung der Unfallfolgen dienen.

Diese Kosten werden nur ersetzt, wenn die Behandlungen durch geprüfte (nach österreichischem Standard) Physiotherapeuten oder medizinischem Fachpersonal durchgeführt worden sind. Versichert sind auch unfallbedingte Heilbehandlungen, wenn diese nach komplementärmedizinischen Erkenntnissen (wie z. B. Chiropraktik, Osteopathie, Akupunktur) erfolgen und von ausgebildetem Fachpersonal vorgenommen werden und ärztlich verordnet worden sind.

Der Ersatz dieser Kosten erfolgt nur bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme, wenn diese innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger (auch private Krankenversicherung) Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde.

1053K – Unfall-Assistance

Bei einem versicherten Unfall, der einen mindestens 24-stündigen Krankenhausaufenthalt zur Folge hat, übernehmen wir die nachfolgend aufgeführten Dienstleistungen im Haushaltsbereich, wenn und solange der ständige Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort sich in Österreich befindet. Diese Dienstleistungen übernehmen wir bis zu maximal 42 Tagen und maximal EUR 100,- pro Tag, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen im Haushalt lebenden Person übernommen werden können. Ersetzt werden die Kosten für die nachfolgenden Dienstleistungen nur dann, wenn diese durch unseren Assistenten beauftragt und organisiert worden sind.

Haushaltshilfe, wie z. B. erforderliche Einkäufe, Wohnungsreinigung, Wäschewaschen, Kochen/Abwaschen

Essensversorgung, wie z. B. Organisation von Essen auf Rädern, Lebensmittellieferungen

Pflegehilfe, wie z. B. Hilfe beim Ankleiden, der Grundpflege (Waschen, Zahnpflege, Hilfe bei täglichen Bedürfnissen ...); Hilfe bei Nahrungseinnahme, Medikamenteneinnahme, Wundpflege; Begleitung/Unterstützung bei ärztlich verordneten/therapeutischen Aktivitäten (Spazierengehen ...)

Arzt- und Apothekenwege, wie z. B. Begleitung zu den erforderlichen Ärzten, Besorgung der erforderlichen Medikamente

Behördenwege, wie z. B. Erledigung der erforderlichen Amtswege oder Fahrten zu den erforderlichen Behörden oder Postämtern

Übernahme der Kosten für den Transport zu ambulanten Nachbehandlungen bei Arzt oder Ambulanz durch einen Krankentransportdienstleister

Diese Kosten werden von uns nur dann übernommen, wenn nicht ein gesetzlicher Krankenversicherungsträger oder ein anderer Leistungsträger diese Kosten übernimmt oder zur Übernahme dieser Kosten verpflichtet ist.

Kinderbetreuung, wie z. B. Organisation von Tagesmüttern, -vätern; Begleitung zu Schule/Kindergarten, Tagesbetreuung, Jausen-Zubereitung

Versorgung von Haustieren, wie z. B. Gassigehen, Füttern, Katzenkloreinigung, Tierarztbesuche

1054K – Erweiterte Unfall-Assistance

Bei einem versicherten Unfall, der einen mindestens 24-stündigen Krankenhausaufenthalt zur Folge hat, übernehmen wir die nachfolgend aufgeführten Dienstleistungen im Haushaltsbereich, wenn und solange der ständige Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthaltsort sich in Österreich befindet. Diese Dienstleistungen übernehmen wir bis zu maximal 90 Tagen und bis zu EUR 150,- pro Tag, soweit diese notwendig sind und nicht von einer anderen im Haushalt lebenden Person übernommen werden können.

Ohne Krankenhausaufenthalt, aber bei einem entsprechenden ärztlichen Befund, übernehmen wir diese Dienstleistungen bis zu maximal 14 Tagen und mit bis zu einem Viertel des bei Krankenhausaufenthalt zur Verfügung stehenden Betrags. Ersetzt werden die Kosten für die nachfolgenden Dienstleistungen nur dann, wenn diese durch unseren Assistenten beauftragt und organisiert worden sind.

Die Dienstleistungen umfassen:

Haushaltshilfe, wie z. B. erforderliche Einkäufe, Wohnungsreinigung, Wäschewaschen, Kochen/Abwaschen

Essensversorgung, wie z. B. Organisation von Essen auf Rädern, Lebensmittellieferungen

Pflegehilfe, wie z. B. Hilfe beim Ankleiden, der Grundpflege (Waschen, Zahnpflege, Hilfe bei täglichen Bedürfnissen ...); Hilfe bei Nahrungseinnahme, Medikamenteneinnahme, Wundpflege; Begleitung/Unterstützung bei ärztlich verordneten/therapeutischen Aktivitäten (Spaziergehen ...)

