

Besondere Vertragsbeilage Nr. 301941

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB); Fassung 2007

	Artikel	Seite
Inhalt		1
Übersicht		2
Abschnitt A	Begriffsbestimmungen	3
	Was ist ein Unfall?	3
	Was ist ein Versicherungsfall?	3
	Was ist dauernde Invalidität?	3
	Was ist Vorinvalidität?	3
	Was ist die Gliedertaxe?	3
	Was ist die Ärztekommision?	3
	Was ist die Karenzfrist?	3
	Was ist eine Versicherungsperiode?	3
	Was ist die Vertragsdauer?	3
	Was sind Obliegenheiten?	3
	Was bedeutet Versicherungsschutz?	3
Abschnitt B	Versicherungsschutz	4
	Was ist versichert?	1 4
	Was ist nicht versichert?	2 4
	Wer ist nicht versichert?	3 5
	Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?	4 5
	Was ist bei Änderung der Beschäftigung zu beachten?	5 6
	Wo gilt die Versicherung?	6 6
	Wann gilt die Versicherung?	7 6
	Wann beginnt die Versicherung?	8 6
Abschnitt C	Versicherungsleistungen	6
	Was kann versichert werden und was wird geleistet?	9 6
	Was wird zusätzlich geleistet?	10 11
	Wann sind die Leistungen fällig?	11 12
	Wann wird die Leistung gekürzt?	12 12
	Wann wird keine Leistung erbracht?	13 13
Abschnitt D	Allgemeine Vertragsbestimmungen	13
	Wie wird bei Meinungsverschiedenheiten verfahren?	14 13
	Wann ist die Prämie zu bezahlen?	15 14
	Wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	16 14
	Wie kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	17 14
	Wann endet der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	18 14
	Wie können ohne Kündigung beendete Verträge weitergeführt werden?	19 15
	Wer darf Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausüben?	20 15
	Wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	21 15
	Welches Gericht ist zuständig?	22 16
	Wie können Erklärungen abgegeben werden?	23 16

Übersicht

Die Übersicht ist eine informative Kurzfassung der Bedingungen und ist daher kein Vertragsbestandteil.

Versichert sind Unfälle und deren Folgen.

Die vollständige Liste ist in Artikel 1 nachzulesen.

Nicht versichert sind Krankheiten und deren Folgen.

Versichert werden können

- dauernde Invalidität
- Unfallrente
- Todesfall
- Unfallkosten
- Urlaubsschutz
- Kostenersatz
- Taggeld
- Helvetia Card Person Plus (Assistanceleistungen für Pflege nach einem Unfall)
- Exekutivdeckung

Welche Positionen versichert sind, ist auf der Polizza dokumentiert.

Versicherte Personen sind

- in der Familienunfallversicherung
zwei erwachsene Personen und deren Kinder (siehe Artikel 10)
- in der Einzelunfallversicherung
eine erwachsene Person vom 16. bis 65. Lebensjahr
- in der Jugendunfallversicherung
eine jugendliche Person bis zum vollendeten 18. bzw. 25. Lebensjahr
- in der Seniorenunfallversicherung
eine erwachsene Person ab dem 65. Lebensjahr

Die Artikel 18 und 19 sind zu beachten!

Welche Unfallversicherung abgeschlossen wurde, ist auf der Polizza dokumentiert.

Prämienfreie Leistungen:

- die Folgen von Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose
- Benützung von Luftfahrzeugen als Pilot und Fluggast (siehe Artikel 10)
- Mitversicherung von Neugeborenen innerhalb des 1. Lebensjahres

Weitere produktspezifische, prämienfreie Zusatzleistungen siehe Artikel 10

Während der Laufzeit des Vertrages ist zu beachten

- die rechtzeitige Bezahlung der Prämie,
- die Bekanntgabe einer geänderten Beschäftigung.

Nach Eintritt des Unfalles

- ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen,
- ist dem Versicherer der Unfall spätestens innerhalb einer Woche schriftlich zu melden.

Ein Todesfall als Folge eines Unfalles ist dem Versicherer auch dann zu melden, wenn der Unfall bereits gemeldet wurde.

Der Versicherer erbringt keine Leistung, wenn die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente einen Unfall erleidet!

Zusatzleistungen gelten nur als Folge eines versicherten Unfallereignisses als versichert!

Abschnitt A: Begriffsbestimmungen

Die nachstehend definierten Begriffe sind Grundlage und integrierender Bestandteil der angeschlossenen Bedingungen.

Was ist ein Unfall?

Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis. Dieses Unfallereignis muss eine unfreiwillige Gesundheitsschädigung herbeiführen.

Was ist ein Versicherungsfall?

Der Eintritt eines Unfallereignisses ist der Versicherungsfall.

