

Allgemeine Bedingungen für die Unfallvorsorge (AUVB 2006)

Inhaltsverzeichnis

A. Wer sind die Vertragspartner?.....	4
B. Was ist versichert?	4
C. Wer ist versichert?.....	4
D. Wo und wann besteht Versicherungsschutz?.....	5
E. Was ist ein Unfall?.....	5
F. Welche Infektionskrankheiten gelten als Unfallfolgen?	7
G. Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“? Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?	7
H. Welche Leistungsarten können versichert werden?.....	10
I. Was ist bei den jeweiligen Leistungsarten zu beachten?	25
J. Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten?.....	26
K. Was ist nicht versichert? Was ist eingeschränkt versichert?	27
L. Wer kann nicht versichert werden?.....	30
M. Wann sind die Prämien zu zahlen?	30
N. Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu beachten?	31
O. Was ist bei einer Kinderunfallvorsorge zu beachten?	32
P. Was ist bei einer Jugendunfallvorsorge zu beachten?	32
Q. Was ist bei Versicherungen für Erwachsene Personen („Einzelunfallvorsorge“) zu beachten?.....	33
R. Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?	33
S. Was gilt als Versicherungsperiode?.....	34

T. Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?	34
Anhang:.....	36
Leistungsart „Unfallkapital“ – Beispiele zur Leistungsberechnung	36
Übersicht zu Ablösekapital für lebenslange Unfallrenten	37

Bitte beachten Sie:

Rücktrittsrecht

Sie sind berechtigt, gemäß § 5b Abs 2 VersVG (siehe Anhang) vom Vertrag zurück zu treten.

Form von Erklärungen

Alle für uns bestimmten Mitteilungen und Erklärungen nach Vertragsabschluss sind nur in schriftlicher Form verbindlich und von Ihnen an die in der Polizze angegebene Adresse der für Sie zuständigen Direktion zu richten.

Erklärungen, die von Ihnen durch Email an die zuständige Direktion übermittelt werden, sind verbindlich, wenn Ihre Identität unverwechselbar feststeht (sichere elektronische Signatur im Sinne des Signaturgesetzes in der jeweils geltenden Fassung).

Änderung Ihrer Wohnanschrift

Wenn sich Ihre Wohnanschrift geändert hat, Sie uns diese Änderung jedoch nicht mitgeteilt haben, genügt zur Wirksamkeit unserer Willenserklärungen die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Wohnanschrift.

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Email-Adresse nicht mitgeteilt, genügt zur Wirksamkeit unserer Willenserklärungen die Absendung einer Email an die letzte uns bekannte Email-Adresse.

Anzuwendendes Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht. Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen die für Ihren Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes. Die vorliegenden Versicherungsbedingungen wurden durch Annahme Ihres Antrags als Vertragsgrundlage vereinbart und entsprechen den gesetzlichen

Vorschriften.

Einige Bestimmungen des VersVG haben wir in den Text dieser Bedingungen aufgenommen und mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen gekennzeichnet. Den genauen Wortlaut der wichtigsten Vorschriften des VersVG finden Sie im Anhang.

Gerichtsstand

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder – bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.

Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

A. Wer sind die Vertragspartner?

1. **Vertragspartner** dieser Unfallversicherung sind
 - **Sie, als Versicherungsnehmerin bzw. Versicherungsnehmer**
und
 - **wir, die Generali Versicherung AG, als Versicherer.**
2. Die **Rechte** aus diesem Vertrag werden ausschließlich von den **Vertragspartnern** ausgeübt.
3. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadensminderungs- und Rettungspflicht (Abschnitt J) verantwortlich (§§ 182 und 183 VersVG).

B. Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

C. Wer ist versichert?

1. Versichert werden können Personen mit dauerndem Aufenthalt in Österreich. Falls die versicherte Person ihren dauernden Aufenthalt außerhalb Österreichs nimmt, sind wir berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis schriftlich zu kündigen. Dieses Recht steht auch Ihnen zu.
2. In der Einzelversicherung sind **neugeborene Kinder** bereits versicherter Personen (Vater oder Mutter) bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres prämienfrei mit 50% der Versicherungssummen (ohne Taggeld, ohne Freizeitplus) mitversichert. Diese Mitversicherung verlängert sich nicht automatisch. Besteht für die versicherten Personen mehrfacher, unterschiedlicher Versicherungsschutz, so ist der Vertrag mit dem höchsten Kapitalbetrag (Maximalleistung) für dauernde Invalidität maßgeblich.
3. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
4. Im Zweifel gilt eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, als **für Rechnung des anderen** genommen, das bedeutet, dass diesem die Versicherungsleistung zusteht (§ 179 Abs 2 VersVG). Die diesbezüglichen Regelungen

gen der §§ 75 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

5. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen **für eigene Rechnung** genommen (die Versicherungsleistung steht Ihnen zu), 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 Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten (§ 179 Abs 3 VersVG).

D. Wo und wann besteht Versicherungsschutz?

1. Den örtlichen und zeitlichen Geltungsbereich des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrer Police.
Sofern nichts abweichendes vereinbart wurde, besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die sich während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes
 - auf der ganzen Welt
 - rund um die Uhrereignen.
2. Der **Versicherungsschutz wird** mit der Einlösung der Police (siehe Abschnitt M, Punkt 1), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn **wirksam**. Wird die erste oder einmalige Prämie erst danach eingefordert, aber innerhalb von 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz bereits ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
3. Soll der Versicherungsschutz schon vor der Einlösung der Police beginnen (**vorläufige Deckung**), ist eine besondere Zusage durch uns erforderlich. Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Police. Kommt der Vertrag wegen Ablehnung des Antrages oder Nichteinigung über Art oder Umfang des Versicherungsschutzes oder die Prämienhöhe nicht zustande, steht uns die auf die Zeit der vorläufigen Deckung entfallende anteilige Prämie zu (§ 1a Abs. 2 VersVG).

