

Vertragsgrundlagen zur Unfallversicherung

Allgemeine Bedingungen
für die Unfallvorsorge (AUVB 2002)
Fassung Dezember 2003

Wir sind dafür.





Dafür sein statt dagegen.

CARE heißt: die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden in den Mittelpunkt zu stellen.

Begleiten statt bearbeiten.

CARE heißt: ein Leben lang für unsere Kunden da zu sein – mit den richtigen Ideen für jede Lebensphase.

Aktiv handeln statt abwarten.

CARE heißt: die Initiative zu ergreifen und damit Probleme erst gar nicht entstehen zu lassen.

Individuell statt gleich.

CARE heißt: jeden Kunden individuell zu unterstützen – mit einer auf ihn abgestimmten Betreuung und einem ganz besonderen Qualitäts- und Leistungsanspruch.

Lösungen statt Produkte.

CARE heißt: jeden Kunden mit einer persönlichen Gesamtlösung zu überzeugen, die über das reine Produktangebot hinausgeht.

Besser sein statt gut.

CARE heißt: neue Maßstäbe zu setzen – im Service, in der Beratung und im Bestreben, immer einen Schritt voraus zu sein.

Danke. Für Ihr Vertrauen.

Sehr geehrte Kundin,
sehr geehrter Kunde,

die Generali Gruppe ist eines der führenden Versicherungsunternehmen in Österreich. Und auch international zählen wir zu den ganz Großen.

Wir wissen, dass die Basis für die Nachhaltigkeit unseres Erfolges einzig und allein im Kundenvertrauen liegt. Dieses Vertrauen erlangt man nur durch erstklassige, kompetente Betreuung, individuelle Produktlösungen und überzeugende Servicequalität.

Aus dieser Grundüberzeugung heraus haben wir das Generali CAREConcept entwickelt. Es definiert unseren Anspruch, die Wünsche, Ziele und Pläne unserer Kunden zu erfüllen.

Im Sinne unseres CAREConcepts ist es uns ein wichtiges Anliegen, noch mehr Transparenz hinsichtlich der Vertragsgrundlagen für Sie zu erreichen.

Daher finden Sie auf den folgenden Seiten die Bedingungen, welche Ihrem Versicherungsvertrag zu Grunde liegen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Generali Gruppe

Interunfall und Generali sind Unternehmen der Generali Gruppe.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Wer sind die Vertragspartner?	6
B. Was ist versichert?	6
C. Wer ist versichert?	6
D. Wo und wann besteht Versicherungsschutz?.....	6
E. Was ist ein Unfall?	7
F. Welche Krankheiten gelten als Unfälle? Welche Infektionen gelten als Unfallfolgen?	7
G. Welche Leistungsarten können versichert werden?	8
H. Was ist bei den jeweiligen Leistungsarten zu beachten?.....	16
I. Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten?	17
J. Was ist nicht versichert?	18
K. Wer kann nicht versichert werden?	19
L. Wann sind die Prämien zu zahlen?	19
M. Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten? ...	19
N. Welche Bedeutung hat die Vereinbarung einer Variante bei dauernder Invalidität?	20
O. Welche Änderungen ergeben sich bei Kinderunfallversicherungen zur Volljährigkeit?	21
P. Was ist bei Versicherungen für Jugendliche zu beachten?	21
Q. Was ist bei Versicherungen für Erwachsene zu beachten?	21
R. Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?	21
S. Was gilt als Versicherungsperiode?	22
T. Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?	22
Anhang: Welche gesetzlichen Bestimmungen sind besonders wichtig?	23
Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSGVO)	25

Bitte beachten Sie:

Rücktrittsrecht

Sie sind berechtigt, binnen 2 Wochen ab Erhalt dieses Hinweises vom Vertrag zurückzutreten, wenn bei Antragstellung die Versicherungsbedingungen oder eine Antragsdurchschrift nicht übergeben wurden oder die Prämienhöhe nicht bekanntgegeben wurde. Die Rücktrittserklärung muss schriftlich erfolgen und innerhalb der Frist abgesendet werden.

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.

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 bzw. Interunfall 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 I) verantwortlich.

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 mittels eingeschriebenen Briefes zu kündigen. Dieses Recht steht auch Ihnen zu.
2. Neugeborene Kinder versicherter Personen sind während der ersten drei Monate ab der Geburt prämienfrei mit 30% der Versicherungssummen (ohne Freizeitplus, ohne Taggeld) mitversichert. Bestehen für die versicherten Personen mehrere Verträge, so wird der Vertrag mit der höchsten Maximalleistung für dauernde Invalidität herangezogen.
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. Die diesbezüglichen Regelungen der §§ 75 bis 79 VersVG (siehe Anhang) 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.

