UNIQA

Allgemeine Bedingungen **UE00**

für die Unfallversicherung 2019 – Fassung 09/2019

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz
Was ist versichert? – Artikel 1
Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 2
Wo gilt die Versicherung? – Artikel 3
Wann gilt die Versicherung? – Artikel 4
Wann beginnt der Versicherungsschutz? – Artikel 5
Was ist ein Unfall? – Artikel 6

Versicherungsleistungen
Was kann versichert werden? – Artikel 7 bis 16
Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 17
Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? - Artikel 18
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet der Schiedsgutachter? – Artikel 19

Begrenzung des Versicherungsschutzes
In welchen Fällen zahlen wir nicht? – Artikel 20 und 21

Pflichten des Versicherungsnehmers
Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 22
Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten? – Artikel 23
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 24

Sonstige Vertragsbestimmungen
Was gilt zur Versicherungsperiode sowie zur Vertragsdauer und deren Verlängerung? – Artikel 25
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? – Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung? – Artikel 26
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? – Artikel 27
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? - Artikel 28
Wie sind Erklärungen abzugeben und wie erfolgt die Zustellung nach Wohnsitzwechsel? – Artikel 29
Welches Recht ist anzuwenden? Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen – Artikel 30

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 2019

Anhang

Versicherungsschutz

Was ist versichert? – Artikel 1

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart worden sind, ist aus der Polizze ersichtlich.

Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 2

Versicherungsfall ist der Eintritt des Unfalles (siehe Artikel 6 – Begriff des Unfalles).

Wo gilt die Versicherung? – Artikel 3

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Wann gilt die Versicherung? – Artikel 4

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

Wann beginnt der Versicherungsschutz? – Artikel 5

1. Beginn der Versicherung
   Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 22 geregelt.
   Waren Sie an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne Ihr Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung. Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a VersVG (siehe Anhang).
2. Vorläufige Deckung
   Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizze beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage durch uns erforderlich. Die vereinbarte vorläufige Deckung endet mit der Aushändigung der Polizze. Wird die Annahme Ihres Antrages von uns abgelehnt, ist die vorläufige Deckung von uns mit einer Frist von einer Woche zu kündigen. In diesem Fall steht uns die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Was ist ein Unfall? – Artikel 6

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
   - Ertrinken, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
   - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, Verbrennungen und Erfrierungen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich und entrinnbar erfolgen;
   - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

   Hinsichtlich krankhaft abnützungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. 21 Pkt. 3, sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 16 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast, Pilot oder Besatzungsmitglied in zum zivilen Luftfahrtverkehr zugelassenen Motorflugzeugen (ausgenommen Motorsegler und Ultra-Lights) erleidet. Die Versicherung erstreckt sich jedoch nicht auf die Teilnahme an Wettbewerben, das Ausführen von Rekord- oder Kunstflügen, das Einfliegen von Neukonstruktionen und bewilligungspflichtigen Erprobungsflügen, sowie Flüge mit Spezialaufgaben (Schädlingsbekämpfung, Lichtbildaufnahmen, Lastenabwürfe etc.).

Versicherungsleistungen
Dauernde Invalidität – Artikel 7
Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:
1. Voraussetzung für die Leistung:
   Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit verbleibenden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
2. Art und Höhe der Leistung:

2.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir abhängig vom Invaliditätsgrad als Kapitalbetrag aus.

2.2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	70%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	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 die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	80%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	15%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
der Stimme	30%
der Milz	10%
einer Niere	20%

   Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Art. 7 Abs. 3, Dauernde Invalidität anzuwenden.

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

3. 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. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
5. Ausgangspunkt der Berechnung der Versicherungsleistung ist die Versicherungssumme. Bitte den Punkt 6 beachten.
6. Varianten der Versicherungsleistung für dauernde Invalidität:

6.1. **DI 400 %, Kompakt**
In Abänderung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art. 7 Pkt. 2.2 ff leisten wir
- bis zu einem Invaliditätsgrad von 25% entsprechend dem Invaliditätsgrad
- den 25% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis 50% mit 2-facher Leistung
- den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 91% mit 3-facher Leistung
- ab 91% Invaliditätsgrad werden 400% der Versicherungssumme geleistet.