E. Was ist ein Unfall?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (**Unfallereignis**) unfreiwillig eine **Gesundheitsschädigung** erleidet.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur **Rettung von Menschenleben** oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.

Bei **Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe** wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen von Gasen oder Dämpfen mehrere Stunden lang unfreiwillig ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufskrankheiten.

- 1.1. Versichert sind auch Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken bzw. Ersticken unter Wasser sowie **tauchtypische Gesundheitsschädigungen** (Barotraumen (kompressionsbedingt und dekompensionsbedingt, auch Gasembolie), Dekompensionskrankheit).
- 1.2. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. **Herzinfarkt**), wird eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist.
Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Gehirns entstanden sind (z.B. **Schlaganfall**, ischämischer Insult), wird eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung oder einem Verschluss des betreffenden Blutgefäßes besteht und diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen verursacht worden sind.
- 1.3. Für organisch bedingte **Störungen des Nervensystems** wird eine Leistung von uns erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
- 1.4. Für **Bandscheibenhernien** jeder Art wird eine Leistung erbracht, wenn sie durch direkte Verletzung der Wirbelsäule entsteht, oder als Unfallgeschehen ein maximaler Dreh-, Dehn oder Stauchmechanismus vorliegt und die Verletzung als „neu“ durch entsprechende bildgebende Verfahren (wie MRT) dokumentiert ist.
- 1.5. Für **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art wird eine Leistung erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.

2. Als Unfall gelten auch:

- wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk **verrenkt** oder durch ein gleichartiges Ereignis Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisci **gezerrt** oder **zerrissen** werden. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Abschnitt I „Einschränkungen der Leistung“, Punkt 1 Anwendung;
- Folgen des **Verschluckens von Gegenständen** bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr;

- Folgen der **versehentlichen Einnahme** von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen;
 - Unfälle, die durch einen **Herzinfarkt** oder **Schlaganfall** der versicherten Person herbeigeführt wurden.
3. Eine **Gesundheitsschädigung** als Folge eines Unfalles gemäß Punkt 1 und 2 gilt als nachgewiesen, wenn diese unverzüglich nach dem Unfallereignis medizinisch festgestellt und ärztlich behandelt wurde.

F. Welche Infektionskrankheiten gelten als Unfallfolgen?

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

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

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht.

2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen des **Wundstarrkrampfes** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Abschnitt E, Punkt 1 verursacht wurden.
3. Nicht als Versicherungsfall gelten andere Infektionskrankheiten, wenn sie
- durch Insektenstiche oder –bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
- verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung.

G. Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“?

Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

1. Dauernde Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Dauer in ihrer **körperlichen** oder **geistigen Leistungsfähigkeit** beeinträchtigt ist.
- Der Eintritt dauernder Invalidität ist notwendige Voraussetzung für Zahlungen aus den Leistungsarten „**Unfallkapital**“, „**Zusatzkapital**“ und „**Unfallrente**“.

Kein Anspruch auf diese Leistungsarten besteht, wenn die versicherte Person **unfallbedingt innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall **stirbt**.

2. Die dauernde Invalidität muss
 - **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eintreten und
 - **innerhalb von 15 Monaten** nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und bei uns geltend gemacht werden.
3. Maßgeblich für die Ermittlung der dauernden Invalidität ist der Zustand der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung bzw. zum Zeitpunkt der Erstellung des medizinischen Gutachtens.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten zur Bemessung des **Invaliditätsgrades** ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Bewertungsgrundlagen (Gliedertaxe):

eines Armes.....	70%
eines Daumens.....	20%
eines Zeigefingers oder Mittelfingers.....	10%
eines anderen Fingers.....	5%
eines Beines.....	70%
einer großen Zehe.....	5%
einer anderen Zehe.....	2%
der Sehkraft beider Augen.....	100%
der Sehkraft eines Auges.....	60%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war.....	80%
des Gehörs beider Ohren.....	60%
des Gehörs eines Ohres.....	20%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war.....	50%
des Geruchssinnes.....	10%
des Geschmackssinnes.....	10%
der Milz.....	10%
einer Niere.....	20%
beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war.....	50%
der Stimme.....	30%
des Magens.....	20%
der männlichen Geschlechtsorgane.....	30%
der weiblichen Brust (je Seite).....	15%

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.

Bei **Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung** gilt der entsprechende Teil

des jeweiligen Prozentsatzes.

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

Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer **Vorinvalidität** vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.

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

5. Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

H. Welche Leistungsarten können versichert werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

Leistungsart	Leistungsumfang	Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
I. Unfallkapital	<p>1. Die Versicherungssumme für das Unfallkapital ergibt sich aus der in der Polizza angeführten Variante. Die Höhe der Leistung wird aus der Versicherungssumme berechnet, die für den unfallbedingten Invaliditätsgrad vorgesehen ist (siehe Anhang).</p> <p>2. Entsteht aufgrund eines Unfalles innerhalb von 2 Jahren eine schwere Entstellung des Gesichtes (z.B. Narben), die eine eindeutige Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens oder eine schwere psychische Belastung der versicherten Person zur Folge hat, zahlen wir 5% der Maximalleistung</p>		
II. Zusatzkapital	<p>1. Zusatzkapital ab 50% Für einen unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 50% bis 99% leisten wir die für „Zusatzkapital“ vereinbarte Versicherungssumme. Bei einem unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 100% wird die für „Zusatzkapital“ vereinbarte Versicherungssumme</p>	<p>1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht.</p>	<p>Eine Erhöhung der Versicherungssumme aufgrund „Freizeit-plus“ findet nicht statt.</p>