Arzt- und Apothekenwege, wie z. B. Begleitung zu den erforderlichen Ärzten, Besorgung der erforderlichen Medikamente

Behördenwege, wie z. B. Erledigung der erforderlichen Amtswege oder Fahrten zu den erforderlichen Behörden oder Postämtern

Übernahme der Kosten für den Transport zu ambulanten Nachbehandlungen bei Arzt oder Ambulanz durch einen Krankentransportdienstleister

Diese Kosten werden von uns nur dann übernommen, wenn nicht ein gesetzlicher Krankenversicherungsträger oder ein anderer Leistungsträger diese Kosten übernimmt oder zur Übernahme dieser Kosten verpflichtet ist.

Kinderbetreuung, wie z. B. Organisation von Tagesmüttern, -vätern; Begleitung zu Schule/Kindergarten, Tagesbetreuung, Jausen-Zubereitung

Versorgung von Haustieren, wie z. B. Gassigehen, Füttern, Katzenkloreinigung, Tierarztbesuche

Persönlicher Assistent für Hilfeleistungen und Organisationsunterstützung, wie z. B. Bedarfsabklärung, Internet-/Telefonrecherche, Vermittlung von Leistungen (z. B. Heimhilfeorganisation, Dokumentenorganisation, Vermittlung eines REHA-Managers ...), Rechtsberatung über die rechtliche Auswirkung eines versicherten Unfalls
Nicht umfasst sind davon jedoch Auskünfte zum zugrundeliegenden Unfallversicherungsvertrag.

REHA-Manager bei einem Krankenhausaufenthalt von zumindest sieben Tagen für folgende Beratungen und Leistungen:

Erstberatung und Evaluierung:

- Erstgespräch mit der versicherten Person vor Ort
- Beurteilung der Situation der versicherten Person anhand von Krankengeschichten, Gutachten und persönlichem Gespräch
- Beratung hinsichtlich medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitationsmöglichkeiten
- Aufklärung über mögliche Fördermaßnahmen, Zuständigkeiten und Leistungen von staatlichen Versicherungsträgern
- Erstellung eines Erstberichts inkl. Maßnahmenempfehlung

Zusätzliche Leistungen, sofern erforderlich:

- Erstellung eines Maßnahmenkonzepts für die Rehabilitation in den Bereichen Medizin/Beruf/Sozial wie z. B.
 - Einholen von Expertisen
 - Erstellung eines fortlaufenden Therapiekonzepts (Physio-, Ergotherapie, Sportmedizin etc.)
 - Evaluierung von Interessen der versicherten Person mit Potentialüberprüfung und Prüfung der Umsetzungsmöglichkeiten hinsichtlich beruflicher Möglichkeiten
 - Analyse und Planung von baulichen Maßnahmen und Adaptierungen
- Hilfeleistung beim Einreichen von Unterstützungsleistungen bei Behörden
- Zusammenarbeit mit öffentlichen Stellen z. B. AMS
- Umsetzung erforderlicher Maßnahmen
- Begleitung zu Untersuchungen (sofern notwendig, um direkte Informationen zu erhalten)

1061K – Sportpaket Aktiv

In Ergänzung der 2000B – Erweiterte Bedingungen für die Unfallversicherung (EUVB 2021) besteht Versicherungsschutz auch für Unfälle bei der Ausübung nachstehend angeführter Sportarten.

a) Mitversicherung der Teilnahme an nationalen und internationalen Wettbewerben inklusive des dazugehörigen Trainings:

- **Fußballspielen** vereinsmäßiges Spielen in der Landesliga - 4. Spielklasse
- Teilnahme an **Landesschirennen** (ausgenommen davon sind Personen, die im ÖSV-Kader aufgenommen sind)
- **Reitsport** ausgenommen hiervon gilt die Teilnahme an Wettbewerben im Military-Reiten
- **Judo**

Es besteht Versicherungsschutz ausschließlich in folgendem Umfang:

- Bei dauernder Invalidität wird eine Leistung erst ab 15 % Invalidität erbracht.
- Für Unfall- oder Heilkosten werden maximal EUR 3.000,- mit einem Selbstbehalt von EUR 250,- in jedem Leistungsfall ersetzt. Bei allen anderen versicherten Bausteinen steht die Leistung im vertraglich vereinbarten Umfang zur Verfügung.