Was ist dauernde Invalidität?

Dauernde Invalidität besteht dann, wenn die versicherte(n) Person(en) durch die Folgen eines Unfallereignisses dauerhaft in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist (sind). Der Anteil der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit ist der Invaliditätsgrad.

Was ist Vorinvalidität?

Waren vor einem Unfallereignis bereits Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktion oder die geistige Leistungsfähigkeit dauernd beeinträchtigt, so ist eine Vorinvalidität vorhanden.

Was ist die Gliedertaxe?

Die Gliedertaxe ist eine Auflistung bestimmter Körperteile und Sinnesorgane, denen ein bestimmter Invaliditätsgrad zugeordnet ist.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsuntüchtigkeit der ausdrücklich angeführten Körperteile oder Sinnesorgane gelten, unabhängig von der medizinischen Bewertung, ausschließlich die in der Gliedertaxe festgesetzten Invaliditätsgrade.

Was ist die Ärztekommision?

Die Ärztekommision besteht aus je einem vom Versicherer und dem Versicherungsnehmer bestimmten, in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit dem Recht zur Berufsausübung. 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 österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

Was ist die Karenzfrist?

Die vereinbarte Leistung wird nach Ablauf einer bestimmten Frist erbracht.

Was ist eine Versicherungsperiode?

Eine Versicherungsperiode ist der Zeitraum eines Jahres von Hauptfälligkeit zu Hauptfälligkeit, außer die Vertragsdauer ist kürzer als ein Jahr. Die erste Versicherungsperiode beginnt mit dem Versicherungsbeginn und endet zur Hauptfälligkeit im folgenden Jahr.

Was ist die Vertragsdauer?

Die Vertragsdauer ist die vereinbarte Laufzeit des Vertrages.

Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.

Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), wird der Versicherer den Versicherungsnehmer vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung so rechtzeitig hinweisen, dass dieser zur Abgabe einer ausdrücklichen Erklärung eine angemessene Frist hat.

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Was sind Obliegenheiten?

Obliegenheiten sind vom Versicherungsnehmer vertragliche oder gesetzliche Verpflichtungen, um den aufrechten Versicherungsschutz zu gewährleisten.

Was bedeutet Versicherungsschutz?

Das ist die vertragliche Verpflichtung des Versicherers die vereinbarte Leistung zu erbringen. Die vereinbarten Leistungen sind in der Polizza dokumentiert. Der Versicherungsschutz kann aus gesetzlichen oder vertraglichen Gründen ausgesetzt oder eingeschränkt werden.

Abschnitt B: Versicherungsschutz

Artikel 1

Was ist versichert?

Der Versicherer gibt Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person (den versicherten Personen) ein Unfall zustoßt. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen erbracht.

Folgende Ereignisse sind auch von der Unfalldefinition der Begriffsbestimmung umfasst:

1. Verrenkungen von Gliedern
2. Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln
3. Meniskusverletzungen
4. Ertrinken
5. Erstickten
6. Wundstarrkrampf
7. Tollwut
8. Verschlucken von festen Stoffen (bei Kleinkindern vor Vollendung des dritten Lebensjahres ist die unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigung nicht Voraussetzung für die Erbringung der Leistung)
9. Vergiftungen, auch Lebensmittelvergiftungen, wenn kein Eigenverschulden vorliegt
10. Infektionen (nicht Infektionskrankheiten), welche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase hervorgerufen wurden
11. Herzinfarkt, Schlaganfall und Bewusstseinsstörungen;
der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Herzinfarktes, Schlaganfalles sowie einer Bewusstseinsstörung erleidet; ein Herzinfarkt und/oder Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

Bei Hilfeleistung und der versuchten oder vollbrachten Rettung von Menschenleben gelten oben beschriebene Ereignisse auch als Unfall, wenn dabei eine mögliche Gesundheitsschädigung in Kauf genommen wird.

Die Leistungen, die versichert werden können, sind in Artikel 9 angeführt.

Artikel 2

Was ist nicht versichert?

1. Krankheiten sind nicht versichert.
Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolge. Abweichend davon gilt Artikel 10, Pkt. 1.3.

