

Bedingungen für die Lenker-Unfallversicherung

Dem Versicherungsvertrag über die Unfallversicherung „Lenker-Unfallversicherung“ und „Lenker-Unfallversicherung-PLUS“ (Lenker- und Insassenunfallversicherung) werden vereinbarungsgemäß die nachfolgenden (Versicherungs-)Bedingungen zu Grunde gelegt.

Artikel 1 – Versicherungsfall

Versicherungsfall ist das von der Versicherung umfasste Schadenereignis (gem. Artikel 14).

Artikel 2 – Beitrag, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beitrag

Der erste/einmalige Beitrag einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Aushändigung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung zu zahlen (Einlösung der Versicherungsurkunde). Die Folgebeiträge einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten, in der Versicherungsurkunde angeführten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38, 39 und 39 a des Versicherungsvertragsgesetzes 1958 (VersVG 1958).

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Versicherungsurkunde (Pkt. 1), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die Versicherungsurkunde erst danach ausgehändigt, dann aber der Beitrag binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften weiteren Verzug gezahlt, ist Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

3. Vorläufige Deckung

Gemäß § 1a (2) VersVG kommt der Versicherungsvertrag erst mit Zugang der Versicherungsurkunde oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande. Ohne besondere Vereinbarung besteht daher vor diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz. Abweichend hiervon gewährt jedoch die Wüstenrot Versicherungs-AG ab Eingang des Antrages in einer Landesdirektion vorläufige Deckung (Versicherungsschutz) unter der Voraussetzung, dass das beantragte Risiko den Annahmerichtlinien der Wüstenrot Versicherungs-AG entspricht. Ist ein späterer Beginn beantragt, besteht die Deckung frühestens ab diesem Zeitpunkt. Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von zwei Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall der auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Beitrag. Die vorläufige Deckung endet mit der endgültigen Annahme oder Ablehnung des beantragten Versicherungsvertrages.

Artikel 3 – Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung umfasst Versicherungsfälle, die in Europa eintreten, jedenfalls aber das Gebiet jener Staaten, die das Multilaterale Garantieabkommen zwischen den Nationalen Versicherungsbüros vom 30.05.2002 (Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 192 vom 31.07.2003, S. 23) unterzeichnet haben. Der Begriff Europa ist geographisch zu verstehen. Nicht in den örtlichen Geltungsbereich fallen jedoch Island, Grönland und Spitzbergen, ferner die Kanarischen Inseln, Madeira, Zypern (türkischer Teil), die Azoren und die asiatische Türkei. Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen; sonst endet er mit Beendigung des Verladevorganges in Europa. Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel 4 – Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Schadenereignisse (Unfälle),

1. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten, Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
2. die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte(n) Person(en) eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, hoheitlichen Verfügungen und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;
4. die durch den Einfluss von ionisierenden Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969 (BGBl. Nr. 227/69 in der jeweils geltenden Fassung) sowie durch Kernenergie verursacht werden;
5. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;

UB1

Seite 2 von 9

6. die der Versicherte infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörung (auch durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss sowie durch Medikamentenmissbrauch) erleidet;

7. Ausgeschlossen sind ferner als Unfallfolgen (auch Verschlimmerungen): Bandscheibenhernien und Bauch- oder Unterleibsbrüche jeder Art.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte beweist, dass die Bandscheibenhernien durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten sind, und dass es sich dabei nicht um eine Verschlimmerung schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt.

Dies gilt auch für die angeführten Bauch- oder Unterleibsbrüche, sofern der Versicherte beweist, dass sie durch eine von außen kommende mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Artikel 5 – Obliegenheiten

1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 1 und 1a VersVG 1958 befreit, wird die Verpflichtung bestimmt, das Fahrzeug nicht zu einem anderen als dem im Versicherungsvertrag vereinbarten Zweck zu verwenden.

2. Als Obliegenheiten zur Verminderung der Gefahr oder zur Verhütung einer Erhöhung der Gefahr, deren Verletzung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG 1958 befreit, werden bestimmt,

2.1 dass der Lenker 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; ferner dass sich der Lenker nicht in einem durch Alkohol, Suchtgift oder durch Medikamentenmissbrauch beeinträchtigten Zustand befindet. Die Verpflichtung zur Leistung bleibt gegenüber dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen bestehen, wenn für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.

2.2 mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.