- **Wasserkiten und -schifahren, Wakeboarden sowie Canyoning**

b) Mitversicherung folgender Sportarten exklusive der Teilnahme an nationalen und internationalen Wettbewerben:

- **Kampfsportarten** ausgenommen Full-Contact

c) Mitversicherung folgender Sportarten exklusive der Teilnahme an jeglichen Wettbewerben:

- **Flugsport** nicht beruflich, unter Ausschluss von Wettkämpfen jeglicher Art:
In teilweiser Abänderung der Bestimmungen von Art. 6 Pkt. 4 AUVB (Fluggastrisiko) sowie der jeweiligen Ausschlussbestimmung der diesem Vertrag zugrundeliegenden AUVB gilt der Versicherungsschutz für dauernde Invalidität und Unfalltod auch für Unfälle, die der versicherten Person als Benützer eines der nachstehend genannten zivilen Luftfahrzeuge/Luftfahrgeräte zustoßen sollten: Fallschirm (ausgenommen Paragleiten), Drachen, Ultraleichtflugzeug, Ballon, Segel- und Motorflugzeug.
Die Versicherungssummen für dauernde Invalidität und Unfalltod sind im Rahmen der vertraglich vereinbarten Summen für diese Erweiterung mit jeweils EUR 60.000,- begrenzt. Alle anderen mitversicherten Leistungen (z. B. Unfallrente, Taggeld, Spitalgeld, Unfallkosten und weitere) sind von dieser Erweiterung nicht umfasst.
Voraussetzung für diesen Versicherungsschutz ist eine aufrechte Flugberechtigung (Fluglizenz) im Zeitpunkt des Versicherungsfalles für das benützte Fluggerät und die medizinische Eignung.
- **Downhill-Mountainbike-Fahrten** und auch das Befahren von als solchen gekennzeichneten Downhill-Strecken. Freeriding bleibt vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.
- **Klettern und Klettersteige** gesichertes Klettern am Fels und im Gelände ab Stufe V bis VIII der internationalen UIAA-Skala sowie das Eisfallklettern bis Stufe WI4; Begehen von Klettersteigen ab dem Schwierigkeitsgrad E gemäß der in Österreich üblichen Skala
- **Le Parkour**

1062K – Sportpaket Adventure

Mit diesem Sportpaket bieten wir Versicherungsschutz auch für Unfälle bei der Ausübung folgender Sportarten:

- **American Football:** Die vereinsmäßige Ausübung von American Football in der ersten Spielklasse ist mitversichert. Im Falle dauernder Invalidität gilt die Leistung erst ab 15 % und für Heil-, Berge- und Rückholkosten sowie Hubschrauberbergungskosten und Nottransportkosten aus dem Ausland ein Selbstbehalt von EUR 250,- in jedem Leistungsfall als vereinbart.
- **Mountainbike-Downhill:** Mitversichert ist die Teilnahme an nationalen und internationalen Wettbewerben im Mountainbike-Downhill-Fahren mit einer Amateur-Radsportlizenz. Im Falle dauernder Invalidität gilt die Leistung erst ab 15 %. Für Unfallkosten ist ein Selbstbehalt von EUR 250,- in jedem Leistungsfall vereinbart.
- **Klettern:** Mitversichert sind das gesicherte alpine Klettern im Gelände über der Stufe VIII der internationalen UIAA-Skala und das Eisfallklettern über der Stufe WI4.

In Erweiterung zu Art. 15 der Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung 2021 erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle bei der Ausübung folgender Sportarten:

- **Motorsport:** Mitversichert ist das Fahren auf oder die Teilnahme als Beifahrer bei Fahrten auf Rennstrecken für Kraftfahrzeuge, sofern für das Befahren der Rennstrecke oder die Benutzung des Kraftfahrzeugs keine eigene Motorsportlizenz erforderlich ist. Dieser Versicherungsschutz erstreckt sich im Rahmen der vereinbarten Versicherungssummen
 - für dauernde Invalidität mit einer Leistung ab 20 % und einer maximalen Versicherungssumme von EUR 75.000,- und
 - für Unfalltod: mit einer maximalen Versicherungssumme von EUR 100.000,- und
 - für Heil-, Berge- und Rückholkosten sowie Hubschrauberkosten und Nottransportkosten aus dem Ausland mit einer maximalen Leistung von EUR 3.000,- je Leistungsfall. Alle anderen vereinbarten Versicherungsleistungen gelten für diese Erweiterung nicht.

1063K – Knochenbruch variabel

UNFALLVERSICHERUNG UNFALLVORSORGE

Erleidet die versicherte Person aufgrund eines Unfalls im Sinne der zugrundeliegenden AUVB einen Knochenbruch, bezahlen wir – unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen – einmalig die vereinbarte Versicherungssumme an die versicherte Person.