D. Wo und wann besteht Versicherungsschutz?

1. Den örtlichen und zeitlichen Geltungsbereich des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrer Polizza.
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 Polizza (siehe Abschnitt L), 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 Polizza beginnen (**vorläufige Deckung**), ist eine besondere Zusage durch uns erforderlich. Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit der Aushändigung der Polizza.
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.

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.
Als Gesundheitsschädigung gelten auch Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.
Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Abschnitt H. 2 (Einschränkungen der Leistung) Anwendung.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen.
Bei Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase oder Dämpfe wird der Begriff der Plötzlichkeit (siehe oben Punkt 1) 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.
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.
4. Vom Versicherungsschutz sind Folgen von Unfällen erfasst, die durch einen **Herzinfarkt oder Schlaganfall** der versicherten Person herbeigeführt wurden.
5. Als Unfälle gelten auch der Ertrinkungstod bzw. Erstickungstod unter Wasser sowie **tauchtypische Gesundheitsschäden** (z.B. Caissonkrankheit und Trommelfellverletzungen), ohne dass ein Unfallereignis im Sinne von Punkt 1 festgestellt werden kann.

F. Welche Krankheiten gelten als Unfälle? Welche Infektionen gelten als Unfallfolgen?

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis, 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 oder Frühsommer-Meningoenzephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.
Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 73.000.- begrenzt.
2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen des **Wundstarrkrampfes** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Abschnitt E. 1 verursacht wurden.
3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung.

G. 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
I. Dauernde Invalidität	- Wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist, zahlen wir die Invaliditätsleistung. - Die 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. - Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade: - eines Armes70% - eines Daumens20% - eines Zeigefingers oder Mittelfingers10% - eines anderen Fingers5% - eines Beines70% - einer großen Zehe.....5% - einer anderen Zehe2% - der Sehkraft beider Augen100% - der Sehkraft eines Auges40% - sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war70% - des Gehörs beider Ohren60% - des Gehörs eines Ohres20% - sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war50% - des Geruchssinnes.....10% - des Geschmackssinnes10% - der Milz.....10% - einer Niere20% - beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war50% - des Magens20% - der männlichen Geschlechtsorgane40% - 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. - 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.

	Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
	1. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. 3. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den Bestimmungen gemäß Punkt 3 ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.	1. 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. 3. 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.

Leistungsart	Leistungsumfang
II. 100.000er Schutz	Wir erbringen eine Leistung, wenn der Unfall zu einer dauernden Invalidität gemäß Abschnitt G. I. führt. 100.000er Schutz ab 50% Für einen unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 50% bis 99% leisten wir die für „100.000er Schutz“ vereinbarte Versicherungssumme. Bei einem unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 100% wird die für „100.000er Schutz“ vereinbarte Versicherungssumme verdoppelt. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht. 100.000er Schutz ab 25% Für einen unfallkausalen Gesamtinvaliditätsgrad von 25% bis 49% leisten wir 50% der für „100.000er Schutz“ vereinbarten Versicherungssumme. Beträgt der festgestellte unfallkausale Gesamtinvaliditätsgrad 50% oder mehr, leisten wir 100% der für „100.000er Schutz“ vereinbarten Versicherungssumme. Für Invaliditätsgrade von weniger als 25% wird keine Leistung erbracht.
III. Unfallrente	- Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gemäß Abschnitt G. I, zahlen wir unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente. Die Rentenzahlung erfolgt monatlich im vorhinein. Die Rentenzahlung erfolgt 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. - Führt der Unfall zum Tod beider im Vertrag versicherter Partner, zahlen wir die für das minderjährige Kind vereinbarte Unfallrente.
IV. Unfalltod	Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für Unfalltod vereinbarte Summe gezahlt. 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.
V. Taggeld	Wir zahlen Taggeld bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person in ihrem ausgeübten Beruf.
VI. Soforthilfe	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.
VII. Spitalgeld nach Unfall	Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, gezahlt.