Leistungsart	Leistungsumfang	Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
	<p>verdoppelt.</p> <p>2. Zusatzkapital ab 25% Für einen unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 25% bis 49% leisten wir 50% der für „Zusatzkapital“ vereinbarten Versicherungssumme. Beträgt der festgestellte unfallkausale Gesamtinvaliditätsgrad 50% oder mehr leisten wir 100% der für „Zusatzkapital“ vereinbarten Versicherungssumme.</p>	<p>2. Für Invaliditätsgrade von weniger als 25% wird keine Leistung erbracht.</p>	
<p>III. Unfallrente</p>	<p>1. Unfallrente ab 50% Ab einem unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 50% wird die Unfallrente gezahlt.</p> <p>2. Unfallrente ab 30% Wir zahlen ab einem unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad</p> <ul style="list-style-type: none"> - von 30%.....30% der vereinbarten Unfallrente; - von 50%,.....50% der vereinbarten Unfallrente; - von 70%.....die Unfallrente in voller Höhe. <p>3. Wir zahlen die Unfallrente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person. Die Rentenzahlung erfolgt monatlich im vorhinein. Die Rentenzahlung erfolgt</p>	<p>1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht.</p> <p>2. Für Invaliditätsgrade von weniger als 30% wird keine Leistung erbracht.</p>	<p>3. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden nicht zusammengerechnet.</p>

Leistungsart	Leistungsumfang	Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
	<p>rückwirkend ab dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat. Die Rentenzahlung endet mit Ablauf der vereinbarten Dauer, jedenfalls jedoch mit dem Tod der versicherten Person.</p> <p>Wertsicherung Wenn im Vertrag (Polizze) vereinbart, wird die Unfallrente für die Dauer des Leistungsbezuges zum 1. Jänner jedes Jahres um 2% erhöht.</p>		<p>Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfallkausale Invaliditätsgrad gesunken ist, besteht ab dem Tag dieser Feststellung Anspruch auf den jeweils niedrigeren Rentenbetrag bzw. erlischt der Anspruch auf die Rente. Bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Rentenzahlungen werden von uns nicht zurückverlangt.</p> <p>Sie können statt der lebenslangen Rente die Auszahlung des Ablösekapitals verlangen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt dieser Erklärung das 18. Lebensjahr vollendet hat. Das Ablösekapital richtet sich nach dem zum Zeitpunkt des Unfalls vollendeten Lebensjahr der versicherten Person. Ist ein Anspruch auf Unfallrente entstanden, zahlen wir das Ablösekapital frühestens nach Ablauf von 4 Jahren nach dem Unfall aus.</p>

Leistungsart	Leistungsumfang	Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
			<p>Die Auszahlung des Ablösekapitals muss innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall beantragt werden. Vollendet eine minderjährige versicherte Person das 18. Lebensjahr nach Ablauf von 4 Jahren nach dem Unfall, muss das Ablösekapital innerhalb eines Jahres ab diesem Zeitpunkt beantragt werden.</p> <p>Die bis zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Ablösekapitals bereits geleisteten Rentenzahlungen werden auf das Ablösekapital angerechnet.</p>
IV. Unfalltod	<p>1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für Unfalltod vereinbarte Summe gezahlt.</p> <p>Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.</p>	<p>1. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten Begräbniskosten (Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung – einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.</p>	<p>1. Zum Empfang der Begräbniskosten für Personen unter 15 Jahren ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.</p>

Leistungsart	Leistungsumfang	Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
	<p>2. Bei unfallbedingtem Tod einer versicherten und erwerbstätigen Person zahlen wir an deren leibliche oder adoptierte minderjährige Kinder, sofern diese bei uns unfallversichert sind, eine Waisenrente.</p> <p>Bei einer vereinbarten Maximalleistung für „Unfalltod“ von mindestens</p> <ul style="list-style-type: none"> - EUR 30.000, beträgt die monatliche Waisenrente je Kind EUR 100,-; - EUR 100.000,-, beträgt die monatliche Waisenrente je Kind EUR 200,-. 	<p>2. Die Rentenleistung endet mit</p> <ul style="list-style-type: none"> - dem Tod des bezugsberechtigten Kindes, - spätestens jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das bezugsberechtigte Kind das 18. Lebensjahr vollendet. 	
V. Taggeld	<p>Wir zahlen Taggeld bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in ihrem ausgeübten Beruf.</p>	<p>Die Leistung wird für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag erbracht.</p> <p>Wenn die dauernde Invalidität für Kapitalleistungen noch nicht endgültig festgestellt wurde, wird das Taggeld bis zur endgültigen Feststellung längstens bis zum 730. Tag ab dem Unfalltag bezahlt.</p>	<p>Übt die versicherte Person im Unfallszeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt.</p> <p>Die Mitversicherung des Taggeldes entfällt mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person die berufliche Tätigkeit beendet, jedenfalls mit Ende des Versicherungsjahres in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet.</p>

Leistungsart	Leistungsumfang	Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
VI. Soforthilfe	<p>Wir zahlen eine Soforthilfe, wenn durch einen Unfall eine stationäre Behandlung in einem Spital innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfalles medizinisch notwendig wird.</p> <p>Bei einem Spitalsaufenthalt von mehr als 15 Tagen werden 100%, von mehr als 10 Tagen werden 50%, von mehr als 5 Tagen werden 25% der vereinbarten Summe geleistet.</p> <p>Wenn die versicherte Person unfallbedingt einen Knochenbruch erleidet und die oben angeführte Leistung nicht erbracht wird, zahlen wir eine Soforthilfe in Höhe von 10% der Versicherungssumme.</p>	<p>Sind aufgrund eines Unfalles mehrere stationäre Behandlungen notwendig, werden für die Bemessung der Höhe der Sofortleistung die Aufenthaltstage zusammengerechnet. Für jeden Unfall wird maximal die vereinbarte Summe als Sofortleistung gezahlt.</p> <p>Der Knochenbruch muss unmittelbar nach dem Unfallereignis radiologisch dokumentiert und ärztlich behandelt werden. Der knöcherne Abriss einer Sehne sowie Knochensplittierungen und ähnliche Verletzungen gelten nicht als Knochenbruch.</p> <p>Bei mehreren Knochenbrüchen aufgrund eines Unfalles wird die Soforthilfe in Höhe von 10% der Versicherungssumme nur einmal gezahlt.</p>	<p>Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werkspitäler und Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres.</p> <p>Die Soforthilfe nach Knochenbruch wird auch gezahlt, wenn bei versicherten Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin behandelt wird.</p>
VII. Spitalgeld nach Unfall	<p>Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital</p>	<p>Die Leistung wird längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag erbracht.</p>	<p>Die unter Punkt VI. „Soforthilfe“ vorgenommene Definition von Spitalern ist auch für diese Leistungsart maßgeblich.</p>