Der Versicherungsschutz gilt nicht für Unfälle,

2. die bei der Benützung von Luftfahrtgeräten, von Luftfahrzeugen oder von Raumfahrzeugen entstehen (siehe jedoch auch Artikel 10);
3. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
4. die bei der Ausübung von Sport und dem Training gegen Entgeltzahlung entstehen;
5. die bei dem Fußballspielen in der Bundes-, Erste-, Regional- und Landesliga sowie bei dem Training entstehen;
6. die bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen entstehen;
7. die bei der Ausübung folgender gefährlicher Sportarten entstehen: Bungeejumping, Tauchen, Klettern und Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 4 (gemäß UIAA-Skala), Freeclimbing,

- Expeditionen als Entdeckungs- und Forschungsreisen, Befahren von Wildwasser ab Klasse WWIII, Fallschirmspringen und Paragleiten (siehe jedoch auch Artikel 9, Pkt. 7);
8. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
 9. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen oder Terrorakten jeder Art zusammenhängen; oder sich ergeben aus oder im Zusammenhang mit Handlungen, die zur Eindämmung, Vorbeugung oder Unterdrückung von Terrorakten ergriffen werden oder sich in irgendeiner Weise darauf beziehen;
 10. die durch innere Unruhen entstehen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter daran teilgenommen hat;
 11. die mittelbar oder unmittelbar
 - a) durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - b) durch Kernenergie,
 - c) durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jenen, die durch veranlasste Heilbehandlungen infolge eines Versicherungsfalles entstehen, verursacht werden;
 12. die, die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
 13. die durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person entstehen.

Artikel 3

Wer ist nicht versichert?

Nachstehende Personengruppen können nicht versichert werden (unversicherbare Personen):

1. Geisteskranke Personen
2. Personen, die von einem schweren Nervenleiden befallen sind
3. Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig sind
Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

Für die angeführten Personengruppen kommt der Versicherungsvertrag nicht zustande.

Artikel 4

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt Folgendes:

Gemäß § 6 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz erbringt der Versicherer nach Unfällen keine Leistung, wenn

1. ihm ein Unfall nicht unverzüglich, spätestens aber innerhalb einer Woche, schriftlich gemeldet wird,
2. ihm ein Todesfall nicht innerhalb von 3 Tagen gemeldet wird, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet worden ist,
3. ihm das Recht nicht eingeräumt wird, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen,
4. nach dem Unfall nicht unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wird und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortgesetzt wird,
5. wenn nicht für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen gesorgt wird,
6. ihm nicht alle verlangten sachdienlichen Auskünfte erteilt werden.

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.

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

Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

Ist auch Spitalgeld (Artikel 9, Pkt. 5) versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 5

Was ist bei Änderung der Beschäftigung zu beachten?

Veränderungen der im Antrag angegebenen Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person(en) sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen (siehe Artikel 23: Wie können Erklärungen abgegeben werden?).

Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen müssen nicht gemeldet werden.

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person(en) nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für 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.

Siehe jedoch auch Artikel 16, Pkt. 2.

Artikel 6

Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 7

Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Artikel 8

Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz wird wirksam, sobald der Versicherer die erste oder einmalige Prämie erhalten hat.

Erhält er die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen ab Zugang des Versicherungsscheines an den Versicherungsnehmer, beginnt der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor dem vereinbarten Vertragsbeginn.

Soll der Versicherungsschutz vor dem vereinbarten Vertragsbeginn wirksam werden (vorläufige Deckung), ist dafür eine schriftliche Bestätigung durch den Versicherer erforderlich.

Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit Zugang der Polizze.

Soll die vorläufige Deckung ohne Ausstellung eines Vertrages beendet werden, ist eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten.

Für die vorläufige Deckung wird die anteilige Prämie für die Zeit des Versicherungsschutzes verrechnet.

Abschnitt C: Versicherungsleistungen

Artikel 9

Was kann versichert werden und was wird geleistet?

1. Dauernde Invalidität

1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als Kapitalbetrag, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist und die Invalidität innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und von einem Arzt schriftlich festgestellt und beim Versicherer geltend gemacht worden ist.

1.2 Art und Höhe der Leistung

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

eines Armes und/oder einer Hand	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers oder einer Zehe	5 %
aller Finger einer Hand	70 %
eines Beines und/oder Fußes	70 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	55 %
des Gehörs eines Ohres	35 %
des Geruch- oder Geschmacksinnes	10 %
eines Lungenflügels	65 %
der Stimme	50 %
einer Niere	20 %

Wenn die zweite Niere bereits vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 9, Pkt. 1.2. anzuwenden.

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

1.4 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

1.5 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.

1.6 Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

1.7 Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, ist sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

1.8 Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

1.9 Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

1.10 Stirbt der Versicherte 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.

2. Unfallrente

2.1 Unfallrente für eine namentlich erwachsene Person

Führt ein versichertes Unfallereignis zu einer dauernden Invalidität von mindestens 40%, wird der in der Polizza vereinbarte Kapitalwert (= Versicherungssumme ohne Gewinnbeteiligung) in der zum Unfalltag bestehenden Höhe in 240 gleich bleibenden Monatsraten ausbezahlt.

Stirbt die versicherte Person, bevor der Invaliditätsgrad eindeutig festgestellt wurde, erbringt der Versicherer keine Leistung.