6.2. **DI 600 %, Optimal**
In Abänderung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art. 7 Pkt. 2.2 ff leisten wir
- bis zu einem Invaliditätsgrad von inkl. 5% pauschal 1% der Versicherungssumme
- den 5% übersteigenden Teil bis zu einem Invaliditätsgrad von 25% entsprechend dem Invaliditätsgrad
- den 25% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis 50% mit 3-facher Leistung
- den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis 75% mit 5-facher Leistung
- den 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 91% mit 7-facher Leistung
- ab 91% Invaliditätsgrad werden 600% der Versicherungssumme geleistet.

6.3. **DI 600 %, Premium**
In Abänderung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art. 7 Pkt. 2.2 ff leisten wir
- bis zu einem Invaliditätsgrad von 25% entsprechend dem Invaliditätsgrad
- den 25% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis 50% mit 3-facher Leistung
- den 50% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis 75% mit 5-facher Leistung
- den 75% übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 91% mit 7-facher Leistung
- ab 91% Invaliditätsgrad werden 600% der Versicherungssumme geleistet.

6.4. **Hochrisikoschutz 100%**
- Bis unter 25% Invaliditätsgrad erfolgt keine Versicherungsleistung.
- Ab 25% bis unter 50% Invaliditätsgrad werden 25% der Versicherungssumme geleistet.
- Ab 50% Invaliditätsgrad kommt die volle Versicherungssumme zur Auszahlung

6.5. **Hochrisikoschutz 200%**
- Bis unter 25% Invaliditätsgrad erfolgt keine Versicherungsleistung.
- Ab 25% bis unter 50% Invaliditätsgrad werden 25% der Versicherungssumme geleistet.
- Ab 50% bis unter 75% Invaliditätsgrad kommt die volle Versicherungssumme zur Auszahlung

- Ab 75% Invaliditätsgrad wird die doppelte Versicherungssumme geleistet

7. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditäts-leistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
8. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
9. Berufsunfähigkeit
   Wird der Versicherte durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der dauernden Invalidität – unabhängig vom Invaliditätsgrad – 100% der dafür versicherten Summe (gilt nicht für Hochrisikoschutz 100% und Hochrisikoschutz 200%). Ist die Leistung aufgrund der Progression höher als 100%, erbringen wir die höhere Leistung. Diese Vereinbarung gilt nicht für Berufssportler und Berufspiloten sowie für Personen ohne Berufsausübung.
   Vollständige Berufsunfähigkeit bedeutet: Der Versicherte ist infolge des Unfalles voraussichtlich auf Lebenszeit überwiegend (mehr als 50% im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen) außerstande seinen zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Beruf auszuüben. Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden. Eine bereits zum Unfallzeitpunkt bestehende teilweise Berufsunfähigkeit ist als Vorinvalidität im Sinne des Art. 21 Pkt.2 von der Leistung abzuziehen. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Berufsunfähigkeit ist gleichfalls im Sinne des Art. 21 Pkt. 3 zu berücksichtigen.
   Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles im Karenzurlaub oder vorübergehend arbeitslos, so gilt der zuletzt ausgeübte Beruf. Voraussetzung dafür ist, dass die letzte Berufstätigkeit nicht länger als 18 Monate zurückliegt. Der Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat. Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles bereits in Pension, besteht kein Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit.
10. Bergungskosten
    Mitversichert gelten Bergungskosten bis zu 15.000,– Euro gem. Artikel 14. Pkt. 2.
11. Garantierte Sofortleistung nach Spitalsaufenthalt bei dauernder Invalidität (ausgenommen Hochrisikoschutz).
    Gilt nur, wenn eine Versicherung nach Art. 7, Pkt. 6.1, Pkt. 6.2 oder Pkt. 6.3 besteht.
    Nach einem unfallbedingten, ununterbrochenen Spitalsaufenthalt von mindestens 11 Tagen werden sofort 1.500,- Euro als Vorauszahlung auf eine zu erwartende Leistung für dauernde Invalidität geleistet. Damit können unfallbedingte, zusätzliche Kosten sofort bezahlt werden.
12. Kosmetische Operationen
    Gilt nur, wenn eine Versicherung nach Art. 7, Pkt. 6.1, Pkt. 6.2 oder Pkt. 6.3 (gilt nicht für Hochrisikoschutz 100% und Hochrisikoschutz 200%) besteht. Bis zu 10.000,- Euro übernehmen wir auch die Kosten für kosmetische Operationen, wenn deren Notwendigkeit durch einen Unfall verursacht wurde (siehe Art. 14 Pkt. 5).
13. Wird innerhalb von drei Monaten nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt eine stationäre Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum angetreten bzw. beantragt, bezahlen wir 1% der Versicherungssumme für dauernde Invalidität (gilt für alle DI- Varianten inklusive Hochrisikoschutz 100% und Hochrisikoschutz 200%) als Rehabilitationspauschale. Als medizinische Rehabilitation gelten alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.
14. Stirbt die versicherte Person