Leistungseinschränkungen	Besonderheiten
Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades werden eventuell vereinbarte besondere Gliedertaxen nicht berücksichtigt. Abweichend von Abschnitt G. I. 4. AUVB 2002 erbringen wir aus „100.000er Schutz“ für ästhetische Schäden keine Leistung. Eine Erhöhung der Versicherungssumme aufgrund „Freizeitplus“ findet nicht statt.	Die Ermittlung des Invaliditätsgrades erfolgt gemäß Abschnitt G. I. 3.
1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50 % wird keine Leistung erbracht. Besondere Gliedertaxen bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden nicht zusammengerechnet. Für ästhetische Schäden wird keine Leistung erbracht. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Rente. 2. Die Leistung wird nur erbracht, wenn sowohl für beide im Vertrag versicherte Partner als auch für das minderjährige Kind die Leistungsart „Unfallrente“ vereinbart ist. Die Rentenzahlung an das Kind endet mit der Vollendung dessen 18. Lebensjahres.	1. Die Ermittlung des Invaliditätsgrades erfolgt gemäß Abschnitt G. I. 3. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfallkausale Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Rente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Rentenzahlungen werden von uns nicht zurückverlangt. Sie können statt der Rente die Auszahlung des Kapitalbetrages (Rentenbarwert) verlangen, wenn die versicherte Person zum Unfallszeitpunkt das 18. Lebensjahr vollendet hatte. Der Rentenbarwert richtet sich nach dem am Unfalltag vollendeten Lebensjahr der versicherten Person. Die Auszahlung kann innerhalb eines Jahres ab dem Zeitpunkt, in dem der Invaliditätsgrad eindeutig feststeht, verlangt werden.
Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.	Zum Empfang der Begräbniskosten ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.
Die Leistung wird für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag erbracht. Wurde das Höchstmaß dieser Leistung ausgeschöpft und ist zu diesem Zeitpunkt der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mit mindestens 40 % zu erwarten, zahlen wir das Taggeld weiter bis zur endgültigen Feststellbarkeit des Grades der dauernden Invalidität, längstens bis 2 Jahre ab dem Unfalltag.	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. 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.
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. 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.	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 Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres.
Die Leistung wird längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag erbracht. Wurde das Höchstmaß der Leistung ausgeschöpft und ist zu diesem Zeitpunkt der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mit mindestens 40 % zu erwarten, zahlen wir das Spitalgeld weiter bis zur endgültigen Feststellbarkeit des Grades der dauernden Invalidität, längstens bis 2 Jahre ab dem Unfalltag.	Die unter Punkt VI. „Soforthilfe“ vorgenommene Definition von Spitälern ist auch für diese Leistungsart maßgeblich. 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.

Leistungsbeschreibung	Ereignis
Telefon-, Faxnummern u. Adressen von Gesundheitsdiensten , Ärzten, Krankenanstalten	Notfall
Telefon-, Faxnummern u. Adressen von Apotheken	Notfall
Notfalleinrichtungen , wie z.B. Rettung, Polizei, Feuerwehr, Bergrettung, Vergiftungszentrale	Notfall
Möglichkeiten der weitergehenden ärztl. Behandlung nach Unfällen und von Behandlungsmöglichkeiten in Rehabilitationseinrichtungen	Unfall
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
Hubschrauberrettung	Notfall, Unfall
Nottransport aus dem Ausland nach Österreich; medizinisch begründet (lebensbedrohende Unfallverletzung oder unzureichende ärztliche Versorgung im Ausland) und ärztlich angeordnet	Unfall
Überführungskosten nach Unfalltod der versicherten Person an ihren letzten Wohnort in Österreich	Unfall
Verletztentransport , wenn die versicherte Person gehunfähig ist, zur Behandlung durch einen Arzt oder ins Krankenhaus; wenn die versicherte Person außerhalb des Wohnsitzes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. 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	Unfall
Mehrkosten der planwidrigen Rückreise der versicherten Person an ihren Wohnort in Österreich - 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 mitreisende Kinder unter 16 Jahren infolge Todes oder einer andauernden Heilbehandlung nach einem Unfall der verantwortlichen Familienangehörigen zum ständigen Wohnsitz	Unfall Unfall Unfall Unfall
Heilkosten , die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig sind. Hierzu zählen auch - die Kosten von physikalischen Behandlungen (medizinische Rehabilitation); - die Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie der Wiederbeschaffung bzw. Reparatur festsitzender, nicht abnehmbarer Zahnersätze und anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher, erstmaliger Anschaffungen; - Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B. Krücken, Rollstuhl, etc.); - die Kosten von kosmetischen Operationen , die zur Behebung der Unfallfolgen vorgenommen werden;	Unfall Unfall Unfall Unfall
Kosten der Druckkammerbehandlungen infolge von Dekompressionsunfällen in Zusammenhang mit der Ausübung des Tauchsports	Unfall
Kosten der Begleitperson für die Dauer der stationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	Unfall
Psychologische Betreuung der versicherten Person, wenn diese einen Unfall mit einer voraussichtlichen dauernden Invalidität von mind. 40% erleidet; bei Unfalltod auch der nahen Angehörigen (Eltern, Ehegatten, Kinder)	Unfall
Kosten der Pflege der pflegebedürftigen, versicherten Person durch eine dazu befugte Person bzw. dafür eingerichtete Organisation oder in einer dafür geeigneten Einrichtung; 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 Zubettgehen, 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.	Unfall