Leistungsart	Leistungsumfang	Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
	befindet, gezahlt.		Nicht als Spitäler gelten z.B. Sonderkrankenanstalten und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Sonderkrankenanstalten und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

VIII. Unfallassistance und Unfallkosten

Notfallnummer aus dem Inland: 0800/20 444 00

Notfallnummer aus dem Ausland: +431/20 444 00

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
Telefon-, Faxnummern und Adressen von Gesundheitsdiensten , Ärzten, Krankenanstalten	Notfall	weltweit	Information	voll, über unsere Notfallnummer
Telefon-, Faxnummern und Adressen von Apotheken	Notfall	Europa	Information	voll, über unsere Notfallnummer
Notfalleinrichtungen , wie z.B. Rettung, Polizei, Feuerwehr, Bergrettung, Vergiftungszentrale	Notfall	Österreich	Herstellung der Verbindung	voll, über unsere Notfallnummer
Möglichkeiten der weitergehenden ärztlichen Behandlung nach Unfällen und von Behandlungsmöglichkeiten	Unfall	weltweit	Information	voll, über unsere

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
ten in Rehabilitationseinrichtungen				Notfallnummer
Such-/Rettungs- und Bergeaktionen aus Berg- oder Wassernot; Suchen nach der versicherten Person und ihr Transport bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.	Notfall, Unfall, Unfalltod	weltweit	Herstellung der Verbindung zu einer hierfür eingerichteten Organisation (wie Bergrettung), Kostenersatz	bis zur 5-fachen Versicherungssumme
Hubschrauberrettung	Notfall, Unfall	weltweit	Herstellung der Verbindung zu einer hierfür eingerichteten Organisation (wie Bergrettung), Kostenersatz	voll, wenn Versicherungssumme mindestens EUR 3.000,-; sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme
Nottransport aus dem Ausland nach Österreich; medizinisch begründet (lebensbedrohende Unfallverletzung oder unzureichende ärztliche Versorgung im Ausland) und ärztlich angeordnet	Unfall	Ausland	Organisation, Kostenersatz	voll, wenn von uns organisiert; sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme
Überführung nach Unfalltod der versicherten Person an ihren letzten Wohnort in Österreich	Unfall	weltweit	Organisation, Kostenersatz	voll, wenn von uns organisiert; sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
<p>Verletzentransport, wenn die versicherte Person gehunfähig ist, zur Behandlung durch einen Arzt oder ins Krankenhaus;</p> <p>wenn die versicherte Person außerhalb des Wohnsitzes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus, zusätzlich versichert ist auch der medizinisch notwendige Transport von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus</p>	Unfall	weltweit	Organisation und Kostenersatz für konzessionierte Transportunternehmen (auch Krankenwagen, Krankentaxi) und öffentliche Verkehrsmittel	bis Versicherungssumme
<p>Mehrkosten der planwidrigen Rückreise der versicherten Person an ihren Wohnort in Österreich</p> <ul style="list-style-type: none"> - aufgrund der erforderlichen Heilbehandlung vor Ort - im Zuge eines Nottransportes aus dem Ausland auch für die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen - bei stationären Heilbehandlungen von mitreisenden Kindern unter 16 Jahren werden auch die Kosten der Hotelübernachtung einer Begleitperson übernommen - über den geplanten Zeitpunkt der Rückreise hinaus - Rückreise der Kinder mit Begleitung für mitrei- 	Unfall	weltweit	Organisation und Kostenersatz	voll, wenn von uns organisiert; sonst bis Versicherungssumme
	Unfall	weltweit	Organisation und Kostenersatz	bis Versicherungssumme
	Unfall	weltweit	Organisation und Kostenersatz	EUR 70,-- pro Nacht bis Versicherungssumme
			Organisation und	bis Versiche-

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
<p>sende Kinder unter 16 Jahren infolge Todes oder einer andauernden Heilbehandlung nach einem Unfall der verantwortlichen Familienangehörigen zum ständigen Wohnsitz</p>	Unfall	weltweit	Kostenersatz	Vergütungssumme
<p>Heilbehandlungen zur Behebung der Unfallfolgen, die nach ärztlicher Verordnung notwendig sind. Hierzu zählen auch</p> <ul style="list-style-type: none"> - physikalische Behandlungen (medizinische Rehabilitation); - erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie der Wiederbeschaffung bzw. Reparatur festsitzender, nicht abnehmbarer Zahnersätze und andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche, erstmalige Anschaffungen; - Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B. Krücken, Rollstuhl, etc.); 	Unfall	weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme
	Unfall	weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme; für Zahnersatz 30% (bei versicherten Personen unter 15 Jahren 100%) der Versicherungssumme
	Unfall	weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
Kosmetische Operationen zur Behebung der Unfallfolgen	Unfall	weltweit	Kostenersatz	bis zur 5-fachen Versicherungssumme
Druckkammerbehandlungen	Unfall	weltweit	Organisation und Kostenersatz	bis 5-fache Versicherungssumme
Kosten der Begleitperson für die Dauer der stationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	Unfall	weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme
Psychologische Betreuung der versicherten Person, wenn diese einen Unfall mit einer voraussichtlichen dauernden Invalidität von mindestens 30% erleidet; bei Unfalltod auch der nahen Angehörige (Eltern, Ehegatten, Kinder)	Unfall	im deutschsprachigen Raum	Organisation, Kostenersatz	bis 20% der Versicherungssumme
Pflege der pflegebedürftigen Person durch eine dafür ausgebildete und gesetzlich autorisierte Person oder dafür zugelassene Einrichtung, und wenn sie von uns organisiert wird; Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles (Abschnitt E) so hilflos ist, dass sie zumindest für drei der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen und Zu-	Unfall	Österreich	Organisation, Kostenersatz ab Nachweis der Pflegebedürftigkeit	bis Versicherungssumme