3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG 1958 befreit, werden bestimmt,

3.1 nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;

3.1.2 dem Versicherer innerhalb einer Woche

- den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie

- die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens in geschriebener Form mitzuteilen;

3.1.3 dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Kranken-anstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, ermächtigt und aufgefordert werden, 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;

3.1.4 dass sich der Unfallgeschädigte auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten untersuchen lässt;

3.1.5 dass ein Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist;

3.1.6 dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen, nötigenfalls exhumieren und auch öffnen zu lassen;

3.1.7 dass der Unfallgeschädigte unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen hat;

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

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

3.4 Dem Versicherer ist, wenn der Versicherte in ein Spital zu ambulanter und/oder stationärer Behandlung der Unfallfolgen eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital bzw. der ambulanten Behandlung eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme zur Spitalbehandlung und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

3.5 Bei Inanspruchnahme von Unfall-Notfall-Leistungen und Kosmetischen Operationen sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 6 – Schadenminderungs- und Rettungspflicht

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schaden zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen. Wenn es die Umstände gestatten, hat er solche Weisungen einzuholen. Ebenso ist für angemessene Krankenpflege zu sorgen.

2. Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, ist der Versicherer nach den Bestimmungen des § 62 Abs. 2 VersVG 1958 leistungsfrei.

Artikel 7 – Abtretungsverbot

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 8 – Vertragsdauer und Kündigung

1. Vertragsdauer

Die Versicherung wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Sie verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der Vertragsdauer bzw. zum Ende jedes nachfolgenden Versicherungsjahres in geschriebener Form gekündigt wird. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn, sofern nicht eine ausdrückliche andere Regelung besteht oder vereinbart ist. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet die Versicherung ohne Kündigung.

Hiervon unabhängig teilt diese Lenker-Unfallversicherung ungeachtet einer allfälligen separaten Vertragsausfertigung das Schicksal des Kfz-Haftpflichtversicherungsvertrages; d.h. im Falle der Auflösung des KFZ-Haftpflichtversicherungsvertrages für das versicherte und in der Versicherungsurkunde bezeichnete Kraftfahrzeug (z.B. bei Veräußerung des Kfz) erlischt auch diese Lenker-Unfallversicherung. Bei Wegfall des versicherten Interesses gelten die Bestimmungen des § 68 VersVG 1958. Im Fall der Veräußerung des Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG 1958.

2. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des begründeten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Art. 18).

Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

2.2 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.

2.3 Dem Versicherer gebührt der auf die abgelaufene Versicherungszeit bis zur Vertragsauflösung entfallende anteilige Beitrag.

Artikel 9 – Form der Erklärungen

1. Für ab dem 1.7.2012 abgeschlossene Verträge sowie für Verträge, für die ab dem 1.7.2012 ein Tarifwechsel erfolgt, gilt:

Für Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, versicherter Personen oder sonstiger Dritter genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und dem Versicherer zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Ausgenommen hiervon sind Erklärungen, für welche gesetzlich die Schriftform vorgesehen ist oder für welche die Schriftform ausdrücklich und gesondert vereinbart wurde. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung vom Erklärenden eigenhändig unterschrieben zugehen muss. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen oder sonstigen Dritten sind nicht wirksam.

2. Für vor dem 1.7.2012 abgeschlossene Verträge, für die nach dem 1.7.2012 kein Tarifwechsel erfolgt ist, gilt: Alle für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und an die

Geschäftsleitung des Versicherers zu richten.

3. 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 10 – Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung wird gegen Unfälle, die dem Fahrzeuglenker (gemäß Artikel 14) zustoßen, genommen.
2. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem Anderen (Fahrzeuginsassen) 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.
3. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für den Fahrzeuglenker 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 11 – Gerichtsstand und Erfüllungsort

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 12 – Anzuwendendes Recht, Versicherungsaufsichtsbehörde

Auf diesen Vertrag findet österreichisches Recht Anwendung. Die Versicherungsaufsicht obliegt der "Finanzmarktaufsicht" (FMA).

Artikel 13 – Versicherungsformen und versicherte Personen

1. Die Versicherung wird abgeschlossen

1.1 für den Lenker:

Die für die versicherten Leistungen (siehe Artikel 15) vereinbarten, in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungssummen gelten für den jeweiligen Lenker des im Vertrag (in der Versicherungsurkunde) bezeichneten Fahrzeuges.

1.2 für die Insassen (für maximal vier (4) Plätze nach dem Platzsystem):

Die für die versicherten Leistungen (siehe Artikel 15) vereinbarten, in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungssummen gelten für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges, höchstens jedoch für insgesamt vier Plätze (ohne Berücksichtigung des Lenkers).

Sind im Unfallszeitpunkt mehr als vier (4) Personen oder mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben (jeweils ohne Berücksichtigung des Lenkers), so wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt. Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der insgesamt zur Verfügung stehenden Versicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallszeitpunkt versicherten Personen.

2. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikels 14 Pkt. 1. tätig werden.

Artikel 14 – Umfang der Versicherung

1. Gegenstand der Versicherung

1.1 Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des versicherten Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.