Stirbt die versicherte Person vor Ablauf der Ratenleistung, geht der verbliebene Rest der Leistung auf die bezugsberechtigte(n) Person(en) über.

Bemessung der Unfallrente:

Bei der Bemessung des für die Unfallrente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades von 40 Prozent wird der Invaliditätsgrad um eine bestehende Vorinvalidität gemindert bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungserscheinungen an den Unfallfolgen wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt.

Ist die versicherte Person bereits vor Vertragsabschluss invalide oder ergibt sich aus einem Unfall während der Laufzeit des Vertrages ein Invaliditätsgrad, so werden diese Invaliditätsgrade für die Bemessung des für die Unfallrente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades von 40 Prozent zur Gänze abgezogen. Die Leistung aus der Unfallrente erfolgt erst ab dem sodann errechneten Invaliditätsgrad.

Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen von Artikel 9, Pkt. 1.2 bis inklusive Pkt. 1.4.

Leistungsdauer:

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, beginnt die Rentenleistung mit dem nächsten Monatsersten.

Löst ein Unfall die Leistung einer Unfallrente aus, erlischt der Unfallrentenvertrag rückwirkend ab dem dem Unfalltag folgenden Tag.

Hat die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, endet der Unfallrentenvertrag.

- 2.2 Unfallrente für zwei versicherte erwachsene Personen mit gleicher Leistung
Führt ein versichertes Unfallereignis zu einer dauernden Invalidität von mindestens 40%, wird der in der Polizze vereinbarte Kapitalwert (= Versicherungssumme ohne Gewinnbeteiligung) in der zum Unfalltag bestehenden Höhe in 240 gleich bleibenden Monatsraten ausbezahlt.

Stirbt eine der versicherten erwachsenen Personen oder beide namentlich versicherten erwachsenen Personen, bevor der Invaliditätsgrad eindeutig festgestellt wurde, erbringt der Versicherer keine Leistung.

Stirbt die vom versicherten Unfallereignis betroffene versicherte erwachsene Person oder beide versicherten erwachsenen Personen vor Ablauf der Ratenleistung, geht der verbliebene Rest der Leistung auf die bezugsberechtigte(n) Person(en) lt. Antrag bzw. im Todesfall beider namentlich versicherten erwachsenen Personen an die rechtlichen Erben, über.

Bemessung der Unfallrente:

Bei der Bemessung des für die Unfallrente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades von 40 Prozent wird der Invaliditätsgrad um eine bestehende Vorinvalidität gemindert bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungserscheinungen an den Unfallfolgen wird der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens gekürzt.

Ist die versicherte Person bereits vor Vertragsabschluss invalide oder ergibt sich aus einem Unfall während der Laufzeit des Vertrages ein Invaliditätsgrad, so werden diese Invaliditätsgrade für die Bemessung des für die Unfallrente mindestens erforderlichen Invaliditätsgrades von 40 Prozent zur Gänze abgezogen. Die Leistung aus der Unfallrente erfolgt erst ab dem sodann errechneten Invaliditätsgrad.

Der Invaliditätsgrad bemisst sich nach den Grundsätzen von Artikel 9, Pkt. 1.2 bis inklusive Pkt. 1.4.

Leistungsdauer:

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, beginnt die Rentenleistung mit dem nächsten Monatsersten für die jeweilige betroffene versicherte erwachsene Person bzw. für beide Personen.

Löst ein Unfall die Leistung einer Unfallrente aus, erlischt der Unfallrentenvertrag rückwirkend ab dem dem Unfalltag folgenden Tag für die jeweilige namentlich versicherte erwachsene Person bzw. erlischt im Fall beider versicherten Personen der gegenständliche Unfallrentenvertrag zur Gänze.

Hat eine der beiden versicherten erwachsenen Personen das 65. Lebensjahr vollendet, endet für diese betreffende Person der Unfallrentenvertrag und endet zur Gänze, wenn auch die zweite versicherte erwachsene Person das 65. Lebensjahr vollendet hat.

3. Todesfall

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

4. Taggeld

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person längstens für 100 Tage pro Versicherungsfall innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt. Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt eine Karenzfrist von 7 Tagen.

5. Kostenersatz

Der vereinbarte Tagsatz (= Versicherungssumme) gilt in derselben Höhe für alle angeführten Punkte.

Die Leistung für alle angeführten Punkte gemeinsam wird längstens für 100 Tage pro Versicherungsfall innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

5.1 Spitalgeld

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, erbracht.

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

Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskrankte.

5.2 Begleitkosten

Befindet sich die versicherte Person nach einem Unfall in stationärer Heilbehandlung, werden die nachgewiesenen Aufenthaltskosten, maximal der vereinbarte Tagsatz pro Tag, für eine Begleitperson ersetzt.