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
bettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme der Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege. Eine versicherte Person gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn sie dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann.				
<p>REHAB-Management: Medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation, innerhalb von 2 Jahren, für Personen unter 15 Jahren innerhalb von 5 Jahren vom Unfalltag an.</p> <p>Medizinische Rehabilitation, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - ärztliche Begleitung der Rehabilitationsmaßnahmen; - Physio-, Logo-, Bewegungs-, Wärme- und Kälte-, Elektro- sowie Unterwassertherapie und Massagen durch zur selbständigen Berufsausübung Be- 	Unfall	Österreich	Beratung, Begleitung, Organisation, Kostenersatz	<p>bis 5-fache Versicherungssumme, wenn voraussichtlich mit einer dauernden Invalidität von mindestens 30% zu rechnen ist;</p> <p>bis Versicherungssumme, wenn voraussichtlich mit einer dauernden Invalidität bis 29% zu rechnen ist.</p>

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
<p>rechtigte; - Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen.</p> <p>Soziale Rehabilitation, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Einrichtungen: Hilfestellung bei Kontakten zu Ämtern/Behörden, Sozialversicherungsträgern, Versicherungen, Organisationen von Transport, Pflege, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, etc.; - Wohnung: Analyse und Planung von notwendigen baulichen Adaptierungen des Wohnraumes, sowie Kontakte zu spezialisierten Bauunternehmen und Architekten; - Mobilität: Hilfestellung bei Beschaffung eines behindertengerechten Fahrzeuges, Hilfestellung bei Organisation eines Behinderten-Parkplatzes, Hilfestellung bei Inanspruchnahme der öffentlichen Verkehrsmittel; - Nachhilfeunterricht. <p>Berufliche Rehabilitation, wie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perspektivenentwicklung mit umfangreicher Diagnostik, Berufsorientierung und Berufsfindung, möglichen Fördermaßnahmen; - Maßnahmen zur beruflichen Qualifizierung: Arbeitsrelevante Maßnahmen der Bildung und beruflichen Praxis; 				

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
<p>Bitte beachten Sie!</p> <p>Definition „Notfall“: Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Epidemie am Aufenthaltsort, Zwangslage durch Witterungseinflüsse) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.</p> <p>Voraussetzungen für den Kostenersatz Wir ersetzen Unfallkosten die innerhalb von 2 Jahren (bei versicherten Personen unter 15 Jahren innerhalb von 5 Jahren) vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Wir bezahlen keine Kosten, soweit von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde.</p> <p>Grundlage für den Kostenersatz: Die Versicherungssumme für „Unfallassistance und Unfallkosten“ steht einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung. Der Kostenersatz für die Leistungsbeschreibungen von Such-/Rettungs- und Bergeaktionen, Hubschrauberrettung, Nottransport sowie Überführung, kosmetische Operationen, Druckkammerbehandlung und REHAB-Management steht jeweils additiv zur Verfügung.</p> <p>Wertsicherung des Kostenersatzes Die Unfallkosten sind wertgesichert. Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung werden von uns laufend die der letzten Tarifkalkulation zugrunde liegenden Rechnungsbeträge (rechnungsmäßiger Schaden) mit den zu erwartenden Rechnungsbeträgen (tatsächlich angefallener Schaden zuzüglich feststellbarer Kostenerhöhung) verglichen. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung, werden Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst. Die neuen Prämien und Leistungen werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung folgt. Sie sind berechtigt, innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung schriftlich der Wertanpassung zu widersprechen. In diesem Fall verändern sich die Versicherungssummen in dem Verhältnis, in dem sich die Prämien durch die Wertanpassung verändert haben.</p> <p>Einschränkung des Kostenersatzes aus Heilkosten Keine Leistungen werden erbracht für die Folgen von Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen.</p>				

Leistungsbeschreibung	Ereignis	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
<p>Weiters werden nicht ersetzt: Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und –aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines abnehmbaren Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sowie für die Anschaffung von Trainingsgeräten oder Geräten zu Verbesserung der Fortbewegung.</p> <p>Organisation ärztlicher Behandlung und Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen Wir können die Verfügbarkeit eines bestimmten Behandlers oder einer bestimmten Rehabilitationseinrichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt leider nicht garantieren. Unsere Leistung ist von der personellen Ausstattung und der Auslastung der geeigneten Einrichtungen abhängig.</p>				

I. Was ist bei den jeweiligen Leistungsarten zu beachten?

Einschränkungen der Leistung

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

1. Haben **Krankheiten oder Gebrechen** bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern.
2. Ausgeschlossen sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (z.B. **Psychosen, Neurosen**), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Fälligkeit der Leistung

Wir sind verpflichtet, bei allen Ansprüchen aus der Unfallversicherung innerhalb eines Monats zu erklären, ob wir die Leistungspflicht anerkennen. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.

Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden. (§ 11 VersVG)

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann ein **Vorschuss** auf eine **Invaliditätsleistung** innerhalb eines Jahres nur bis zur Höhe einer für die Leistungsart „Unfalltod“ vereinbarten Summe beansprucht werden. Ist die Leistungsart „Unfalltod“ nicht versichert, höchstens bis einem Viertel der für „Unfallkapital“ versicherten Maximalleistung.