1.2 Für die Dauer der Zuweisung eines Wechselkennzeichens hat die Lenker-Unfallversicherung nur für das Fahrzeug Gültigkeit, an dem die Kennzeichentafeln jeweils angebracht sind.

2. Unfallbegriff

2.1 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.

2.2 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, 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.
- 2.3 Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Artikel 15 – Versicherungsleistung

Versichert sind

- der Unfalltod (Pkt. 1.)
- die dauernde Invalidität (Pkt. 2.)
- die Superinvalidität (Pkt. 3.)
- Sofortleistung bei Schwerverletzung (Pkt. 4.)
- Kosmetische Operationen (Pkt. 5.)
- Unfall-Notfall-Leistungen (Pkt. 6.)

1. Unfalltod

1.1 Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfall an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.

1.2 Auf die Unfalltodleistung werden nur solche Zahlungen angerechnet, die für Unfallinvalidität, für Superinvalidität und für Sofortleistung bei Schwerverletzung aus demselben Ereignis geleistet worden sind. Einen Mehrbetrag an Leistung für Unfallinvalidität, für Superinvalidität und für Sofortleistung bei Schwerverletzung kann der Versicherer nicht zurückverlangen..

1.3 Bei Personen unter 15 Jahren werden innerhalb der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

In den Fällen des Artikel 13 Pkt. 1.2 wird der auf andere versicherte Personen entfallende Teilbetrag aus der versicherten Todesfallssumme um den durch diese Begrenzung freiwerdenden Betrag verhältnismäßig erhöht.

2. Dauernde Invalidität

2.1 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.

2.2 Für die Bemessung des Unfallinvaliditätsgrades gelten bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane - unter Ausschluss jeder anderen Art des Nachweises eines höheren oder geringeren Invaliditätsgrades - die folgenden Invaliditätsgrade:

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%

bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen 100%

bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges 35%

sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges

vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war 65%

bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren 60%

bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres 15%

sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres

vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war 45%

bei völligem Verlust des Geruchssinnes 10%

bei völligem Verlust des Geschmackssinnes 5%

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

2.3 Lässt sich der Unfallinvaliditätsgrad nach Pkt. 2.2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche

oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.

2.4 Mehrere sich aus den Punkten 2.2. und 2.3. ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall bzw. die Versicherungsleistung pro Versicherungsfall sind jedoch mit 100% (der versicherten Summe) begrenzt.

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

2.6 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.

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 mit 3% jährlich zu verzinsen (siehe Artikel 18).

2.7 Stirbt der Versicherte

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

2.7.2 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.

2.7.3 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.

3. Superinvalidität

3.1 Der Versicherer leistet im Versicherungsfall 100% der vereinbarten Versicherungssumme, wenn der nach Pkt. 2. festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 50% erreicht oder übersteigt. Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 50% wird hingegen keine Leistung erbracht.

3.2 Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist abweichend von Artikel 16 Pkt. 1. 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.

3.3 Im Übrigen gelten die Bestimmungen von Pkt. 2.

4. Sofortleistung bei Schwerverletzung

4.1 Der Versicherer erbringt nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Sofortleistung 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:

- Querschnittslähmung 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 Organs.

4.2 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.

5. Kosmetische Operationen

5.1 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.

5.2 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.

6. Unfall-Notfall-Leistungen

Der Versicherer ersetzt pro Versicherungsperiode die Unfall-Notfall-Leistungen bis zur Höhe der hiefür 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.

Unfall-Notfall-Leistungen sind

6.1 Bergungs- und Rettungskosten.

6.1.1 Der Versicherer übernimmt die notwendigen Kosten, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss, oder

- durch einen Unfall den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

6.1.2 Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten, der medizinischen Erstversorgung und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.

6.2 Behandlungs- und Transportkosten.

6.2.1 Der Versicherungsschutz umfasst den Ersatz der Kosten eines infolge Unfalles erforderlichen, medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Transportes von der Unfallstelle in das nächstgelegene Krankenhaus oder wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, die Bergung aus dem Gefahrenbereich mittels Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) durch eine hiefür eingerichtete Organisation. Ebenso werden auch die Kosten sonstiger notwendiger Rettungsmittel (Ambulanzfahrzeug, etc.) ersetzt.

6.2.2 Der Versicherer übernimmt die im Zuge eines Transportes gemäß Pkt. 6.2.1 entstandenen Kosten der medizinischen Versorgung.

6.2.3 Der Versicherer übernimmt im Falle eines Unfalles im Ausland (Laut Geltungsbereich mit Ausnahme der Republik Österreich) die nachgewiesenen Kosten für die stationäre und ambulante Heilbehandlung operativer und nicht operativer Art in Krankenhäusern und Sanatorien; die ärztliche Behandlung außerhalb eines Krankenhauses ebenso wie einen außerhalb Österreichs medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Krankentransport, auch wenn dieser auf dem Luftweg erfolgt, bis zu einem Höchstbetrag von insgesamt EURO 2.000,00.

