

Bedingungen für die Unfallversicherung (UVB 2002) (WU102)

- [INHALTSVERZEICHNIS](#)
- [Abschnitt A: Versicherungsschutz](#)
- [Abschnitt B: Versicherbare Leistungen](#)
- [Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes](#)
- [Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers](#)
- [Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages](#)
- [Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen](#)
- [Abschnitt A: Versicherungsschutz](#)
 - [Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung](#)
 - [Artikel A.2 Versicherungsfall](#)
 - [Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich](#)
 - [Artikel A.4 Zeitlicher Geltungsbereich](#)
 - [Artikel A.5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung](#)
 - [Artikel A.6 Begriff des Unfalles](#)
- [Abschnitt B: Versicherbare Leistungen](#)
 - [Artikel B.1 Unfallinvalidität](#)
 - [Artikel B.2 Unfallinvalidität mit Progression 300 %](#)
 - [Artikel B.3 Superinvalidität](#)
 - [Artikel B.4 Superinvaliditätspension](#)
 - [Artikel B.5 Unfalltod](#)
 - [Artikel B.6 Unfalltagegeld](#)
 - [Artikel B.7 Unfallspitalgeld](#)
 - [Artikel B.8 Unfall-Notfall-Leistungen](#)
 - [Artikel B.9 Heilkosten](#)
 - [Artikel B.10 Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen](#)
 - [Artikel B.11 Schmerzensgeld](#)
 - [Artikel B.12 Schulausfallgeld](#)
 - [Artikel B.13 Freizeit-Unfalldoppel](#)
 - [Artikel B.14 Kosmetische Operationen](#)
 - [Artikel B.15 Insektenstiche und -bisse; Borreliose; Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoenzephalitis](#)
 - [Artikel B.16 Zusatzleistungen](#)
 - [Artikel B.17 Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung](#)
 - [Artikel B.18 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten \(Ärzt Kommission\)](#)
- [ABSCHNITT C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes](#)
 - [Artikel C.1 Unversicherbare Personen](#)
 - [Artikel C.2 Ausschlüsse](#)
 - [Artikel C.3 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes](#)
- [Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers](#)
 - [Artikel D.1 Beitrag](#)
 - [Artikel D.2 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten](#)
 - [Artikel D.3 Obliegenheiten](#)
- [Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages](#)
 - [Artikel E.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer](#)
 - [Artikel E.2 Kündigung, Erlöschen des Vertrages](#)
- [Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen](#)
 - [Artikel F.1 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen](#)

- [Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand](#)
- [Artikel F.3 Form von Willenserklärungen und Anzeigen](#)
- [Artikel F.4 Gebühren, Mehraufwendungen](#)
- [Artikel F.5 Versicherungsaufsichtsbehörde](#)

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft abschließt.

Versicherter ist die Person, für welche die Leistungen nach Abschnitt B versichert werden können.

Bezugsberechtigter (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang einer bestimmten Leistung benannt ist.

Versicherer ist die Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft mit dem Sitz in A-5033 Salzburg, Alpenstraße 61, FN 34521 t, Landes- als Handelsgericht Salzburg, DVR: 0035793.

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: Versicherungsschutz

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

Abschnitt B: Versicherbare Leistungen

Was kann versichert werden?	Art. B.1: Unfallinvalidität
	Art. B.2: Unfallinvalidität mit Progression 300%
	Art. B.3: Superinvalidität
	Art. B.4: Superinvaliditätspension
	Art. B.5: Unfalltod
	Art. B.6: Unfalltagegeld
	Art. B.7: Unfallspitalgeld
	Art. B.8: Unfall-Notfall-Leistungen
	Art. B.9: Heilkosten
	Art. B.10: Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen
	Art. B.11: Schmerzensgeld
	Art. B.12: Schulausfallgeld
	Art. B.13: Freizeit-Unfalldoppel
Was ist beitragsfrei mitversichert?	Art. B.14: Kosmetische Operationen
	Art. B.15: Insektenstiche und -bisse; Borreliose; Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis
	Art. B.16: Zusatzleistungen
Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig?	Art. B.17: Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	Art. B.18: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden?	Art. C.1: Unversicherbare Personen
-----------------------------------	------------------------------------