Eine Fissur gilt nicht als Knochenbruch. Diese Leistung wird für die versicherte Person nur einmal je Versicherungsperiode erbracht. Diese Leistung unterliegt keiner Wertanpassung.

1064K – Knochenbruch fix

Erleidet die versicherte Person aufgrund eines Unfalls im Sinne der zugrundeliegenden AUVB einen Knochenbruch, bezahlen wir – unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen – einmalig einen Betrag in der Höhe von:

- EUR 100,– für Brüche im Bereich der Finger und Zehen
- EUR 250,– für alle anderen Knochenbrüche und
- EUR 500,– für Becken- und Wirbelbrüche

Eine Fissur gilt nicht als Knochenbruch. Sind bei einem Unfall mehrere Knochen betroffen, dann bezahlen wir maximal EUR 500,–. Diese Beträge unterliegen keiner Wertanpassung und die Leistung wird für die versicherte Person nur einmal je Versicherungsperiode erbracht.

1065K – Urlaubs- und Freizeitpaket

Versichert sind die Kosten eines durch einen versicherten Unfall im Ausland notwendigen stationären Spitalsaufenthaltes im Rahmen der in der Polizza angeführten Versicherungssumme.

Dieser Kostenersatz gilt ausschließlich im Urlaub außerhalb Österreichs. Der Kostenersatz erfolgt bis zur Höhe der in der Polizza angeführten Versicherungssumme, wenn nicht ein anderer Kostenträger – welcher Art auch immer (gesetzliche Kranken- oder Unfallversicherung, sonstige private Kranken-, Unfall- oder Reiseversicherungen u. dgl.) – zum Ersatz dieser Kosten verpflichtet ist oder herangezogen werden kann.

Im Rahmen der Assistance-Leistungen werden zusätzlich folgenden Dienste übernommen:

- Benennung von Ärzten und Kliniken im Ausland
- Allgemeine Beratung und Informationsweiterleitung bei einem Notfall im Ausland (keine Organisation)
- Benennung von Rechtsanwälten im In- und Ausland zur Aufklärung über die rechtlichen Auswirkungen eines versicherten Unfalls bis zu EUR 2.500,– aufgrund eines Unfalls

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist die Organisation bzw. Abwicklung über die von uns bestimmte Organisation. Versicherungsschutz besteht nur, wenn die Verständigung über jene Hotline-Nummer erfolgt, die von uns auf der zur Verfügung gestellten Servicekarte angeführt ist.

Mitversichert sind außerdem folgende Unfälle der versicherten Personen im Urlaub – das bedeutet eine Abwesenheit vom ständigen Wohnort, oder wenn es sich um keine regelmäßige Ausübung handelt, wie z. B. im Urlaub oder als Geschenk, und es sich dabei nicht um eine berufliche und eine nicht entgeltliche Ausübung handelt:

- Tandem-Paragleiten
- Tandem-Fallschirmspringen
- Ballonfahren als Mitfahrer
- Höhlentrekking
- Tauchen: Ist ohne Tauchschein (ohne Brevet) bis 20 Meter Tiefe mitversichert, sofern es sich nicht um eine berufliche Ausübung handelt.

In Erweiterung von Art. 6 Pkt. 2 AUVB sind auch tauchtypische Gesundheitsschädigungen mit dauerhaften Folgen infolge

- Stickstoffintoxikation (Tiefenrausch)
- CO₂-Intoxikation (Esufflement)
- Sauerstoffintoxikation
- Atemgasembolie (AGE)
- Barotraumen
- Dekompressionskrankheit

mitversichert.

Sonstige allmähliche Einwirkungen bleiben in jedem Fall ausgeschlossen.

Haben Sie in Ihrem Versicherungsvertrag Unfallkosten versichert, dann ersetzen wir zusätzlich die Kosten für die Dekompressionskammer bis maximal EUR 10.000,–.

Überraschungsrisiko:

In Erweiterung von Art. 15 Pkt. 8 der Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung besteht für ein im Urlaub auftretendes und überraschendes passives Kriegsrisiko Versicherungsschutz für dadurch verursachte Unfälle bis zu einer maximalen Entschädigung für dauernde Invalidität und Unfalltod von EUR 200.000,-.

Darüber hinaus ersetzen wir für dadurch verursachte Kosten für Dokumente, Rückreisekosten (d. s. Fahrt- und Flugkosten) bis zu EUR 2.500,-, wenn diese Kosten nicht durch einen anderen Leistungsträger – gleich welcher Art – ersetzt werden oder zu ersetzen sind.