	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
	Österreich, weltweit	Information	voll, über unsere Notfallnummer
	Europa	Information	voll, über unsere Notfallnummer
	Österreich	Herstellung der Verbindung	voll, über unsere Notfallnummer
	Österreich	Information	voll, über unsere Notfallnummer
	Österreich, weltweit	Herstellung der Verbindung einer hierfür eingerichteten Organisation (wie Bergrettung), Kostenersatz	bis zur 5-fachen Versicherungssumme
	Österreich, weltweit	Herstellung der Verbindung einer hierfür eingerichteten Organisation (wie Bergrettung), Kostenersatz	voll, wenn Versicherungssumme mind. EUR 2.500,–
	Ausland	Organisation, Kostenersatz	voll, wenn von uns organisiert; sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme
	Österreich, weltweit	Organisation, Kostenersatz	voll, wenn von uns organisiert; sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme
	Österreich, weltweit	Organisation und Kostenersatz für konzessionierte Transportunternehmen (auch Krankenwagen, Krankentaxi) und öffentliche Verkehrsmittel	bis Versicherungssumme
	Österreich, weltweit Österreich, weltweit Österreich, weltweit Österreich, weltweit	Organisation und Kostenersatz Organisation und Kostenersatz Organisation und Kostenersatz Organisation und Kostenersatz	voll, über unsere Notfallnummer bis Versicherungssumme 70,– Euro pro Nacht bis Versicherungssumme bis Versicherungssumme
	Österreich, weltweit Österreich, weltweit Österreich, weltweit Österreich, weltweit	Kostenersatz Kostenersatz Kostenersatz Kostenersatz	bis Versicherungssumme bis Versicherungssumme; für Zahnersatz 30% (bei versicherten Personen unter 15 Jahren 100%) der Versicherungssumme bis Versicherungssumme bis Versicherungssumme
	Österreich, weltweit	Organisation und Kostenersatz	bis 5-fache Versicherungssumme
	Österreich, weltweit	Kostenersatz	bis Versicherungssumme
	im deutschsprachigen Raum	Organisation, Kostenersatz	bis 20% der Versicherungssumme
	Österreich	Organisation, Kostenersatz ab Nachweis der Pflegebedürftigkeit (Bescheid des Sozialversicherungsträgers, ärztliches Attest)	bis Versicherungssumme

Leistungsbeschreibung	Ereignis
REHAB-Management: Medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation, innerhalb von 2 Jahren, für Personen unter 15 Jahren innerhalb von 5 Jahren vom Unfalltag an und wenn voraussichtlich mit einer dauernden Invalidität von mindestens 40% zu rechnen ist. Medizinische Rehabilitation: Möglichkeiten der ärztlichen Behandlung nach Unfällen und Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen Soziale Rehabilitation, wie - Adressen und Erreichbarkeit von spezialisierten Instituten in den Bereichen Behinderten-transportmöglichkeiten, Selbsthilfegruppen; Behindertengerechtes Bauen/Umbauen, Kraftfahrzeughilfen, Verbänden und Institutionen; Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenschwestern, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen); - Fragen an Ämter, Behörden und Verbände; - Analyse der Bedürfnisse der Adaptierung des Wohnraumes; - 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. Berufliche Rehabilitation, wie - umfangreiche Diagnostik mit dem Ziel der Wiederherstellung der beruflichen Arbeitsfähigkeit; - Vorschlag für berufliche Rehabilitation inkl. Ausbildungsberatung; - Herstellung von Kontakten zu bisherigem Arbeitgeber; - Herstellung des Kontaktes mit AMS bzw. privaten Unternehmen im Bereich der Arbeitsplatzvermittlung, Personalberater; - Berufsausbildung zur Wiedergewinnung der Erwerbsfähigkeit.	Unfall
Bitte beachten Sie! 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. 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. Grundlage für den Kostenersatz: Die Versicherungssumme für Unfallkosten/Assistance steht einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung. Der Kostenersatz für die Leistungsbeschreibungen von Such-/Rettungs- und Bergeaktionen, Hubschrauberrettung, Nottransport sowie Überführungskosten, Druckkammerbehandlung und REHAB-Management steht jeweils additiv zur Verfügung. Wertsicherung des Kostenersatzes Die Unfallkosten sind wertgesichert. Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung werden von uns laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Rechnungsbeträge (rechnungsmäßiger Schaden) mit den zu erwartenden Rechnungsbeträgen (tatsächlich angefallener Schaden zuzüglich feststellbarer Kostenerrhöhung) 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 vermindern sich die Versicherungssummen in dem Verhältnis, in dem sich die Prämien durch die Wertanpassung verändert haben. Einschränkung des Kostenersatzes aus Heilkosten Keine Leistungen werden erbracht für die Folgen von Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen. 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 Anschaffungskosten von Trainingsgeräten oder Geräten zu Verbesserung der Fortbewegung.	