14.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, bezahlen wir keine Leistung für dauernde Invalidität;

14.2. aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, leisten wir nach dem Grad der dauernden Invalidität mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

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

15. Direktleistung

15.1. In Abänderung des Artikels 18 wird bei der Versicherung von Dauerinvalidität bereits bei erstmaliger Anspruchsstellung nach einem Unfall eine garantierte Direktleistung für die in der Polizze im Verletzungskatalog (s.UE46/UE47) angeführten Verletzungen vorgenommen.

15.2. Tritt eine dieser Verletzungen infolge eines Unfalles ein, wird die garantierte Direktleistung nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte (z.B. ärztlicher Befundbericht, Arztbrief, Entlassungsbericht vom Spital und Röntgen- oder MRT-Befund) sofort ausgezahlt. Sollten in den uns vorgelegten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentiert sein, die nahelegen, dass sie an den Unfallfolgen mitgewirkt haben, behalten wir uns vor, den Anspruch auf Direktleistung durch einen medizinischen Gutachter überprüfen zu lassen. Es kommt der Art. 21, Pkt. 2 und 3 zur Anwendung.

15.3. Mit dieser garantierten Direktleistung sind grundsätzlich alle Ansprüche aus dem Titel Dauerinvalidität abgegolten. Die versicherte Person ist jedoch berechtigt, die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen zu verlangen (siehe Pkt. 15.9). Sollte die gutachterliche Untersuchung eine höhere Leistung als die bereits ausgezahlte Direktleistung ergeben, wird die Differenz nachgezahlt. Sollte das Gutachten eine niedrigere Leistung als die bereits ausgezahlte Direktleistung ergeben, behalten wir uns das Recht vor, die zu viel bezahlte Leistung rück zu fordern (siehe Art. 21, Pkt. 2 und 3).

15.4. Sind mehrere Verletzungen an unterschiedlichen Körperteilen betroffen, die sich im Verletzungskatalog wiederfinden, werden die jeweiligen garantierten Direktleistungen zusammengerechnet. Als Obergrenze der Leistung werden 50% der Versicherungssumme für Dauerinvalidität (gilt nicht für Hochrisikoschutz) festgesetzt, die endgültige Bemessung muss durch einen Sachverständigen erfolgen (siehe Pkt. 15.9).

15.5. Kommt es durch ein Unfallgeschehen zu mehreren Verletzungen an einem Körperteil, wird die garantierte Direktleistung immer von der am Höchsten bewerteten Verletzung geleistet.

15.6. Bei Verlust eines Beines oder Armes und kompletter oder inkompletter Querschnittslähmung wird eine Zahlung in Höhe von 50% der Versicherungssumme für Dauerinvalidität vorgenommen (gilt nicht für Hochrisikoschutz). Diese Zahlung ist als eine Vorauszahlung zu betrachten, die endgültige Bemessung muss durch ein Sachverständigen-Gutachten erfolgen (siehe Pkt. 15.9).

15.7. Die tariflich vorgesehene Sofortleistung kommt bei Verletzungen, wo eine garantierte Direktleistung gezahlt wird, nicht zur Anwendung. Sollte die garantierte Direktleistung geringer als die Sofortleistung sein, werden zumindest 1.500,- Euro ausbezahlt. Voraussetzung für einen Sofortleistungsanspruch bleibt aber immer der 11-tägige Spitalsaufenthalt (siehe Pkt. 11).

15.8. Findet sich die Verletzung nach einem Unfall nicht im Verletzungskatalog wieder, kann die versicherte Person zur Feststellung einer möglichen Unfallinvalidität nach dem Unfall ein Sachverständigengutachten anfordern (siehe Pkt. 15.9).