Grundlagen der Leistungserledigung

Grundlage der Leistungserledigung sind alle vorliegenden Dokumente, medizinische Befunde und Gutachten von Sachverständigen.

Medizinische Gutachten werden nur von solchen Ärzten anerkannt, die zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes als Facharzt im jeweiligen medizinischen Sonderfach berechtigt sind und an der Heilbehandlung der versicherten Person nicht mitgewirkt haben.

Wir bezahlen nur die Kosten jener Gutachten, die von uns in Auftrag gegeben wurden.

Verjährung (§ 12 VersVG)

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

Die Verjährungsfrist von Ansprüchen von Personen, die nicht Vertragspartei sind, beginnt zu laufen, sobald diesen ihr Recht auf unsere Leistung bekannt geworden ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch jedenfalls Verjährung ein.

Wurde ein Anspruch bei uns angemeldet, ist die Verjährung bis zum Einlangen unserer schriftlichen Entscheidung gehemmt.

Diese muss zumindest mit

- einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und
- einer gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet sein.

Nach zehn Jahren tritt jedoch jedenfalls Verjährung ein.

Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Leistungsanspruch nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird.

Die Frist beginnt erst, nachdem wir Ihnen gegenüber den erhobenen Anspruch in der oben beschriebenen Weise und unter Angabe der mit dem Fristablauf verbundenen Rechtsfolge abgelehnt haben. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und während Sie ohne Ihr Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert sind, gehemmt.

J. Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten?

Vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses Kraftfahrzeuges vorgeschrieben ist, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

Versichert sind jedoch Unfälle bei der Verwendung von landwirtschaftlichen Fahrzeugen auf Flächen ohne öffentlichen Verkehr auch dann, wenn die kraftfahrrechtliche Berechtigung für das Lenken auf Straßen mit öffentlichem Verkehr nicht vorhanden ist.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

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

1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns den Unfall unverzüglich melden.
2. Ein von uns übersandtes Unfallmeldeformular müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns

darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
4. Die Ärzte die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.
5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von drei Tagen zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

6. Ist auch Spitalgeld nach Unfall versichert oder besteht ein Anspruch auf Soforthilfe so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
7. Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind uns die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Die Belege gehen in unser Eigentum über.

K. Was ist nicht versichert?

Was ist eingeschränkt versichert?

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle:
 - 1.1. der versicherten Person als **Luftfahrzeugführer** (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges und bei der Benützung von Raumfahrzeugen;
 - 1.2. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine **Straftat** ausführt oder versucht;
 - 1.3. die unmittelbar oder mittelbar durch **Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse** verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. 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, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

1.4. die mittelbar oder unmittelbar

- durch jegliche Einwirkung von **Nuklearwaffen**, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch **Kernenergie**,
 - oder durch den **Einfluss ionisierender Strahlen** im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren,
- verursacht werden;

1.5. der versicherten Person infolge einer **Geistes- oder Bewusstseinsstörung**, sowie durch epileptische oder andere **Krampfanfälle**, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Geistes- und Bewusstseinsstörungen sind alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die auf Krankheit oder künstlichen Mitteln beruhen, die versicherte Person außerstande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen, und einen Grad erreicht haben, bei dem sie die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.

Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall verursacht werden, sind versichert.

Es besteht Versicherungsschutz, wenn die Geistes- oder Bewusstseinsstörung durch **Trunkenheit** verursacht wird, beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallszeitpunkt unter 1,3 Promille liegt.

Versicherungsschutz besteht auch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein versichertes Unfallereignis verursacht waren.

1.6. bei **Heilmaßnahmen** oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen versicherten Unfall veranlasst waren.

1.7. bei einer **entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung** und dem Training. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.

Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als von der österreichischen **Sporthilfe** geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart erleidet.

1.8. bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:

- Eisfallklettern; Höhlen-, Wrack- und Eistauchen (außer als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz); Rennen im Mountainbike-Downhill; Teilnahme an Expeditionen; Rekordversuche in den Bereichen Geschwindigkeit, Tauchen, Luftfahrt und Alpinistik; Schwerathletik; Vollkontakt-Kampfsportarten, wie Boxen, Karate, etc.;
- als Mitglied eines Nationalkaders auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns bei der Ausübung dieser Sportart;

1.9. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an **Fahrtveranstaltungen** einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.

2. Für Unfälle bei den unten angeführten Tätigkeiten wird **eingeschränkt Versicherungsschutz** geboten. Dabei gelten die nachstehenden Summen als Grundlage für die Leistungen. Darüber hinaus besteht für Unfälle bei diesen Tätigkeiten kein Versicherungsschutz:

Unfallkapital	EUR 100.000,--*
Zusatzkapital	EUR 50.000,--*
Unfallrente	EUR 500,--
Unfalltod	EUR 50.000,--*
Taggeld	EUR 0,--
Soforthilfe	EUR 1.000,--
Spitalgeld	EUR 0,--
Unfallassistance und Unfallkosten	EUR 3.000,--

* Maximalsummen

Dieser eingeschränkte Versicherungsschutz besteht für Unfälle

2.1. der versicherten Person als **Pilot** und sonstiges Besatzungsmitglied bei Linienfluggesellschaften;

2.2. der versicherten Person als **Berufssportler** oder von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung folgender sportlicher Betätigungen und dem Training:

- Schwimmen;
- Wasserball;
- Wasserspringen;
- Segeln;
- Schießsport;
- Tanzsport;
- Fechten;
- Beachvolleyball;
- Golf.

2.3. der versicherten Person bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:

- Bergsteigen und Klettern ab Schwierigkeitsgrad 5 sowie Freeclimbing;

2.4. der versicherten Person **vor Vollendung des 14. Lebensjahres** bei der Ausübung der in den Punkten 1.7. – 1.9. angeführten gefährlichen Aktivitäten bzw. Sportarten.