1066K – Sparvariante - 10 %

Abweichend von Art. 1 der Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung wird bei einem unfallbedingt festgestellten Invaliditätsgrad bis 10 % die Leistung von der halben dafür vereinbarten Versicherungssumme erbracht.

2008K – Unfallkosten PLUS

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

Im Rahmen der Unfallkosten sind versichert:

1. Heilkosten
Das sind Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines – auch teilweisen – Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Für versicherte Kinder gilt hinsichtlich der Kosten für diese erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes, dass diese bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres angefallen sein müssen.

Heilkosten nach der traditionellen chinesischen Medizin (TCM) werden nach ärztlicher Verordnung bis maximal 50 % der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

Im Falle einer ärztlichen Behandlung in einem Privatspital ersetzen wir im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten auch die Aufenthaltskosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten und privaten Sanatorien. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte werden nicht ersetzt.

Unfall im Home-Office:

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

- 1.1 Kosten für Zahnersätze und künstliche Heilbehelfe
Die Kosten einer Reparatur oder der Wiederbeschaffung festsitzender, nicht abnehmbarer – auch teilweiser – Zahnersätze, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nur dann ersetzt, wenn die Beschädigung ausschließlich und direkt durch eine von dem versicherten Unfall verursachte körperliche Verletzung entstanden ist und eine ärztliche Behandlung bzw. Versorgung erfordert war. Darüber ist uns auch eine ärztliche Dokumentation (z. B. Behandlungsunterlagen, ärztliche Bestätigung) zu übermitteln. Die Höchstentschädigung für diese Kostenübernahme bleibt innerhalb der vereinbarten Versicherungssumme mit bis zu 50 % begrenzt.
- 1.2 Urlaubsschutz PLUS
Bei einem Unfall anlässlich eines Auslandsurlaubes stehen zusätzlich zur Versicherungssumme für Unfallkosten 50 % für ambulante Arztkosten zur Verfügung.
2. Bergungskosten
Das sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.
Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transports bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum Unfallort nächstgelegenen Spital. Nicht ersetzt werden Hubschraubereinsatzkosten mit Ausnahme in den Fällen der Bestimmung gemäß Pkt. 2.1.
- 2.1 Hubschraubereinsatzkosten
Zusätzlich ersetzen wir die notwendigen Hubschraubereinsatzkosten, die durch
– Unfälle der versicherten Person bei Ausübung von Sport und Touristik (z. B. insbesondere beim Schifahren, Schitouren gehen, Wandern, Bergsteigen, Klettern, Rodeln) am Berg und deren Transport in das Tal bzw. in das nächstgelegene Krankenhaus entstehen oder

- infolge des Suchens und der Bergung einer in Berg- oder Wassernot geratenen, verletzten oder unverletzten versicherten Person entstehen

Diese Kosten werden - bei verletzten versicherten Personen ab NACA III - bis zu einem Betrag von EUR 20.000,- ersetzt. Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung.

3. Rückholkosten

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

Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten bis EUR 7.000,- zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt. Ist eine Versicherungssumme für Unfalltod vereinbart, dann werden diese Kosten entsprechend der für die versicherte Person günstigeren Vereinbarung ersetzt.

4. Rehabilitationsbeihilfe

Zusätzlich zu den versicherten Unfallkosten zahlen wir nach einem Unfall eine Rehabilitationsbeihilfe in Höhe von EUR 5.000,-, wenn sich die versicherte Person innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung einer stationären Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum unterzogen hat.

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

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

5. Reisekosten

Wir bezahlen die Reisekosten der Familienangehörigen (Ehepartner bzw. Lebensgefährtin oder Eltern) zur versicherten Person bis zu EUR 5.000,-, wenn die versicherte Person im Ausland verunfallt ist und dort mindestens sieben Tage in einem Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

6. Begleitkosten

Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalls ersetzen wir auch die Verpflegungskosten für eine Begleitperson.

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

7. Kosten kosmetischer Operationen

Die aufgewendeten Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen ersetzen wir bis zu EUR 30.000,-, soweit diese Kosten innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

8. Nottransportkosten aus dem Ausland

Nottransportkosten sind die Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransports der im Ausland verunfallten oder akut erkrankten versicherten Person nach Österreich durch eine von uns bestimmte Organisation (z. B. Tyrolean Air Ambulance).

Diese Organisation entscheidet in Bezug auf die Notwendigkeit der Durchführung eines Nottransports und führt diesen durch.