15.9. Grundsätzlich kann die Begutachtung durch einen Sachverständigen frühestens ein Jahr nach dem Unfall erfolgen, stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest, kann dies auch bereits innerhalb eines Jahres erfolgen.

15.10. Sollte ein Versicherter eine garantierte Direktleistung bezogen haben und innerhalb eines Jahres unfallkausal versterben, wird die bereits ausgezahlte Direktleistung einer etwaigen Unfalltodzahlung angerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Sollte die Unfalltodzahlung geringer ausfallen als die bereits gezahlte Direktleistung, kommt es zu keiner Rückforderung der zu viel bezahlten Leistung.

Lebensrente – Artikel 8

Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gem. Art. 7 von mindestens 50%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die volle Unfallrente bezahlt.

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35% – jedoch weniger als 50%, gelangt die Hälfte der vereinbarten Monatsrente zur Auszahlung.

Wird der Versicherte durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der dauernden Invalidität von mindestens 35% die volle Unfallrente. Diese Vereinbarung gilt nicht für Berufssportler und Berufspiloten sowie für Personen ohne Berufsausübung.

Vollständige Berufsunfähigkeit bedeutet: Der Versicherte ist infolge des Unfalles voraussichtlich auf Lebenszeit überwiegend (mehr als 50% im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen) außerstande seinen zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Beruf auszuüben. Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden. Eine bereits zum Unfallzeitpunkt bestehende teilweise Berufsunfähigkeit ist als Vorinvalidität im Sinne des Art. 21 Pkt. 2 von der Leistung abzuziehen. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Berufsunfähigkeit ist gleichfalls im Sinne des Art. 21 Pkt. 3 zu berücksichtigen.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles im Karenzurlaub oder vorübergehend arbeitslos, so gilt der zuletzt ausgeübte Beruf. Voraussetzung dafür ist, dass die letzte Berufstätigkeit nicht länger als 18 Monate zurückliegt.

Der Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet hat.

Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats, in dem der Versicherte stirbt, oder wenn die ärztliche Bemessung gemäß Art. 7 Pkt. 8 ergeben hat, dass der Invaliditätsgrad unter 35% gesunken ist. Nach Feststellung unserer Leistungspflicht und der Rentenhöhe beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten der dem Unfalltag folgt.

Garantiezeitraum:

Die Lebensrente wird lebenslang, jedoch mindestens 20 Jahre (Garantiedauer), monatlich im Voraus bezahlt. Stirbt der Versicherte vor Ablauf der Garantiedauer, so wird die Rente bis zum Ende der Garantiedauer an die Erben – sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde – bezahlt.

Todesfall – Artikel 9

Tritt innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, der Tod als Folge des Unfalles ein, bezahlen wir die für den Todesfall versicherte Summe. Haben wir eine Leistung für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis erbracht, wird diese für die Todesfallleistung angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistungen für Dauerinvalidität können wir nicht zurückverlangen.

Zusätzlich ersetzen wir auch die Kosten der Überführung, des durch einen Unfall Verstorbenen, zu dessen letzten Wohnort innerhalb der EU, sowie die Kosten der Bestattung bis 5% der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme, insgesamt jedoch maximal 7.000,- Euro.

Taggeld – Artikel 10

Taggeld bezahlen wir bei dauernder oder vorübergehender Invalidität. Die Leistung erfolgt für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag. Wird eine Karenzfrist von 7 Tagen vereinbart und die Arbeitsunfähigkeit beginnt mit einem mind. 24-stündigen Spitalsaufenthalt, entfällt die vereinbarte Karenzfrist.

Spitalgeld – Artikel 11

1. Spitalgeld bezahlen wir für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet. Längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag. Bei einem stationären Aufenthalt im Ausland zahlen wir die doppelte Versicherungssumme für Spitalgeld.
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken. Weiters gelten Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive als Spitäler.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Schmerzengeld – Artikel 12

Wird durch einen Unfall – innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag - ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt von mindestens 7 Tagen notwendig, bezahlen wir für diesen Unfall ein einmaliges Schmerzengeld in der Höhe von 1% der für dauernde Invalidität vereinbarten Summe. Nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von mindestens 14 Tagen erhöhen wir die Leistung auf 2%, nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von mindestens 21 Tagen beträgt die einmalige Gesamtleistung 3% der für dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme (ausgenommen Hochrisikoschutz 100% und Hochrisikoschutz 200% gem. Art. 7, Pkt. 6.4 und 6.5).