In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. C.2: Ausschlüsse
	Art.C.3: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist der Beitrag zu bezahlen?	Art. D.1: Beitrag
Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten?	Art. D.2: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?	Art. D.3: Obliegenheiten

Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. E.1: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	Art. E.2: Kündigung, Erlöschen des Vertrages

Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. F.1: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. F.2: Erfüllungsort, Gerichtsstand
Wie sind die Erklärungen abzugeben?	Art. F.3: Form von Willenserklärungen und Anzeigen
Welche Gebühren werden wir berechnen?	Art F.4: Gebühren, Mehraufwendungen
Welches Recht kommt zur Anwendung? Wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?	Art. F.5: Versicherungsaufsichtsbehörde, Vertragsstreitigkeiten

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Versicherungsurkunde ist ersichtlich, welche Leistung(sart)en und Versicherungssummen auf Grund des Antrages versichert sind.

Artikel A.2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. A.6).

Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel A.4 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel A.5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer die Annahme des Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde bestätigt und der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag rechtzeitig bezahlt hat (Art. D.1). Vor dem vereinbarten bzw. in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor der Einlösung der Versicherungsurkunde beginnen (vorläufige Deckung), ist eine besondere Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Versicherungsurkunde.

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall der auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende Beitrag.

Artikel A.6 Begriff des Unfalles

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse

a) Ertrinken;

b) Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;

c) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;

d) Unfälle infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles, sowie ein Herzinfarkt oder Schlaganfall, der als Folge eines Unfalles eintritt;

e) Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln.

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

Dies gilt nicht für Folgen von Insektenstichen und -bissen, Borreliose, Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis im Rahmen der

Bestimmungen des Artikel B.15 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.

4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in Motorflugzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind.

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

Abschnitt B: Versicherbare Leistungen

Artikel B.1 Unfallinvalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Unfallinvalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Unfallinvalidität entsprechende Betrag gezahlt.

2. Für die Bemessung des Unfallinvaliditätsgrades gilt - unter Ausschluss jeder anderen Art des Nachweises eines höheren oder geringeren Invaliditätsgrades - folgende Bestimmung:

2.1 bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes ab Schultergelenk	70%
eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenkes	65%
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder	
einer Hand	60%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70%
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	35%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt	
des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	15%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	5%

2.2 Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2.1 anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen und Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden.

3. Lässt sich der Unfallinvaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

4. Mehrere sich aus den Punkten 2. und 3. ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall bzw. die Versicherungsleistung pro Versicherungsfall sind jedoch mit 100% (der versicherten Summe) begrenzt.

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

6. Steht der Grad der dauernden Unfallinvalidität nach Vorstehendem nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Unfallinvaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.

Ergibt in einem solchen Falle die endgültige Bemessung eine höhere Unfallinvaliditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Art. B.17, Pkt. 2) mit 3% jährlich zu verzinsen.

7. Stirbt der Versicherte

7.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallinvaliditätsleistung;

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

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

Artikel B.2 Unfallinvalidität mit Progression 300 %

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 21%, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
20	20	40	60	60	120	80	200
21	22	41	63	61	124	81	205
22	24	42	66	62	128	82	210
23	26	43	69	63	132	83	215
24	28	44	72	64	136	84	220
25	30	45	75	65	140	85	225
26	32	46	78	66	144	86	230
27	34	47	81	67	148	87	235
28	36	48	84	68	152	88	240
29	38	49	87	69	156	89	245
30	40	50	90	70	160	90	250
31	42	51	93	71	164	91	255
32	44	52	96	72	168	92	260
33	46	53	99	73	172	93	265
34	48	54	102	74	176	94	270
35	50	55	105	75	180	95	275
36	52	56	108	76	184	96	280
37	54	57	111	77	188	97	285
38	56	58	114	78	192	98	290
39	58	59	117	79	196	99	295
						100	300

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.3 Superinvalidität

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall 100% der vereinbarten Versicherungssumme, wenn der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 50% erreicht oder übersteigt. Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 50% wird hingegen keine Leistung erbracht.

2. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist abweichend von Artikel C.3 Pkt. 3. der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu verringern. Es wird daher der Anteil von nicht mit dem Unfall zusammenhängenden Krankheiten und Gebrechen an den Unfallfolgen jedenfalls berücksichtigt.

3. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1, insbesondere die Pkt. B.5 und B.6.

Artikel B.4 Superinvaliditätspension

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall eine monatliche Pension in der vertragsmäßig vereinbarten Höhe, wenn der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 50% erreicht oder übersteigt. Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 50% wird hingegen keine Leistung erbracht

2. Die Pension wird monatlich im nachhinein bis zum Ableben der versicherten Person bezahlt. Bei Ableben der versicherten Person werden die monatlichen Pensionszahlungen bis zum Ablauf von 20 Jahren ab Pensionszahlungsbeginn an die dann bezugsberechtigte Person fortgesetzt.

3. Die zur Auszahlung gelangende Pension unterliegt keiner jährlichen Aufwertung (Wertanpassung).
4. Die Pension kann auf Verlangen des Versicherungsnehmers nach versicherungsmathematischen Grundsätzen durch eine einmalige Kapitalzahlung abgelöst werden.
5. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1, insbesondere die Pkt. B.5 und B.6.

Artikel B.5 Unfalltod

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für die Leistung(sart) Unfalltod vereinbarte Versicherungssumme gezahlt.
2. Auf die Unfalltodleistung werden nur solche Zahlungen angerechnet, die für Unfallinvalidität (mit oder ohne Progression), für Superinvalidität, für Superinvaliditätspension und für Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen aus demselben Ereignis geleistet worden sind. Einen Mehrbetrag an Leistung für Unfallinvalidität (mit oder ohne Progression), für Superinvalidität, für Superinvaliditätspension und für Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Artikel B.6 Unfalltagegeld

1. Unfalltagegeld wird bei dauernder oder vorübergehender Unfallinvalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Voraussetzung für den Anspruch auf Unfalltagegeld in der vereinbarten Höhe ist die tatsächliche Ausübung eines Berufes oder einer Beschäftigung des Versicherten zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles. Trifft dies nicht zu, finden die Bestimmungen des Artikel D.2 Anwendung.

Artikel B.7 Unfallspitalgeld

1. Unfallspitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, für längstens 730 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
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, Krankenreviere des Bundesheeres, Heeressanitätsanstalten und Heeresspitäler.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.

Artikel B.8 Unfall-Notfall-Leistungen

Für diese Leistung(sart) gelten die "Bedingungen für die UnFALL-Notfall-LeistungEN im Rahmen der Unfallversicherung". Der Versicherer ersetzt pro Versicherungsperiode die Unfall-Notfall-Leistungen (ausgenommen Assistance-Leistungen) bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Artikel B.9 Heilkosten

1. Pro Versicherungsfall werden Heilkosten bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige

Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

2. Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletzentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

3. Kosten für Erholungsreisen sowie für Bade- und Erholungsaufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

Artikel B.10 Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen

1. Der Versicherer erbringt nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Ersthilfeleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen, soweit diese nicht innerhalb eines Monats nach Eintritt des Unfalles zum Tod des Versicherten führen:

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- Amputation eines Fußes oberhalb des oberen Sprunggelenkes oder einer Hand oberhalb des Handgelenkes;
- Schweres Schädel-Hirntrauma mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung und/oder Hirnblutung und Bewußtlosigkeit;
- Verbrennung 2. oder 3. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche;
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen. Als hochgradige Sehbehinderung gilt eine Verminderung der Sehschärfe auf höchstens 1/20 der normalen Sehschärfe.