Wir ersetzen die Kosten des Nottransports unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese. Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransports anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die von uns bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

9. Schulausfallgeld

In der Kinderunfall-, Jugendunfall- und in der Alleinerzieher- und Familien-Unfallversicherung bezahlen wir im Falle eines mindestens 14-tägigen ununterbrochenen Spitalsaufenthaltes des versicherten Kinds (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) infolge eines Unfalls maximal einmal pro Jahr das Schulausfallgeld in Höhe von EUR 1.000,-.

UNFALLVERSICHERUNG UNFALLVORSORGE

Voraussetzung ist, dass das versicherte Kind sich im Zeitpunkt des Versicherungsfalles in Schulausbildung befindet. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

10. Arbeitsplatzumbaukosten Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch einen versicherten Unfall voraussichtlich dauerhaft in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und es liegt eine zumindest 50%ige dauernde Invalidität (vom Gesamtkörper) laut den zu Grunde liegenden Allgemeinen und Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung vor.

Durch diese dauernde Invalidität ist es der versicherten Person nach objektivem Ermessen nicht mehr möglich, ihrer zum Zeitpunkt dieses Unfalls ausgeübten beruflichen Erwerbstätigkeit oder Lehre nachzugehen oder letztere abzuschließen und durch einen Umbau dieses Arbeitsplatzes die berufliche Tätigkeit gänzlich oder die Lehrausbildung erhalten bzw. fortgesetzt werden kann und ohne diesen Umbau der Verlust der beruflichen Tätigkeit eintreten würde.

Der Anspruch auf Umbaukosten wird innerhalb von zwei Jahren nach dem Unfall bei uns geltend gemacht. Ein Dritter ist nicht zur Leistung verpflichtet oder bestreitet seine Leistungspflicht oder seine Leistung hat zur Begleichung der Kosten nicht ausgereicht.

10.1 Was wird ersetzt: Wir ersetzen insgesamt zusätzlich bis zu EUR 5.000,- der nachgewiesenen Kosten für den Umbau des Arbeitsplatzes.

Als Arbeitsplatz gilt der Platz, an dem die versicherte Person vor dem Unfall zur überwiegenden Zeit ihrer beruflichen Tätigkeit nachgegangen ist.

Kosten werden somit ersetzt für den Umbau

- von Büromobiliar
- eines Büros (z. B. Türenverbreiterung)
- des Zugangsbereiches zum Büro (z. B. Rampenbau, Aufzug)
- sanitärer Anlagen und Küchen
- von Maschinen/Geräten
- eines Personen- oder Lastkraftwagens

Ist der Umbau teurer als eine Neuanschaffung, werden die Kosten für die Neuanschaffung ersetzt. Entscheiden sich die versicherte Person und Versicherungsnehmer gemeinsam dafür, dass statt des Umbaus des ehemaligen Arbeitsplatzes ein neuer Arbeitsplatz beim Versicherungsnehmer eingerichtet wird, werden anstelle der Umbau- die Neuanschaffungskosten ersetzt. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

10.2 Wann besteht kein Anspruch? - Wenn im Zeitpunkt des Unfalls nur einer geringfügigen Beschäftigung nachgegangen worden ist. - bei ehrenamtlichen und nicht auf Erwerb gerichteten Tätigkeiten - Wenn innerhalb des Betriebs eine neue Tätigkeit vorgesehen war oder ist und diese Tätigkeit ohne Umbau ausgeübt werden kann. - Wenn diese Kosten zur Gänze durch andere Leistungsträger gleich welcher Art erbracht werden können oder erbracht werden müssen.

11. Wohnungsumbaukosten Die versicherte Person ist durch einen versicherten Unfall voraussichtlich dauerhaft in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und es liegt eine zumindest 50%ige dauernde Invalidität (vom Gesamtkörper) laut den zu Grunde liegenden Allgemeinen und Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung vor. Dann ersetzen wir bis zum Dreifachen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten, mindestens EUR 5.000,- und maximal bis zu EUR 15.000,-, die durch die Unfallfolgen notwendig gewordenen Umbaukosten in der Wohnung oder dem Eigenheim, an dem die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalls ihren ständigen Wohnsitz hatte.

Zu diesen Umbaukosten zählen:

- Verbreiterung von Zugängen in diese Räumlichkeiten
- Umbau von sanitären Anlagen
- Treppenlift innerhalb dieser Räumlichkeiten

Diese Kosten werden jedoch nur übernommen, wenn diese nicht durch andere Leistungsträger – welcher Art auch immer – ersetzt werden können bzw. zu übernehmen sind. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

Die versicherte Person ist durch einen versicherten Unfall voraussichtlich dauerhaft in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt und es liegt eine zumindest 50%ige dauernde Invalidität (vom Gesamtkörper) laut den zu Grunde liegenden Allgemeinen und Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung vor. Dann ersetzen wir bis zum Dreifachen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten, mindestens

UNFALLVERSICHERUNG UNFALLVORSORGE

EUR 5.000,- und maximal bis zu EUR 15.000,-, die durch die Unfallfolgen notwendig gewordenen Umbaukosten in der Wohnung oder dem Eigenheim, an dem die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalls ihren ständigen Wohnsitz hatte.