5.3 Schulausfallkosten

sind nachgewiesene, verpflichtende Beitragsfortzahlungen für kostenpflichtige Schulen und/oder Kinderbetreuungseinrichtungen während der Zeit, in der das versicherte Kind unfallbedingt die Schule und/oder Kinderbetreuungseinrichtung nicht besuchen kann. Geleistet wird maximal der vereinbarte Tagsatz pro Fehltag des Kindes.

Wenn das versicherte Kind unfallbedingt an einer kostenpflichtigen Schulveranstaltung (z.B. Schulschikurs) nicht teilnehmen kann, wird der vereinbarte Tagsatz pro Tag der Veranstaltung an welchem das Kind nicht teilnehmen konnte, geleistet, sofern der bereits bezahlte Kostenbeitrag nicht rückerstattet wird.

5.4 Pflegekosten

sind jene Kosten, die entstehen, wenn die versicherte Person unfallbedingt häuslich gepflegt werden muss. Pro Tag werden die nachgewiesenen Kosten, maximal der vereinbarte Tagsatz, geleistet. Verdienstentgang bei der Pflege durch Privatpersonen wird nicht ersetzt.

5.5 Kurkosten

sind eine Beihilfe zu den nachgewiesenen, selbst zu tragenden Kosten für eine unfallbedingte, ärztlich verordnete, mindestens 2-wöchige Kur. Für jeden Aufenthaltstag wird maximal der vereinbarte Tagsatz geleistet.

5.6 Rehabilitationskosten

sind eine Beihilfe zu den nachgewiesenen, selbst zu tragenden Kosten für einen unfallbedingten, ärztlich verordneten, mindestens 2-wöchigen Aufenthalt in einer Sonderkrankenanstalt, die der Rehabilitation dient. Für jeden Aufenthaltstag wird maximal der vereinbarte Tagsatz geleistet.

6. Unfallkosten

Die Unfallkosten enthalten die Deckungserweiterungen für Berge-, Rückhol-, Transport- und Heilkosten sowie die Kosten für kosmetische Operationen.

Unfallkosten werden vom Versicherer ersetzt, wenn diese innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und wenn nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

Die Gesamtleistung aus den Unfallkosten ist mit der Versicherungssumme je Versicherungsfall begrenzt (siehe jedoch auch Artikel 10, Pkt. 1.2).

6.1 Bergkosten

werden fällig, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat und geborgen werden muss oder in Berg- oder Wassernot geraten ist.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens und Bergens der versicherten Person.

6.2 Rückholkosten

sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Rückholkosten aus dem Ausland sind mit der halben Versicherungssumme für Unfallkosten begrenzt.

6.3 Transportkosten

sind die nachgewiesenen Kosten für den Transport der versicherten Person vom Unfallort bzw. nach einer Bergung in das nächstgelegene Spital.

Stehen diesem Spital nicht die medizinisch notwendigen Einrichtungen zur Verfügung, die eine ordnungsgemäße Behandlung der versicherten Person ermöglichen, sind auch die Kosten eines Verlegungstransportes in das nächstgelegene Spital, dem die Einrichtungen zur Verfügung stehen, mitversichert.

6.4 Heilkosten

sind Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche erstmalige Anschaffungen.

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

6.5 Kosmetische Operationen

Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

Der Versicherer übernimmt die bis zum Ablauf des 2. Jahres nach dem Unfall entstandenen Kosten der Operation und der klinischen Behandlung der versicherten Person.

Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für häusliche Krankenpflege.

7. Urlaubsschutz

7.1 Ausübung gefährlicher Sportarten (gefährliche Sportarten siehe Artikel 2, Pkt. 7)

Während einer Urlaubsreise, die länger als drei aufeinander folgende Tage andauert, sind Unfälle bei Ausübung gefährlicher Sportarten mitversichert, sofern die Ausübung von einschlägig geschultem Personal dauernd beaufsichtigt wird und sofern die Reise nicht ausschließlich zu dem Zweck der Ausübung dieser gefährlicher Sportarten unternommen wurde.

Ausgeschlossen bleiben Wrack-/ Höhlen- und Eistauchen, Klettern und Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 4, Freeclimbing, Befahren von Wildwasser ab Klasse WWIII und Expeditionen als Entdeckungs- und Forschungsreisen.

7.2 Passives Kriegerisiko

Versicherungsschutz besteht abweichend von Artikel 2, Pkt. 9, wenn die versicherte Person

auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen bzw. Terrorakten betroffen wird, bei keiner der beteiligten Kriegsparteien aktiv an den Kampfhandlungen teilnimmt, und es für den betreffenden Staat/Region keine Reisewarnung zum Zeitpunkt des Abfluges gegeben hat.