Schwere Mehrfachverletzung:

- Fraktur von mehreren Wirbelkörpern;
- Fraktur von zwei langen Röhrenknochen an unterschiedlichen Extremitäten;
- Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen;

Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
- Fraktur des Beckens, sofern die Stabilität des Beckens beeinträchtigt ist,
- Fraktur eines Wirbelkörpers,
- Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organes.

2. Das Vorliegen einer schweren Verletzung im Sinne dieser Bedingungen ist durch einen ausführlichen Bericht der behandelnden Ärzte nachzuweisen. Der Anspruch auf Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen entsteht einen Monat nach Eintritt des Unfalles.

Artikel B.11 Schmerzengeld

Bei einem unfallbedingten ununterbrochenen Spitalaufenthalt von mehr als 14 Tagen wird ein einmaliges Schmerzengeld in der Höhe von 2/3 der dafür vereinbarten Versicherungssumme ausbezahlt. Dauert der Spitalaufenthalt mehr als 21 Tage, wird die volle vereinbarte Versicherungssumme ausbezahlt.

Artikel B.12 Schulausfallgeld

1. Bei dauernder oder vorübergehender Unfallinvalidität wird für die Dauer der verhinderten Teilnahme am Schulunterricht das Schulausfallgeld ab dem 20. Tag nach dem Unfall, längstens jedoch bis zu einem Jahr ab dem Unfalltag gezahlt. Die Leistung beträgt ab dem 20. Tag 50%, ab dem 50. Tag 75% und ab dem 100. Tag 100% des vereinbarten Schulausfallgeldes.

2. Die Leistung wird, soweit es sich nicht um gesetzlich festgelegte Ferientage handelt, auch für unterrichtsfreie Tage erbracht.

Artikel B.13 Freizeit-Unfalldoppel

1. Für Unfälle, die nicht als Arbeitsunfälle und diesen gleichgestellte Unfälle im Sinne der Sozialversicherungsgesetze gelten, verdoppelt sich die Leistung des Versicherers für

Unfallinvalidität (Art. B.1), Superinvalidität (Art. B.3) bzw. Unfalltod (Art. B.5), sofern das entsprechende Freizeit-Unfalldoppel gemäß Versicherungsurkunde vereinbart ist.

2. Voraussetzung ist, dass der Versicherte einen der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden Beruf ausübt. Bei Beendigung seines der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden Berufes wird die jeweils für Freizeit-Unfalldoppel vereinbarte Versicherungssumme mit 75 % bestimmt.

Unfälle bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung gelten als Arbeitsunfälle, sofern für diese Betätigung die Übernahme des Versicherungsschutzes vereinbart ist.

Artikel B.14 Kosmetische Operationen

1. Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels einer kosmetischen Operation zu unterziehen, übernimmt der Versicherer je Versicherungsfall die mit der Operation und der klinischen Behandlung in Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorar, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik bis zu der in der Versicherungsurkunde angegebenen Höhe. Die Gesamtleistung ist mit EURO 50.000,-- (ATS 688.015,--) begrenzt.

2. Ersetzt werden nur jene Operationskosten und nur jene Kosten der klinischen Behandlung, die nach dem Unfall nachweislich entstanden sind und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Artikel B.15 Insektenstiche und -bisse; Borreliose; Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoenzephalitis

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen von Insektenstichen und -bissen, der Borreliose, Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiß übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

2. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Folge des Insektenstiches und -bisses, der Borreliose, der Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoenzephalitis diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde. Eine Leistung wird nur für Unfalltod oder Unfallinvalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für die Folgen von Insektenstichen und -bissen, Borreliose und Kinderlähmung mit EURO 40.000,-- (ATS 550.412,--) und für die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis mit EURO 80.000,-- (ATS 1.100.824,--) begrenzt.

Artikel B.16 Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Artikel D.3 Pkt. 2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben hiervon Kosten nach Artikel D.3 Pkt. 2.4.