Zu diesen Umbaukosten zählen:

- Verbreiterung von Zugängen in diese Räumlichkeiten
- Umbau von sanitären Anlagen
- Treppenlift innerhalb dieser Räumlichkeiten

Diese Kosten werden jedoch nur übernommen, wenn diese nicht durch andere Leistungsträger – welcher Art auch immer – ersetzt werden können bzw. zu übernehmen sind. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

12. Umschulungskosten

Führt die versicherte Person infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung durch, werden die nachgewiesenen Kosten bis zu EUR 2.500,- erstattet, soweit nicht von einem sonstigen Leistungsträger dafür Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Deckungserweiterung bedeutet, dass die versicherte Person nach objektiven medizinischen Kriterien voraussichtlich dauerhaft außerstande ist, ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt. Dieser Kostenersatz wird auf die Versicherungssumme für Unfallkosten nicht angerechnet.

2009K – Verbesserte Gliedertaxe XXL

In teilweiser Abänderung der Bestimmungen in Art. 1 der Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung (EUVB) gilt folgende nachstehende Vereinbarung:

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Arms	100 %
eines Beins	100 %
der Sehkraft eines Auges	65 %
des Gehörs eines Ohrs	65 %
einer Niere	25 %
beider Nieren	65 %

Diese höheren Gliedertaxewerte gelten nur dann, wenn die Folge des Unfalls eine zumindest 50%ige Funktionsbeeinträchtigung der oben genannten Körperteile ist.

Diese Vereinbarung gilt nicht für die Leistungsarten „Invaliditäts-Vollschutz“ und „Unfallrente“.

Alle anderen Bestimmungen gelten unverändert.

2010K – Sofortleistung mit Verletzungskatalog

In teilweiser Änderung der Bestimmungen in Art. 1 der Erweiterten Bedingungen für die Unfallversicherung (EUVB) gilt:

1. Wird dauernde Invalidität mit Leistung ab 1 % versichert, dann gilt die Sofortleistung während der Laufzeit des Versicherungsvertrages bei erstmaliger Verletzung an einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule für die nachstehend aufgelisteten Verletzungsarten im Verletzungskatalog. Die Sofortleistung wird für die im Verletzungskatalog aufgelisteten Verletzungsart nur einmalig bezahlt.

In dem Verletzungskatalog sind

- bei völligem Verlust (Amputation): jene Gliedertaxenwerte aufgelistet, die für die Berechnung der Auszahlung herangezogen werden. Dabei sind eventuelle Mehrleistungen, die sich durch die eine vereinbarte Progression ergeben können, noch nicht berücksichtigt bzw.
- bei allen anderen Verletzungen: die Auszahlungswerte in Prozent angegeben. Dieser Wert wird von der vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Invalidität ab 1 % bezahlt. Bei Kindern unter 15 Jahren wird bei bestimmten Positionen laut Verletzungskatalog anstelle eines Prozentsatzes von der Versicherungssumme der in der Tabelle angeführte Betrag in EUR ausgezahlt. Die Möglichkeit der Feststellung einer dauernden Invalidität durch einen medizinischen Sachverständigen bleibt davon unberührt.

2. Tritt eine dieser Verletzungsarten infolge eines Unfalls ein, wird die ermittelte Kapitalleistung bzw. der festgelegte Wert in EUR nach Vorliegen eines ärztlichen Befundberichts sofort ausgezahlt, sofern nach dessen Inhalt ärztlich davon auszugehen ist, dass die versicherte Person nicht aufgrund der Unfallfolgen im ersten Jahr verstirbt.
3. Ergibt sich aus den Befundberichten, dass Erkrankungen oder Gebrechen an den Unfallfolgen mitgewirkt haben – siehe dazu bitte auch die Bestimmung über die „Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes“ (Artikel 10 AUVB 2021) – oder eine Vorinvalidität besteht, dann erfolgt keine Sofortleistung. In diesem Fall wird die