	Ort der Leistungserbringung	Art der Leistungserbringung	Kostenersatz
	Österreich	Organisation, Begleitung, Kostenersatz	bis 5-fache Versicherungssumme

H. 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. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer **Vorinvalidität** nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.
Die Vorinvalidität wird nach Abschnitt G. I. 3. (dauernde Invalidität) bemessen.
2. 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.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. **Herzinfarkt**), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Herzinfarkte aus anderer Ursache und **Schlaganfälle** sind keinesfalls versichert.
4. Für organisch bedingte **Störungen des Nervensystems** wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Ausgeschlossen sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (z.B. **Psychosen, Neurosen**), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.
5. Für **Bandscheibenhernien** jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte Verletzung der Wirbelsäule entstehen, oder wenn als Unfallgeschehen eine Kombination von maximalem Dreh-, Dehn oder Stauchmechanismus vorliegt und die Verletzung als "neu" durch entsprechende bildgebende Verfahren (wie MRT) dokumentiert ist.
6. Für **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.

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.

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

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 bekanntgeworden 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.

I. 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 unterrichten.
2. Die von uns übersandte Unfallanzeige 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.

J. Was ist nicht versichert?

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle:

1. der versicherten Person
 - als **Luftfahrzeugführer** (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
2. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine **Straftat** ausführt oder versucht.
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.

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;
5. der versicherten Person infolge einer **Geistes- oder Bewusstseinsstörung**, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, 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, Alkoholenuss oder künstlichen Mitteln beruhen und die versicherte Person außerstande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen, und die einen Grad erreicht haben, bei dem sie die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

6. bei **Heilmaßnahmen** oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren;
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.
8. bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:
 - Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 5, Freeclimbing, Technical diving (erweitertes Sporttauchen), Rennen im Mountainbike-Downhill, Teilnahme an Expeditionen;
 - als Mitglied eines Kaders (Bund, Land) auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln bei der Ausübung dieser Sportart;
9. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an **Fahrveranstaltungen** einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.
10. Kein Versicherungsschutz besteht für Vergiftungen infolge der Einnahme von Nahrungs- oder Arzneimitteln sowie Suchtgiften.

K. Wer kann nicht versichert werden?

1. Unversicherbar und damit jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd **vollständig arbeitsunfähig** oder von **schwerem Nervenleiden** befallen sind, sowie Geisteskranke.
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.
2. Hinsichtlich einer unversicherbaren Person kommt ein Versicherungsvertrag nicht zustande.
Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für die versicherte Person.

L. 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 Police oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Police).
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. In beiden Fällen der Prämienfreistellungen wird kein Taggeld gezahlt. Innerhalb einer Vertragsdauer von 10 Jahren werden Prämienfreistellungen für maximal 24 Monate geboten.
5. 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.

M. Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person, sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen 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.
 - 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.
 - Besteht für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung grundsätzlich kein Versicherungsschutz, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.
3. Die Regelungen der Punkte 1 und 2 gelten auch für im Antrag anzugebende **sportliche Betätigungen**, die im Vordergrund der Beschäftigung der versicherten Person stehen.

N. Welche Bedeutung hat die Vereinbarung einer Variante bei dauernder Invalidität?

Für den Fall einer dauernden Invalidität wird die Leistung aufgrund der laut Polizze vereinbarten Variante ermittelt - die tatsächliche Höhe berechnet sich aus dem unfallbedingten Invaliditätsgrad, der vereinbarten Maximalleistung und den vereinbarten Teilsummen.

In der vereinbarten Variante ist geregelt, welche Maximalsumme und welche Teilsummen ab welchem Invaliditätsgrad zur Verfügung stehen.

Beispielrechnungen im Fall einer dauernden Invalidität

Beispiel 1:

Unsere Entschädigungsleistung berechnet sich bei einer angenommenen Maximalleistung von **EUR 400.000,-**, die aufgrund der Variante - mit einer Leistung ab einem Invaliditätsgrad von 1% - vereinbart wurde.

Dauernde Invalidität von 01% bis 19%	vereinbarte Teilsumme:EUR 25.000,-
Dauernde Invalidität von 20% bis 39%	vereinbarte Teilsumme:EUR 100.000,-
Dauernde Invalidität von 40% bis 69%	vereinbarte Teilsumme:EUR 250.000,-
Dauernde Invalidität von 70% bis 100%	Maximalleistung: EUR 400.000,-

Für nachstehend angeführte Unfallfolgen leisten wir daher:

Verlust oder dauernde, vollständige Funktionsunfähigkeit	Invaliditätsgrad	vereinbarte Summe	Leistung in EUR
Vollinvalidität	100%	von 400.000,-	400.000,-
eines Beines	70%	von 400.000,-	280.000,-
der Sehkraft eines Auges	40%	von 250.000,-	100.000,-
Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Beines um 50% (= 50% Teilinvalidität von 70% Beinwert lt. Gliedertaxe)	35%	von 100.000,-	35.000,-
eines Daumens	20%	von 100.000,-	20.000,-
eines Zeigefingers	10%	von 25.000,-	2.500,-
eines anderen Fingers	5%	von 25.000,-	1.250,-

Beispiel 2:

Unsere Entschädigungsleistung berechnet sich bei einer angenommenen Maximalleistung von **EUR 500.000,-**, die aufgrund der Variante - mit einer Leistung ab einem Invaliditätsgrad von 10% - vereinbart wurde.