L. Wer kann nicht versichert werden?

1. Nicht annehmbar und damit jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig sind oder an einem schweren Nervenleiden oder einer Geisteskrankheit leiden.

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

Zu den **schweren Nervenleiden** zählen insbesondere Schäden, die eine starke körperliche Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der täglichen Verrichtungen des Lebens und der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen. Darunter fallen ua Stadien der Multiplen Sklerose, des Morbus Parkinson bzw. Zustand nach Schlaganfall mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, Epilepsie mit Anfällen trotz Therapie, Gewebeneubildung (Tumore) des Zentralen Nervensystems, Polyneuropathie mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, schwere Verletzungen des Gehirns oder des Rückenmarks mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit.

Zu den **Geisteskrankheiten** zählen insbesondere manisch-depressive Psychosen, schizophrene und paranoide Störungen, Morbus Alzheimer und andere Demenzformen.

2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.

Wir bieten Versicherungsschutz für den ersten Versicherungsfall, der **innerhalb der vereinbarten Vertragslaufzeit** (siehe Abschnitt T, Punkt 1) nach Eintritt der Unversicherbarkeit einer versicherten Person eintritt, sofern diese bei Vertragsabschluss versicherbar war. Nach Eintritt des Versicherungsfalles erlischt der Versicherungsschutz.

Tritt die Unversicherbarkeit nach Ablauf der vereinbarten Vertragslaufzeit ein, erlischt zugleich der Versicherungsschutz.

In beiden Fällen endet der Vertrag für die versicherte Person in dem Zeitpunkt, in dem der Versicherungsschutz erlischt. Allenfalls für einen längeren Zeitraum bezahlte Prämien werden rückerstattet.

M. Wann sind die Prämien zu zahlen?

1. Die **erste** oder einmalige **Prämie** einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Po-

lizze).

Die **Folgeprämien** einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39 und 39a VersVG.

Prämienfreistellungen

2. Wenn Sie während der Vertragsdauer **arbeitslos** werden, wird der Versicherungsschutz ab dem 4. Monat des Bezuges von Arbeitslosengeld, maximal für 12 Monate prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Arbeitslosengeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Arbeitsamtes nachzuweisen.
Eine Prämienfreistellung kann erstmals nach einer Vertragsdauer von einem Jahr beantragt werden, sie ist weiters nur möglich, wenn Sie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses kein Arbeitslosengeld bezogen haben.
3. Wenn Sie während der Vertragsdauer zum **Präsenzdienst oder Zivildienst** einberufen werden, wird der Versicherungsschutz für diesen Zeitraum prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, die Ableistung des Präsenz- bzw. Zivildienstes haben Sie entsprechend nachzuweisen.
Eine Prämienfreistellung kann erstmals nach einer Vertragsdauer von einem Jahr beantragt werden, sie ist weiter nur möglich, wenn Sie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nicht Präsenz- oder Zivildienst geleistet haben.
4. Wenn Sie während der Vertragsdauer **Kinderbetreuungsgeld** beziehen, wird der Versicherungsschutz maximal für die Dauer von 12 Monaten prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Sozialversicherungsträgers nachzuweisen.
Eine Prämienfreistellung kann erstmals nach einer Vertragsdauer von einem Jahr beantragt werden, sie ist weiters nur möglich, wenn Sie zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses kein Kinderbetreuungsgeld bezogen haben.
5. In allen drei Fällen der Prämienfreistellung wird kein Taggeld gezahlt. Innerhalb einer Vertragsdauer von 10 Jahren werden Prämienfreistellungen für maximal 24 Monate geboten.
6. Sollten Sie während der Dauer eines als **Kinderunfallversicherung** abgeschlossenen Vertrages sterben, so wird der Vertrag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, prämienfrei weitergeführt.

N. Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung zu beachten?

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person, sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum or-

entlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Tätigkeit.

2. Ergibt sich für die **neue Berufstätigkeit** oder **Beschäftigung** der versicherten Person

- nach unserem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist nur diese vom Zugang der Anzeige an zu bezahlen (§ 41a VersVG).
- eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der volle Versicherungsschutz.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung erforderlichen Prämie zurückbleibt.

Wir verzichten einmalig auf diese Kürzung der Versicherungssummen beim ersten Versicherungsfall, der **innerhalb der vereinbarten Vertragslaufzeit** (siehe Abschnitt T, Punkt 1) auf die erstmalige Änderung der im Antrag angegebenen Berufstätigkeit oder Beschäftigung folgt.

- Besteht für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich kein Versicherungsschutz, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

O. Was ist bei einer Kinderunfallvorsorge zu beachten?

Für einen als **Kinderunfallvorsorge** abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **18. Lebensjahr** vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende weibliche Person um 40%, für die betreffende männliche Person um 60%.

Durch Umstellung auf die Prämie für Jugendliche können Sie die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizze mit den Prämien für Jugendliche. Sie können innerhalb eines Monats ab Erhalt des Dokuments der Vertragsänderung widersprechen. Der Vertrag wird in diesem Fall mit unveränderten Prämien und reduzierten Versicherungssummen fortgesetzt.

P. Was ist bei einer Jugendunfallvorsorge zu beachten?

Für eine **Jugendunfallvorsorge** gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **22. Lebensjahr** vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende Frau um 23 % bzw. für den betreffenden Mann um 25 %.

Durch Umstellung auf die Prämie für Erwachsene können Sie die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizza mit den Prämien für Erwachsene. Sie können innerhalb eines Monats ab Erhalt des Dokuments der Vertragsänderung widersprechen. Der Vertrag wird in diesem Fall mit unveränderten Prämien und reduzierten Versicherungssummen fortgesetzt.