Artikel B.17 Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung

1. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung(en) des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung(sart)en für die unfallbedingte Invalidität innerhalb von drei Monaten, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der vollständigen Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

2. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
3. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Leistung 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.
4. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
5. Lehnt der Versicherer eine Leistung aus dem Vertrag ab, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung endgültig frei, wenn nicht innerhalb eines Jahres beim zuständigen Gericht Klage eingebracht wird. Diese Frist beginnt zu laufen, sobald der Versicherer die Leistung schriftlich ablehnt und gleichzeitig auf die Rechtsfolgen dieser Fristversäumnis hingewiesen hat.

Artikel B.18 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzt Kommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Falle des Artikel B.1 Pkt. 6. entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers gemäß Artikel B.17 Pkt. 1. unter Bekanntgabe seiner Forderung Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz des Versicherten zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.
Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.
5. Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Ärztekommision untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Ärztekommision für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen, in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.
7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Artikel B.1. Pkt. 6. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

ABSCHNITT C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel C.1 Unversicherbare Personen

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande. Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

Artikel C.2 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle des Versicherten

1. als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;
2. bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Snowboarding, Schilafens, Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
5.1 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg.
6. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung,
 - durch Kernenergie verursacht werden;
8. infolge einer Bewusstseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente;
9. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hiezu der Anlass war. Soweit ein Versicherungsfall der Anlass war, findet Pkt. 7. keine Anwendung.

Artikel C.3 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Unfallinvaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.
Die Vorinvalidität wird nach Artikel B.1 Pkt. 2. und 3. bemessen.
3. Haben schon vor dem Unfall bestandene Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt oder die Unfallfolgen beeinflusst, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu verringern, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

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

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel D.1 Beitrag

1. Die Beiträge sind Jahres- oder einmalige Beiträge, die für den Versicherer kostenfrei zu bezahlen sind (siehe auch Artikel F.2 Pkt. 1.).

Die Beiträge können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch auf Verlangen des Versicherers mit Zuschlägen, bezahlt werden. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer gleichwohl mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf den gesamten Jahresbeitrag; die nach der ersten Beitragsrate zu zahlenden Raten gelten bis zu den in der Vereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.

Im Versicherungsfall sind die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres zu bezahlen.

2. Der erste und/oder einmalige Beitrag einschließlich Gebühren und der Versicherungssteuer in der jeweils geltenden Höhe ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung innerhalb von 14 Tagen zu zahlen (Einlösung der Versicherungsurkunde).

Ist der erste oder einmalige Beitrag zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der vorgenannten Frist noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.

Darüber hinaus kann der Versicherer vom Vertrag zurückzutreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Beitrag nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

3. Folgebeiträge sind jeweils zu dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.

Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf dieser Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Folgebeitrages in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.

Darüber hinaus kann der Versicherer nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung in Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Zahlungsfrist verbunden werden, so dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.

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 bereits der Versicherungsfall eingetreten ist.

4. Im Übrigen gelten für die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung die §§ 38, 39 und 39a des Versicherungsvertragsgesetzes.

Artikel D.2 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten

1. Veränderungen des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen

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

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist vom Zugang der Anzeige an nur dieser Beitrag zu bezahlen.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung ein höherer Beitrag, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz gewährt.

2. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung erforderlichen Beitragssätzen aufgrund der tatsächlichen in der Versicherungsurkunde berechneten Beiträge ergeben.

3. Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung. Dies trifft insbesondere für die Leistungsart Unfalltagegeld gemäß Artikel B.6 zu, wenn Arbeitslosigkeit eintritt und das vereinbarte Unfalltagegeld EURO 8,-- (ATS 110,08) bzw. bei Hausfrauen EURO 24,-- (ATS 330,25) übersteigt. Für Personen ohne eigenes Einkommen gelten die angegebenen Beträge abweichend von der in der Versicherungsurkunde vereinbarten Versicherungssumme als Obergrenze.