Dauernde Invalidität von 10% bis 39%	vereinbarte Teilsumme: EUR 150.000,-
Dauernde Invalidität von 40% bis 79%	vereinbarte Teilsumme: EUR 300.000,-
Dauernde Invalidität von 80% bis 100%	Maximalleistung: EUR 500.000,-

Für nachstehend angeführte Unfallfolgen leisten wir daher:

Verlust oder dauernde, vollständige Funktionsunfähigkeit	Invaliditätsgrad	vereinbarte Summe	Leistung in EUR
Vollinvalidität	100%	von 500.000,-	500.000,-
eines Beines	70%	von 300.000,-	210.000,-
der Sehkraft eines Auges	40%	von 300.000,-	120.000,-
Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Beines um 50% (= 50% Teilinvalidität von 70% Beinwert lt. Gliedertaxe)	35%	von 150.000,-	52.500,-
eines Daumens	20%	von 150.000,-	30.000,-
eines Zeigefingers	10%	von 150.000,-	15.000,-
eines anderen Fingers	5%	nicht vereinbart	0,-

O. Welche Änderungen ergeben sich bei Kinderunfallversicherungen zur Volljährigkeit?

Für einen als **Kinderunfallversicherung** 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 Versicherungen für Jugendliche zu beachten?

Für eine **Jugendunfallversicherung** gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **20. Lebensjahr** vollendet hat, bei einer Ausbildung über das 20. Lebensjahr hinaus längstens bis zum Ende des Familienbeihilfebezuges.

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 Polizze 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.

Bei Vorlage einer Bestätigung über den Bezug von Familienbeihilfe wird der Vertrag als Jugendunfallversicherung fortgeführt.

Q. Was ist bei Versicherungen für Erwachsene zu beachten?

Für einen Vertrag, der nicht als Seniorenversicherung abgeschlossen wurde, gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **70. Lebensjahr** vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende Frau um 50 % bzw. für den betreffenden Mann um 25 %.

Gegen eine entsprechende Prämienzahlung können Sie die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken und den Vertrag als Seniorenunfallversicherung weiterführen.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizze mit den Prämien für Senioren. 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.

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 **Ärztekommission**.

Der Anspruchsberechtigte ist berechtigt, innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung über die Anerkennung einer Leistungspflicht (siehe Abschnitt H, „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 selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes im jeweiligen medizinischen Sonderfach berechtigt ist und an der Heilbehandlung der versicherten 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 im 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 (Maximalleistung) 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**.

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.

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 K), so steht uns die bis zur Vertragsbeendigung anteilige Prämie zu.
5. Haben wir mit Rücksicht auf die Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie vereinbart, so können wir bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung jenes Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

Anhang: Welche gesetzlichen Bestimmungen sind besonders wichtig?

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG).

§ 6. (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber - unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluß gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem

Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 23. (1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom

Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den

Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39. (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist

kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung

verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgenger Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 75. (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der

Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

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

§ 79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

Anhang:

Information zur Datenanwendung (gemäß § 24 DSG)

Sehr geehrter Kunde,

wir haben Sie als Auftraggeber der Datenanwendung, in der Ihre Daten verwendet werden, gemäß § 24 Datenschutzgesetz 2000 (DSG) über den Zweck, für den Ihre Daten ermittelt und verwendet werden, zu informieren sowie Ihnen weitere Informationen zu geben, soweit dies für die Verarbeitung Ihrer Daten nach Treu und Glauben erforderlich ist.

1. Zweck der Datenanwendung

Ihre Daten werden in unserer Datenanwendung zum Zweck der Antragsbearbeitung, Risikoprüfung, Polizzierung, Vertragsverwaltung, Bearbeitung von Leistungsfällen, der umfassenden Betreuung und Beratung in Versicherungsangelegenheiten (auch in anderen Versicherungszweigen) sowie im Zusammenhang mit sonstigen Finanzdienstleistungen, die von Gesellschaften der Generali-Gruppe angeboten oder für Kooperationspartner vermittelt werden sowie für statistische Auswertungen verwendet. Im wesentlichen beinhaltet dies:

Datenverarbeitung beim Versicherer

Wir ermitteln und verwenden Ihre Daten, die für die Erstellung und Bearbeitung Ihres Versicherungsvertrages notwendig sind; das sind vor allem Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten) sowie Auskünfte von Dritten (z.B. Sachverständige, Ärzte etc.). Zur Verwaltung Ihres Vertrages werden weitere Daten wie etwa Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, -prämie, Bankverbindung, Inkassodaten sowie erforderlichenfalls die Daten eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes geführt (Vertragsdaten).