Q. Was ist bei Versicherungen für Erwachsene Personen („Einzelunfallvorsorge“) zu beachten?

Für einen Vertrag, der nicht als Unfallvorsorge „Fit lang leben“ oder als „Seniorenunfallvorsorge“ abgeschlossen wurde, gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das 70 Lebensjahr vollendet. Ab diesem Zeitpunkt erfolgt eine Umstellung des Vertrages auf eine Unfallvorsorge „Fit lang leben“.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizza mit den geänderten Leistungen und Prämien für Unfallvorsorge „Fit lang leben“. Sie können innerhalb eines Monats ab Erhalt des Dokuments der Vertragsänderung widersprechen.

Der Vertrag wird in diesem Fall mit unveränderten Prämien und reduzierten Versicherungssummen fortgesetzt. Die Versicherungssummen reduzieren sich für die betreffende Frau um 50% bzw. für den betreffenden Mann um 25%.

R. Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?

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 entscheidet die **Ärzt Kommission**.

Der Anspruchsberechtigte ist berechtigt, innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung über die Anerkennung einer Leistungspflicht (siehe Abschnitt I, „Fälligkeit der Leistung“), unter Bekanntgabe seiner Forderungen und Vorlage eines medizinischen Gutachtens **Widerspruch** zu erheben und die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen.

Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

2. Für die Ärztekommision bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen Facharzt, der zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im jeweiligen medizinischen Sonderfach berechtigt ist und an der Heilbehandlung der versich-

cherten Person nicht mitgewirkt hat. Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen 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 österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

3. 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.
4. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit **Protokoll** zu führen, in welchem sie ihre Entscheidung schriftlich zu begründen hat. 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 von uns verwahrt.
5. Die **Kosten** der Ärztekommision werden von ihr selbst festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen.

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

S. Was gilt als Versicherungsperiode?

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen wurde, der **Zeitraum eines Jahres** (§ 9 VersVG).

T. Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Beträgt die Versicherungsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung (§ 8 Abs 1 VersVG).

Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

2. Sie können kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder seine Anerkennung verzögern.

In folgenden Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats:

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;

- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Abschnitt R);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung.

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

Bis zur Vertragsauflösung haben wir Anspruch auf anteilige Prämie.

3. Wir können kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben, oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

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 Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

4. **Erlischt der Vertrag**, weil die versicherte Person verstorben oder unversicherbar geworden ist (siehe Abschnitt L), so steht uns die bis zur Vertragsbeendigung anteilige Prämie zu.

Anhang:

Leistungsart „Unfallkapital“ – Beispiele zur Leistungsberechnung

Beispiel 1:

Unsere Entschädigungsleistung berechnet sich bei einer angenommenen Versicherungssumme von **EUR 50.000,--** und vereinbarter Variante „**Unfallkapital 10-fach**“.

Dauernde Invalidität von 01% bis 19%	EUR 50.000,--
Dauernde Invalidität von 20% bis 39%	EUR 100.000,--
Dauernde Invalidität von 40% bis 69%	EUR 250.000,--
Dauernde Invalidität von 70% bis 89%	EUR 350.000,--
Dauernde Invalidität von 90% bis 100%	EUR 500.000,--

Für nachstehend angeführte Unfallfolgen leisten wir daher:

Verlust oder dauernde, vollständige Funktionsunfähigkeit	Invaliditätsgrad	vereinbarte Summe	Leistung in EUR
Vollinvalidität eines Beines	100%	von 500.000,--	500.000,--
der Sehkraft eines Auges	70%	von 350.000,--	245.000,--
Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Beines um 50% (=50% Teilinvalidität von 70% Beinwert lt. Gliedertaxe)	60%	von 250.000,--	150.000,--
eines Daumens	35%	von 100.000,--	35.000,--
eines Zeigefingers	20%	von 100.000,--	20.000,--
eines anderen Fingers	10%	von 50.000,--	5.000,--
	5%	von 50.000,--	2.500,--

Beispiel 2:

Unsere Entschädigungsleistung berechnet sich bei einer angenommenen Versicherungssumme von **EUR 80.000,--** und vereinbarter Variante „**Unfallkapital 7-fach**“.

Dauernde Invalidität von 01% bis 19%	EUR 80.000,--
Dauernde Invalidität von 20% bis 59%	EUR 120.000,--
Dauernde Invalidität von 60% bis 89%	EUR 240.000,--
Dauernde Invalidität von 90% bis 100%	EUR 560.000,--

Für nachstehend angeführte Unfallfolgen leisten wir daher:

Verlust oder dauernde, vollständige Funktionsunfähigkeit	Invaliditätsgrad	vereinbarte Summe	Leistung in EUR
Vollinvalidität eines Beines	100%	von 560.000,--	560.000,--
der Sehkraft eines Auges	70%	von 240.000,--	168.000,--
Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Beines um 50%	60%	von 240.000,--	144.000,--

(=50% Teilinvalidität von 70%

Beinwert lt. Gliedertaxe)	35%	von 120.000,--	42.000,--
eines Daumens	20%	von 120.000,--	24.000,--
eines Zeigefingers	10%	von 80.000,--	8.000,--
eines anderen Fingers	5%	von 80.000,--	4.000,--

Übersicht zu Ablösekapital für lebenslange Unfallrenten

Alter zum Zeitpunkt des Unfalles	Anzahl der Monatsrenten			
	Gleichbleibende Rente		Rente mit jährlich 2 % Erhöhung	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0-5	220	221	325	331
6-10	218	220	320	326
11-15	216	219	313	321
16-20	214	217	306	315
21-25	211	215	297	307
26-30	208	212	287	298
31-35	203	208	275	288
36-40	197	203	261	276
41-45	189	197	245	262
46-50	179	189	226	246
51-55	167	180	206	227
56-60	154	168	184	207
61-65	124	137	144	164
66-70	107	121	121	141
71-75	89	102	99	115
76-80	71	82	77	90
ab 81	48	48	48	48