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 sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Ausgeschlossen bleiben Personen, die sich zum Zweck der Berichterstattung oder der Hilfeleistung willentlich in das Kriegsgebiet begeben haben.

Die Bestimmungen des Artikels 2, Pkt. 11 bleiben von dieser Vereinbarung unberührt.

7.3 Entführungen

Ist Taggeld mitversichert, erbringt der Versicherer die vereinbarte Leistung auch im Fall einer Entführung und/oder Geiselnahme während einer Urlaubsreise, gemäß den Bestimmungen für Taggeld.

Entführung ist eine Freiheitsbeschränkung durch Dislokation des Opfers an einen anderen Ort und Begründung eines Gewaltverhältnisses über das Opfer, das deswegen nicht mehr die Möglichkeit hat, unabhängig vom Willen des Täters an seinen gewohnten Aufenthaltsort zurückzukehren.

Geiselnahme ist eine Entführung oder anderweitige Ergreifung einer Person, um einen Dritten zu nötigen, oder Ausnutzung der von einem Andern auf diese Weise geschaffenen Lage, um einen Dritten zu nötigen. Als Dritter zählt jede nicht mit dem Täter und der Geisel identische Person.

Welche Leistungen mit welchen Versicherungssummen vertraglich vereinbart wurden, ist in der Polizze (im Versicherungsschein vgl. § 3 Versicherungsvertragsgesetz) dokumentiert.

Artikel 10

Was wird zusätzlich geleistet?

1. Besondere Zusatzleistungen

Benützung von Luftfahrzeugen

Unfälle bei der Benützung von Luftfahrzeugen sind mitversichert, sofern der Pilot einen gültigen Luftfahrerschein für Berufsflugzeugführer (CPL) und/oder für Verkehrsflugführer (ATPL) besitzt.

Ausgeschlossen bleiben Flüge, auch Übungs- und Lehrflüge, zu militärischen Zwecken, bewilligungspflichtige Erprobungsflüge und Flüge im Rahmen eines Wettbewerbes.

1.1 Hubschrauberbergkosten

Die Kosten für eine Hubschrauberbergung sind bis EUR 3.500,- mitversichert, sofern eine medizinische Notwendigkeit oder keine andere Möglichkeit zur Bergung besteht und soweit nicht von einem anderen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

1.2 Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis; Borreliose

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

Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Tod oder dauernde Invalidität mit EUR 40.000,- begrenzt.

Ist ein aktiver Impfschutz möglich und wird dieser nachgewiesen, besteht für die Todes- oder Invaliditätsleistung keine Begrenzung, außer die Versicherungssumme selbst. Dies gilt auch dann, wenn ein aktiver Impfschutz nicht möglich ist.

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

1.3 Mitversicherung von Neugeborenen

Nach erfolgter Abnabelung ist das neugeborene Kind bis zum 1. Geburtstag im Rahmen der Invaliditätssumme zu 100% mitversichert. Im Rahmen der Todesfallsumme werden nur die

angemessenen Begräbniskosten, maximal EUR 6.000,-, ersetzt. Keine Leistung erfolgt aus anderen Vertragsteilen.

Neugeborene sind auch beim Vater und bei den Großeltern mitversichert. Ist das neugeborene Kind bei mehreren beim Versicherer bestehenden Verträgen mitversichert, wird aus dem Vertrag des nächsten Verwandten in gerader aufsteigender Linie geleistet. Es kann nur aus einem einzigen Vertrag Leistung verlangt werden.

2. Besondere Zusatzleistungen in der Jugendunfallversicherung

Die Jugendunfallversicherung endet zu der Hauptfälligkeit, die dem 25. Geburtstag der versicherten Person folgt. Der Versicherungsschutz endet vor dem vollendeten 25. Lebensjahr, wenn die versicherte Person über ein eigenes regelmäßiges Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit verfügt.

- 2.1 Sind aus medizinischen Gründen die versicherten Unfallfolgen erst nach Abschluss des Wachstums des versicherten Kindes endgültig zu beheben, kann die Leistung in der Höhe der Kosten zum Unfallzeitpunkt verlangt werden.
- 2.2 Stirbt der Versicherungsnehmer, sofern abweichend von der versicherten Person, während der Vertragsdauer, wird der Vertrag bis zum Ende der Vertragsdauer prämienfrei weitergeführt.
- 2.3 Kann die versicherte Person unfallbedingt länger als zwei Wochen am Unterricht einer Pflichtschule nicht teilnehmen, sind die notwendigen, nachgewiesenen Kosten einer Nachhilfe bis max. EUR 250,- mitversichert. Private Nachhilfestunden sind nicht versichert.