- Feststellung einer dauernden Invalidität frühestens nach Ablauf eines Jahrs durch einen medizinischen Sachverständigen vorgenommen.
4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die jeweiligen Kapitalleistungen zusammengerechnet. Mehr als die maximale Gesamtleistung bei dauernder Invalidität mit Progression und Leistung ab 1 % (Artikel 1.1 und 1.7 der EUVB) wird nicht ausgezahlt.
 5. Erleidet die versicherte Person infolge eines Unfalls mehrere Verletzungen an nur einer Gliedmaße oder an der Wirbelsäule, wird die Sofortleistung von der am höchsten bewerteten Verletzung geleistet.
 6. Erleidet die versicherte Person infolge eines Unfalls eine Verletzung, welche im Verletzungskatalog nicht aufgelistet ist, erfolgt die Feststellung einer möglichen dauernden Invalidität – und somit einer möglichen Leistung – frühestens ein Jahr nach dem Unfall gemäß den Bestimmungen zur Leistungsart für dauernde Invalidität gemäß Artikel 1 der EUVB 2021.
 7. Mit der Sofortleistung sind grundsätzlich alle Ansprüche aus der Leistungsart „Dauernde Invalidität“ abgegolten. Die versicherte Person ist berechtigt, den Invaliditätsgrad frühestens nach einem Jahr ab dem Unfalltag von einem medizinischen Sachverständigen bemessen zu lassen. Ergibt diese Einschätzung eine höhere Leistung als die vereinbarte Sofortleistung, dann wird die Differenz nachgezahlt, ergibt sich jedoch ein geringerer Invaliditätsgrad, dann behalten wir uns das Recht auf Rückforderung des zu viel bezahlten Betragsteiles vor.
 8. Verlegt die versicherte Person ihren Hauptwohnsitz außerhalb Österreichs, besteht kein Anspruch auf Sofortleistung.

Bei völligem Verlust (Amputation)

eines Arms	80 %
einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beins	70 %
eines Fußes	50 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
des Gehörs beider Ohren	100 %
des Gehörs eines Ohrs	50 %
der Milz	10 %
einer Niere	20 %
der Stimme	50 %

Bei erstmaligem vollständigen Riss oder Durchtrennung (Ruptur)

einer Streck- oder Beugesehne eines Daumens	2 %
einer Streck- oder Beugesehne eines Zeigefingers	1 %
einer Streck- oder Beugesehne eines Mittelfingers	0,5 %
einer Streck- oder Beugesehne eines anderen Fingers	0,5 %
eines Kreuz- und Seitenbands mit Meniskusverletzung im Knie	7 %
eines Kreuz- und Seitenbands im Knie	6 %
eines Kreuzbands im Knie	5 %
Riss oder Durchtrennung eines Meniskus	2 %
einer Achillessehne	3 %

Bei erstmaliger traumatischer Verrenkung (Luxation)

eines Schulterhauptgelenks (Glenohumeralgelenk)	3 %
eines Schulterreckgelenks (AC Gelenk) ab Tossy III oder Rockwood III	2 %
eines Hüftgelenks	3,5 %
eines Kniegelenks (Femorotibialgelenk)	2,5 %

Bei erstmaligem Bruch der großen Gelenke mit Gelenksbeteiligung (Fraktur)

eines Schulterhauptgelenks (Glenohumeralgelenk)	4 %
eines großen und/oder kleinen Rollhockers des Oberarmkopfs	2 %
eines Ellbogengelenks	4 %
für versicherte Kinder bis zum 15. Lebensjahr	EUR 500,-
eines Handgelenks (distale Radiusfraktur)	2 %
eines Handgelenks (distale Radiusfraktur mit Elle und Speiche)	4 %
für versicherte Kinder bis zum 15. Lebensjahr	EUR 500,-
eines Hüftgelenks	7 %
eines Kniegelenks (Femorotibialgelenk)	5 %
eines Innen- oder Außenknöchels	1,25 %
eines Innen- und Außenknöchels	3,75 %

Bei erstmaligem Bruch von großen Knochen außerhalb von Gelenken (Fraktur)

Oberarmknochen	4 %
eines Oberschenkel(hals)knochens	3,5 %

eines Kahnbeins im Handgelenk	4 %
für versicherte Kinder bis zum 15.Lebensjahr	EUR 500,-

eines Fersenbeins	2,5 %
eines Fersenbeins (Trümmerbruch)	7,5 %
eines Sprungbeins (Talusfraktur)	2,5 %

Bei erstmaligem Wirbelkörperbruch (Fraktur mit deutlicher Verformung des Wirbelkörpers) ohne Nerven-(Rückenmarks-)schädigung

nur eines Halswirbels	8 %
nur eines Brustwirbels	5 %
nur eines Lendenwirbels	5 %