Im Versicherungsfall ermitteln und verarbeiten wir Ihre Angaben zum Schaden- bzw. Leistungsfall und ggf. auch Angaben von Dritten, wie etwa von den mit der Schadens-/Leistungsfeststellung beauftragten Sachverständigen, von den mit der Schadensbehebung und Leistungserbringung betraute Unternehmen und Einrichtungen (z.B. Reparaturwerkstätte, Handwerker, Ärzte, Krankenhäuser etc.) und von Auskunftspersonen (z.B. Zeugen, Behörden, etc.) sowie die von uns geleisteten Zahlungen (Leistungsdaten).

Gesundheitsdaten werden grundsätzlich nur für den Versicherungszweig verwendet, für den sie ermittelt werden; Fragebögen zum Gesundheitszustand sind daher für jede beantragte Versicherung neu auszufüllen.

Übermittlung von nichtsensiblen Daten

Ihre von uns ermittelten und verarbeiteten Daten werden an die mit der Prüfung Ihres Antrages, der Verwaltung Ihres Vertrages sowie der Schaden-/Leistungsfeststellung und -behebung befassten Empfänger (z.B. Ärzte, Banken, Reparaturwerkstätten, andere Versicherer, Behörden) übermittelt, soweit dies für die ordnungsgemäß Erstellung und Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages sowie der Leistungsbearbeitung erforderlich ist.

Weiters benötigen unsere Mit- und Rückversicherer im In- und Ausland die erforderlichen versicherungstechnischen Angaben, wie etwa Polizzennummer, Prämie, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien zur Erstellung und Verwaltung der Mit- und Rückversicherungsverträge; soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadenbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen und Daten von Ihnen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls die entsprechenden Daten übermitteln.

Für die Antragsprüfung und Leistungsbearbeitung kann es ferner erforderlich sein, dass Daten zwischen Versicherern ausgetauscht werden (z.B. Bonus/Maluseinstufung, bestehende Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie Teilungsabkommen, etc.). Die dabei weitergegeben Daten betreffen vor allem Name und Anschrift, Angaben zur versicherten Sache/Person, Art des Versicherungsschutzes oder Angaben zum Schaden, wie etwa Schadenhöhe und Schadentag.

Übermittlung von Gesundheitsdaten

Gesundheitsdaten werden ohne Ihre im Einzelfall ausdrücklich erteilte Zustimmung, nur an folgende Empfänger übermittelt:

untersuchende oder behandelnde Ärzte und Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge, Sozialversicherungsträger, Rück- oder Mitversicherer, andere Versicherer, die bei der Abwicklung von Ansprüchen aus dem Versicherungsfall mitwirken, gesetzliche oder von Ihnen hiezu bevollmächtigte Vertreter, Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen oder sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe (z.B. Patientenanwalt) einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.

Verwendung von Daten in der Unternehmensgruppe und bei Kooperationspartnern

Um unseren Kunden umfassende Beratungsleistungen anbieten zu können, arbeiten wir innerhalb unserer Unternehmensgruppe und mit Kooperationspartnern zusammen.

Zudem sind innerhalb der Generali-Gruppe einzelne Verwaltungsbereiche (z.B. Vertragsverwaltung, Schadenbearbeitung, etc.) in gemeinsamen Abteilungen zusammengefasst. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Versicherungsverträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; auch Ihre Polizzennummer, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten werden in zentralen Dateien geführt.

Die wichtigsten Gesellschaften unserer Unternehmensgruppe sind zur Zeit:

Generali Holding Vienna AG, Wien
Generali Versicherung AG, Wien
Generali VIS Informatik GmbH, Wien
Generali IT Solutions Ges.m.b.H., Wien
Generali Capital Management GmbH, Wien
Interunfall Versicherung AG, Wien
Europäische Reiseversicherung Aktiengesellschaft, Wien
Allgemeine Immobilien-Verwaltungs-Gesellschaft m.b.H., Wien
Europ Assistance Gesellschaft m.b.H., Wien
Generali Bank AG, Wien
IU Interunfall Leasing GmbH, Wien.