3. Besondere Zusatzleistungen in der Familienunfallversicherung

Versichert sind zwei erwachsene, namentlich genannte Personen, die ein gemeinsames Lebensinteresse verbindet und alle im Haushalt gemeldeten Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Der Versicherungsschutz für Kinder endet vor dem vollendeten 18. Lebensjahr, wenn diese über ein eigenes Einkommen aus selbstständiger oder unselbstständiger Arbeit verfügen. Dieser Versicherungsschutz verlängert sich bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, aber nur solange die Kinder über keinen eigenen Haushalt und kein eigenes regelmäßiges Einkommen verfügen.

- 1.11 Durch die Familienunfallversicherung sind der Lebenspartner und die Kinder mit 100% der für den Versicherungsnehmer für dauernde Invalidität, Todesfall, Kostenersatz, Unfallkosten und Urlaubsschutz vereinbarten Versicherungssummen mitversichert (siehe Artikel 12, Pkt. 5).
- 1.12 Sind aus medizinischen Gründen die versicherten Unfallfolgen erst nach Abschluss des Wachstums des mitversicherten Kindes endgültig zu beheben, kann die Leistung in der Höhe der Kosten zum Unfallzeitpunkt verlangt werden.

Artikel 11

Wann sind die Leistungen fällig?

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens dem Versicherer vorzulegen hat.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, ob der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte vom Versicherer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den dieser nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
4. Für die Verjährung gilt § 12 Versicherungsvertragsgesetz.

Artikel 12

Wann wird die Leistung gekürzt?

1. Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
2. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach den Bestimmungen des Artikels 9, Pkt. 1.2 und 1.3 bemessen.
3. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden nicht berücksichtigt.
4. Auf die Todesfallleistung werden Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen geleisteten Mehrbetrag verlangt der Versicherer nicht zurück.
5. Für Personen, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Todesfall im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten, maximal EUR 6.000,-, Begräbniskosten ersetzt.
6. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.
7. Wenn Krankheiten oder Gebrechen bei der durch einen Unfall hervorgerufenen Gesundheitsschädigung, insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind, oder deren Folgen mitgewirkt haben, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern.

Artikel 13

Wann wird keine Leistung erbracht?

1. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
2. Ausgeschlossen sind Unfälle, die der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet.
3. Für Krankheiten erbringt der Versicherer aus der Unfallversicherung keine Leistung. Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolge.
4. Auftretende Netzhautablösungen und deren Folgen sind nicht versichert, wenn bei Vertragsabschluss eine Fehlsichtigkeit von mehr als 8 Dioptrien besteht.
5. Für Artikel 1, Pkt. 11 endet der Versicherungsschutz mit dem vollendeten 65. Lebensjahr.
6. Kein Anspruch besteht bei Bauch- und Unterleibsbrüchen, außer wenn diese durch eine von außen kommende, mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden und nicht anlagebedingt sind.
7. Kein Anspruch besteht bei Bandscheibenhernien, außer wenn sie durch eine direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
8. Kein Anspruch besteht für organisch bedingte Störungen des Nervensystems, außer wenn die Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
9. Kein Anspruch besteht bei seelischen Fehlhaltungen (z.B. Neurosen) als Folge eines Unfalles wird keine Leistung erbracht.
10. Kein Anspruch besteht wenn die versicherte Person Kraftfahrzeuge ohne die rechtliche Berechtigung lenkt. Diese Bestimmung gilt auch für Straßen, die nicht für den öffentlichen Verkehr bestimmt sind (vgl. § 6 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz).

Abschnitt D: Allgemeine Vertragsbestimmungen

Artikel 14

Wie wird bei Meinungsverschiedenheiten verfahren?

Die Ärztekommision entscheidet bei Meinungsverschiedenheiten über

1. die Folgen eines Unfallereignisses;
2. den Umfang der erlittenen Beeinträchtigung, die auf den Versicherungsfall zurück zu führen ist;
3. den festgestellten Invaliditätsgrad.

In den nach Punkten 1 bis 3 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung des Versicherers und Vorlage eines von ihm eingeholten medizinischen Gutachtens, unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Artikel 9, Einspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch dem Versicherer zu. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

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 darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

Die Kosten der Ärztekommision werden von dieser festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Wird gemäß Artikel 9 die Neufeststellung verlangt, trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 25% des strittigen Betrages, begrenzt.

Artikel 15

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet innerhalb von 14 Tagen ab Zugang der Polizze an ihn die erste oder einmalige Prämie zu bezahlen.

Die Folgeprämien einschließlich Gebühren sind im Voraus zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff Versicherungsvertragsgesetz (Prämienzahlungsverzug).