6.3 Verlegungskosten.

6.3.1 Der Versicherer ersetzt nach einem Unfall die Kosten für eine medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Verlegung des Versicherten, das ist der Transport von einem erstversorgenden Krankenhaus in ein Schwerpunktkrankenhaus oder in ein Krankenhaus mit einer speziellen Fachabteilung.

6.4 Rücktransport- und Rückholkosten.

6.4.1 Der Versicherer übernimmt die Kosten eines infolge Unfalles erforderlichen, ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland an den Wohnsitz des Versicherten bzw. zu einem dem Wohnsitz naheliegenden Krankenhaus, einschließlich der beim Transport notwendigen ärztlichen Versorgung und Betreuung. Voraussetzung ist, dass der Transport durch eine behördlich zugelassene Rettungsorganisation erfolgt (z.B. Tyrolean Air Ambulance). Für einen solchen Rücktransport aus dem Ausland wird Versicherungsschutz ohne Summenbegrenzung geboten; diese Leistung wird jedoch der vereinbarten Versicherungssumme für Unfall-Notfall-Leistungen zur Gänze angerechnet.

6.4.2 Der Versicherer übernimmt im Falle des Rücktransportes des verunfallten Versicherten nach Pkt. 6.4.1 aus dem Ausland die Mehrkosten der gemeinsamen Rückholung von mitreisenden, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebenden Kindern und des Ehepartners (Lebensgefährten) oder einer Begleitperson minderjähriger versicherter Personen. Unter Mehrkosten sind jene Kosten zu verstehen, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweisen Verwendbarkeit gebuchter und bezahlter Rückflugtickets bzw. sonstiger Fahrausweise entstehen.

6.5 Überführungskosten.

Im Todesfall des Versicherten nach Unfall im Ausland übernimmt der Versicherer die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung bis zu dessen letztem Wohnort.

6.6 Ausschlüsse

Eine Leistungspflicht besteht nicht:

6.6.1 für Krankheiten, Gebrechen, chronische Leiden und deren Ursachen und Folgen;

6.6.2 für Kosten von Impfungen, nicht vom Versicherer verlangten ärztlichen Gutachten und Attesten sowie von Pflegepersonal;

6.6.3 für Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe.

6.6.4 für Schwangerschaftskomplikationen, Entbindungen, Fehlgeburten, und Schwangerschaftsunterbrechungen mit allen Folgen, außer wenn diese durch einen Unfall herbeigeführt werden.

Artikel 16 – Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

1. 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. Eine Vorinvalidität wird nach Artikel 15 Pkt. 2.2. und 2.3. bemessen.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Artikel 17 – Erklärung über die Versicherungsleistung

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Heilkosten, Taggeld oder Todesfall-Leistung innerhalb eines Monats, bei allen anderen Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit 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.

Artikel 18 – Fälligkeit der Versicherungsleistung

1. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache auf Grund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.

Artikel 19 – Gebühren, Mehraufwendungen

1. Falls aus besonderen, vom Versicherungsnehmer veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Als derartige Mehraufwendungen gelten beispielsweise
 - die „Erlagschein-/Zahlscheingebühr“ bei Zahlung des Beitrags (Artikel 2) mit Zahlschein;
 - die ortsüblichen Kosten der Mahnung bei Nichtzahlung von Beiträgen (Artikel 2);
 - die uns verrechnete Rückbuchungsgebühr nach Widerruf oder Nichteinlösung einer uns erteilten Einzugsermächtigung;
 - die uns verrechneten Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung (Artikel 11);
 - die Durchführung von nach diesem Vertrag von uns nicht geschuldeten Vertragsänderungen.
2. Aus der bloßen Nichteinforderung von solchen Kosten auch über einen längeren Zeitraum hinweg kann ein allgemeiner Verzicht auf ihre Geltendmachung für die Zukunft nicht abgeleitet werden.

Artikel 20 – Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?

1. 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 bekannt geworden ist. Ist dem Dritten sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
2. Hat der Versicherungsnehmer bzw. ein berechtigter Dritter einen Anspruch angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Erhalt einer Entscheidung des Versicherers in geschriebener Form gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.
3. Lehnt der Versicherer eine Leistung aus dem Vertrag ab, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung endgültig frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten nicht innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Ablehnung gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst zu laufen, nachdem die Leistung in geschriebener Form gegenüber dem Berechtigten in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise abgelehnt und gleichzeitig auf diese mit dem Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hingewiesen wurde. Die Frist ist für die

UB1

Seite 9 von 9



Wüstenrot Versicherungs-AG

Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Berechtigte ohne Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.