Weiters arbeiten unsere Gruppenunternehmen und Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung der Kunden in Finanzdienstleistungen (z.B. Bausparverträge, Investmentfondsvertrieb etc.), auch mit Banken und Finanzdienstleistungsunternehmen, außerhalb der Gruppe zusammen. Zur Zeit kooperieren wir mit:

3 Banken-Generali Investment-Gesellschaft mbH
3 Banken Gruppe (Oberbank, BTV, BKS)
ABV Allgemeine Bausparkasse reg. GenmbH
Akzente Salzburg
Autobank AG
AVS Privatkunden Versicherungsservice GmbH
BONUS Mitarbeitervorsorgekassen AG
Bonus Pensionskasse AG
Care Consult Versicherungsmakler GmbH
GE-Capital Bank
Kreditbank GmbH
LeasFinanz AG
Österreichische Hagelversicherung V.a.G.
ÖAMTC Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club
PSK LHS Leasing und Fuhrparkmanagement GmbH
s Bausparkasse Bausparkasse der österr. Sparkassen AG
Volkswagen-Versicherungsdienst GmbH
Wüstenrot Bausparkassen AG

Die Zusammenarbeit besteht dabei in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die genannten Kooperationspartner im Rahmen ihrer Kundenberatung/-betreuung unsere Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

Übermittlungen an Vermittler/Berater

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer Kooperationspartner werden Sie durch Vermittler betreut, die Sie mit Ihrer Einwilligung auch bei sonstigen Finanzdienstleistungen beraten. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Banken und Wertpapierdienstleistungsunternehmen.

Zum Zwecke der Betreuung und Beratung erhält der Vermittler die notwendigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Polizzennummer, Prämien, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen, z.B. Abschluss und Stand Ihres Bausparvertrages etc. Sensible Daten, wie z.B. über Ihren Gesundheitszustand, werden an den Vermittler jedoch nicht übermittelt.

Die Vermittler ermitteln und verarbeiten selbst Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden und werden von uns über Änderungen dieser Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des DSG und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

2. Widerruf der Zustimmungserklärung und Widerspruch gegen die Datenverarbeitung

In Ihrem Versicherungsantrag ist eine Zustimmungserklärung aufgenommen worden, die von Ihnen jederzeit schriftlich widerrufen werden kann. Unter den in § 28 DSG genannten Voraussetzungen sind Sie darüber hinaus berechtigt, gegen die Verwendung ihrer Daten Widerspruch zu erheben.

Wird die Zustimmungserklärung bei Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen bzw. verweigert oder der Datenverarbeitung widersprochen, erfolgt die weitere Verwendung Ihrer Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Wir behalten uns in einem solchen Fall jedoch vor, Ihren Antrag abzulehnen oder den Vertrag aufzulösen, wenn eine automationsunterstützte Bearbeitung und Verwaltung Ihres Vertrages nicht (mehr) möglich ist.

3. Informationsverbundsystem des Versicherungsverbandes

Beim Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs, 1030 Wien, Schwarzenbergplatz 7, ist ein Informationsverbundsystem unter der Bezeichnung "ZIS" eingerichtet. Über dieses Informationsverbundsystem werden in der Personenversicherung (Leben, Kranken, Unfall) zum Zwecke der Antragsprüfung Personenidentifikationsdaten und in den anderen Versicherungszweigen darüber hinaus Daten zum Versicherungsfall auch zum Zwecke der Leistungsbearbeitung an die am ZIS angeschlossenen Versicherer übermittelt. In der Kfz-Haftpflichtversicherung dient diese Datenübermittlung auch der Prämieinstufung im Bonus/Malussystem.

4. Nichtbeantwortung von Fragen

Der Versicherungsnehmer ist entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen bei Antragstellung und im Versicherungsfall verpflichtet, dem Versicherer alle für die Beurteilung des zu versichernden Risikos sowie zur Schadens-/Leistungsfeststellung erforderlichen Informationen zu geben. Die Nichtbeantwortung von Fragen kann daher die Ablehnung des Antrages oder im Versicherungsfall die Nichtzahlung der Versicherungsleistung bewirken.

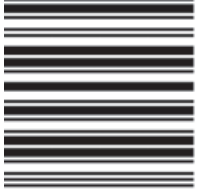
5. Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht

Die Ermittlung von Gesundheitsdaten bedarf nicht nur der Zustimmung gemäß DSG, sondern setzt darüber hinaus eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Entbindung von der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher im Antrag auch eine Entbindung von Ärzten, Krankenhäusern und von sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge sowie von Sozialversicherungsträgern oder anderen Versicherungsunternehmen und Behörden von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht enthalten.

6. Weitere Auskünfte und Erläuterungen

Sie haben als Betroffener nach dem Datenschutzgesetz neben dem zuvor erwähnten Widerrufs- und Widerspruchsrecht auch ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Richtigstellung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten.

Für allfällige Anfragen und Auskünfte steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter (Tel.: 0800/22 01 03; e-mail: datenschutz@generali.at)) zur Verfügung.



19039

SAP 19039 12.03