Artikel D.3 Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

2.1 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

2.2 Ein Todesfall ist dem Versicherer anzuzeigen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

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

2.4 Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

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

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

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

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

2.9 Ist auch Unfallspitalgeld oder Schmerzensgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art. B.7 Pkt.2.) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

2.10 Im Falle der Mitversicherung von Unfall-Notfall-Leistungen, Heilkosten und Kosmetische Operationen, sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages

Artikel E.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer

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

2. Wird der Versicherungsvertrag auf mindestens ein Jahr oder auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, so verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten jeweils zum Ende der Versicherungsperiode schriftlich gekündigt wird. Darüber hinaus haben der Versicherungsnehmer und der Versicherer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende einer jeden Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat schriftlich zu kündigen. Die Versicherungsperiode richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

3. Wird der Versicherungsvertrag auf eine bestimmte Zeit abgeschlossen, so verlängert sich der Vertrag ebenfalls jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zum Ende der Vertragsdauer bzw. zum Ende jeder nachfolgenden Versicherungsperiode schriftlich gekündigt wird.

4. Sofern nicht anderes vereinbart wird, endet darüber hinaus der Versicherungsvertrag in jedem Fall mit Ablauf der Versicherungsperiode, in welcher die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet sowie mit dem Zeitpunkt des Eintrittes der Unversicherbarkeit (siehe Artikel C.1).

Artikel E.2 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann per sofort oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

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

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3 Dem Versicherer gebührt der auf die verstrichene Vertragslaufzeit entfallende anteilige Beitrag.

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar im Sinne des Artikel C.1 geworden ist oder wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer der Beitrag nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit.

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

Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel F.1 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

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

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

Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand

1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere jene der Beitragszahlung sowie der Versicherungsleistung, ist jeweils der Sitz des Versicherers.

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

Artikel F.3 Form von Willenserklärungen und Anzeigen

1. Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.

2. Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder dauernden Aufenthalt gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefes an die letzte dem Versicherer bekannt gegebene Anschrift. Die Erklärung wird zu dem Zeitpunkt wirksam, zu dem sie dem Versicherungsnehmer ohne Wohnsitz- oder Aufenthaltsänderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre.

Artikel F.4 Gebühren, Mehraufwendungen

1. Es werden nur gesetzlich vorgeschriebene Abgaben, Portospesen und Gebühren für Mehraufwendungen, die der Versicherungsnehmer veranlasst, berechnet. Derartige Mehraufwendungen sind beispielsweise

- eine "Erlagschein-/Zahlscheingebühr" bei Zahlung des Beitrages mit Erlagschein;
- die uns verrechnete Rückbuchungsgebühr nach Widerruf oder Nichteinlösung einer uns erteilten Einzugsermächtigung;
- die üblichen Kosten der Mahnung bei Zahlungsverzug;

- die dem Versicherer verrechneten Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung;
 - die Kosten der Ausstellung einer Ersatzurkunde bei Verlust der Versicherungsurkunde;
 - die ortsüblichen Kosten der Anfertigung von Kopien aus der Vertragskorrespondenz;
 - die Kosten der Vormerkung einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung;
 - die Kosten der Durchführung von nach dem Vertrag nicht geschuldeten Vertragsänderungen.
2. Aus der Nichtgeltendmachung von Kosten derartiger Mehraufwendungen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, kann kein Verzicht für die Zukunft abgeleitet werden.

Artikel F.5 Versicherungsaufsichtsbehörde

Auf diesen Vertrag kommt österreichisches Recht zur Anwendung. Zur Durchführung der Versicherungsaufsicht ist die "Finanzmarktaufsichtsbehörde", Johannesgasse 14, A-1015 Wien, zuständig.

Letzte Änderung am Februar 28, 2002

Bei Fragen zu dieser Seite wenden Sie sich bitte an die Betriebsorganisation der WVAG
[\(WVBO\)](#) Tel.: (0662) 6386-629
Bei technischen Fragen wenden Sie sich bitte an den [Webmaster](#) Tel.: (0662) 6386-655