Artikel 16

Wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

1. Der Versicherungsnehmer kann kündigen, wenn der Versicherer einen berechtigten Anspruch auf Leistung ablehnt oder die Anerkennung des Anspruches verzögert.
2. Gewährt der Versicherer für eine Berufstätigkeit oder Beschäftigung keinen Versicherungsschutz, so kann er nach Maßgabe der Bestimmungen der §§ 23 ff Versicherungsvertragsgesetz (Gefahrerhöhung) kündigen.

Artikel 17

Wie kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

1. In folgenden Fällen kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats kündigen:
 - 1.1 nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung
 - 1.2 nach Rechtskraft des Urteils im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht
 - 1.3 nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 14)
 - 1.4 nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 11)Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

2. Ein Verbraucher im Sinne des Konsumentenschutzgesetzes kann den Vertrag nach drei Jahren Vertragslaufzeit und in der Folge jährlich unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen.
3. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn
 - 3.1 er die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt hat;
 - 3.2 er die Versicherungsleistung erbracht hat;
 - 3.3 der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.Die Kündigung ist innerhalb eines Monats vorzunehmen, wobei das Vertragsverhältnis einen Monat nach der Kündigung endet.
Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.
Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

Artikel 18

Wann endet der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Der Versicherungsvertrag endet,

1. wenn die versicherte Person verstirbt;
2. wenn die versicherte Person unversicherbar wird (siehe Artikel 3: Wer ist nicht versichert?);
3. zur folgenden Hauptfälligkeit, wenn die versicherte Person in der Jugendunfallversicherung das 18. bzw. 25. Lebensjahr (siehe Artikel 10, Pkt. 2) vollendet hat;
4. zur folgenden Hauptfälligkeit, wenn die versicherte Person in der Einzelunfallversicherung das 65. Lebensjahr vollendet hat;
5. zur folgenden Hauptfälligkeit, wenn eine erwachsene versicherte Person in der Familienunfallversicherung das 65. Lebensjahr vollendet hat;
6. zur folgenden Hauptfälligkeit, wenn die versicherte Person in der Seniorenunfallversicherung das 75. Lebensjahr vollendet hat;
7. wenn die Vertragslaufzeit weniger als 1 Jahr beträgt (siehe Begriffsbestimmungen: Was ist die Vertragsdauer?).

Tritt nach Erreichen der Altersgrenzen ein Versicherungsfall nach Ablauf dreier Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Weiterführung des Vertrages erreicht worden wäre, so wird auf Basis der Prämie des beendeten Vertrages die Versicherungssumme für eine mögliche Vertragsvariante neu ermittelt (siehe Artikel 19). Die Vertragsteile Unfallrente und Taggeld können in der Seniorenunfallversicherung nicht mehr versichert werden und enden damit spätestens drei Monate nach Erreichen der Altersgrenze.

Bis zur Vertragsauflösung gebührt dem Versicherer die anteilige Prämie.

Welche Vertragsvariante (Jugend-, Einzel-, Familien-, Seniorenunfallversicherung) abgeschlossen wurde, ist auf der Polizza bezeichnet.

Artikel 19

Wie können ohne Kündigung beendete Verträge weitergeführt werden?

1. Endete der Versicherungsvertrag gemäß Artikel 18, Pkt. 1. und 2. ist eine Weiterführung des Vertrages nicht möglich.
2. Endete der Versicherungsvertrag gemäß Artikel 18, Pkt. 3. ist eine Weiterführung des Vertrages als Einzel- oder Familienunfallversicherung möglich.
3. Endete der Versicherungsvertrag gemäß Artikel 18, Pkt. 4. und 5. ist eine Weiterführung des Vertrages als Seniorenunfallversicherung möglich.
4. Endete der Versicherungsvertrag gemäß Artikel 18, Pkt. 6. ist eine Weiterführung des Vertrages nur als Seniorenunfallversicherung mit beiderseitigem, jährlichem Kündigungsrecht möglich.

Welche Vertragsvariante (Einzel-, Familien-, Seniorenunfallversicherung) abgeschlossen wurde, ist auf der Polizza bezeichnet.

Artikel 20

Wer darf Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausüben?

Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer zustoßen 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 ff Versicherungsvertragsgesetz (Versicherung für fremde Rechnung) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zustehen.

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

Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Artikel 21

Wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

Alle für den Versicherungsnehmer in Artikel 20 getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 22

Welches Gericht ist zuständig?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Firmensitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Hat ein selbstständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung - seinen Wohnsitz hatte.

Der Versicherer kann Klagen gegen den Versicherungsnehmer bei dem für seinen Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Artikel 23

Wie können Erklärungen abgegeben werden?

Alle Mitteilungen und Erklärungen sind nur in schriftlicher Form verbindlich.