Genesungsgeld – Artikel 13

100% der Versicherungssumme bezahlen wir für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer

Heilbehandlung befindet. 25% der Versicherungssumme bezahlen wir bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person. Befindet sich die versicherte Person nicht in stationärer Heilbehandlung, wird das Genesungsgeld ab dem Unfalltag geleistet, sonst ab dem der Entlassung aus dem Spital folgenden Tag. Ab dem 43. Tag ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit verdoppelt sich diese Genesungsgeldleistung. Genesungs-geld wird für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Unfallkosten – Artikel 14

Bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt. Vorausgesetzt, dass diese innerhalb von 4 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen und nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Unfallkosten sind:

1. Heilkosten,
   die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, Kosten für die Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe und Fahrtkosten zu medizinischen Behandlungen ersetzen wir nicht.
   Bis zu 30% der Versicherungssumme übernehmen wir auch die Kosten einer unfallbedingten Heilbehandlung nach der traditionellen chinesischen Medizin. Und zwar für Akupunktur, Akupressur, chinesische Pharmakologie, Tuina und Shiatsu (auch ohne ärztliche Verordnung).
2. Bergungskosten,
   die notwendig waren, wenn der Versicherte einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss; durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.
   Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum, dem Unfallort nächstgelegenen, Spital. Unabhängig von Berg- oder Wassernot sind nach einem versicherten Unfall auch die Kosten eines(r) Bergung-/Nottransportes mittels Rettungs-hubschrauber versichert.
3. Rückholkosten,
   das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
4. Pflegekosten,
   die für einen pflegebedürftigen Versicherten aufgewendet werden. Voraussetzung für den Ersatz der Pflegekosten ist die Vornahme der Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. durch eine dafür eingerichtete Organisation oder in einer dafür geeigneten Einrichtung.
   Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge eines Unfalles (siehe Artikel 6 unter „Was ist ein Unfall“) so hilflos ist, dass er zumindest für 3 der gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme der Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege. Ein Versicherter gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn er dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
5. Kosmetische Operationen
   Leistungen können bei uns beansprucht werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist.
   Entschließt sich die versicherte Person zur Behebung dieser Schäden zu einer kosmetischen Operation, so übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.
   Mitversichert ist auch der unfallbedingte Verlust oder die unfallbedingte Beschädigung der Schneidezähne. Ersetzt werden in diesem Fall die Kosten eines erstmaligen Zahnersatzes oder die Zahnbehandlung.
6. Begleitperson im Spital
   Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalles werden auch die nachgewiesenen Verpflegskosten für eine Begleitperson bis maximal 55,– Euro für maximal 10 Tage von uns ersetzt. Diese Kostenersatz-Versicherung gilt nur für Kinder und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind bzw. von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.
7. Schulausfallgeld
   Für versicherte Kinder (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) bezahlen wir im Falle eines unfallbedingten, ärztlich bestätigten Schulausfalles ein Schulausfallsgeld in folgender Höhe:
   - 14 Tage Schulausfall (davon mindestens 7 Tage ununterbrochen stationär) pauschal: 500,- Euro
   - 21 Tage Schulausfall (davon mindestens 14 Tage ununterbrochen stationär) pauschal: 1.000,- Euro

Knochenbruch – Artikel 15

Wir leisten eine Entschädigung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person nach einem Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Der knöcherne Abriss einer Sehne sowie Knochensplitterungen und Fissuren (Haarrisse) gelten auch als Knochenbruch. Die Versicherungsleistung kommt auch dann zur Auszahlung, wenn bei Kindern (bis zum 18. Lebensjahr) durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin therapiert wird.

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose – Artikel 16

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen

Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose. Voraussetzung ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch 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 Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde. Eine Leistung erbringen wir nur für Tod oder dauernde Invalidität.

Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 17

1. Zusatzleistung
   Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 24 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen davon bleiben Kosten nach Pkt. 2.3 des Art. 24 Obliegenheiten.
2. Prämienfreie Mitversicherung eines neugeborenen Kindes
   Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, gelten ab Geburt für 6 Monate mit den Versicherungssummen der Mutter oder des Vaters mitversichert.
   Sind beide Elternteile versichert, so gilt die höhere Versicherungssumme. Ausgenommen davon sind Taggeldleistungen und Leistungen aus der Lebensrente. Die Leistung für Unfalltod ist mit 10.000,- Euro begrenzt.
   Der prämienfreie Versicherungsschutz für neugeborene Kinder gilt nur im Rahmen von Einzel- und Familienversicherungen mit Versicherungsschutz für Berufs- und Freizeitunfälle.
3. Prämienfreistellung für Kinder
   Stirbt der Versicherungsnehmer einer Familienunfallversicherung, übernehmen wir die weitere Prämienzahlung für die mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.
4. Mehrleistung für Kinder
   Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen von Kindern bis zum 18. Lebensjahr wird die Versicherungsleistung um 50% erhöht, wenn das Kind zum Unfallzeitpunkt einen Ski- bzw. Radhelm getragen hat.
   Diese Leistungserweiterung gilt nicht bei der Teilnahme an Wettbewerben und am offiziellen Training zu Wettbewerben sowie für die DIrektleistung gem. Art. 7, Pkt.15.

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? – Artikel 18

1. Unsere Geldleistungen werden umgehend nach Beendigung aller unserer Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung nötig sind.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen, die Sie nicht verschuldet haben, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monates nach Eingang der Schadensanzeige nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.
4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Artikel 7.1. und 7.14. zu beachten.

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten – Artikel 19

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern Sie bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 8. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch uns zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen 6 Monaten ab Zugang unserer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne des Pkt. 1.“) unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen werden wir den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der von uns im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 24 Punkt 2.4. bis 2.7. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangen wir die Entscheidung des Schiedsgutachters, so tragen wir dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden

objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 50 % des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Punkt 2.) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

Begrenzung des Versicherungsschutzes
In welchen Fällen zahlen wir nicht? – Artikel 20 und 21
Ausschlüsse – Artikel 20

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Artikel 6 Pkt. 4 fallen („Was ist ein Unfall?“), sowie bei der Benützung von Militärluftfahrzeugen oder von Zivilluftfahrzeugen zu militärischen Zwecken;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, sofern sie vorsätzlich begangen wurden;
5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen.
   Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA;
6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die mittelbar oder unmittelbar
   - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
   - durch Kernenergie
   - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBI. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung; außer jene die durch Heilbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden
8. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen oder physischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
9. durch Gesundheitsschäden 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.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes – Artikel 21

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. 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 Artikel 7 „Dauernde Invalidität“ Pkt. 2 und 3 bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnützungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist. 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. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems erbringen wir nur eine Leistung, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
4. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
5. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende Mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt wurde und nicht anlagebedingt waren.

Pflichten des Versicherungsnehmers
Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 22

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 Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Wird Ratenzahlung vereinbart, so haben wir mit

Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die nach der 1. Prämienrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Ratenvereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 und 39 VersVG – Prämienzahlungsverzug.

Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten? – Artikel 23

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebender besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach unserem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämiensätzen aufgrund der tatsächlichen in der Polizze berechneten Prämien ergeben.

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeit- Aktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Änderungsvorschlags des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die von uns vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Wir werden Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienerhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 24

1. Als Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Bestimmungen des § 6 Abs. 2 VersVG (Obliegenheitsverletzung) – siehe Anhang - bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweils kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
2. Als Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Bestimmungen des § 6 Abs. 3 VersVG (Obliegenheitsverletzung) – siehe Anhang – bewirkt, werden bestimmt:

2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen.

2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen. Ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen. Darüber hinaus hat der Versicherte nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.

2.4. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

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

2.6. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.7. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.8. Ist auch Spitalgeld oder Genesungsgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 11, Pkt. 2) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthalts-bestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.9. Im Fall der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt zur Versicherungsperiode sowie zur Vertragsdauer und deren Verlängerung? – Artikel 25

1. Versicherungsperiode
   Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, sofern der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen wurde.
2. Vertragsdauer

2.1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt

2.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer. Die Vertragslaufzeit verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit unter Beachtung der vorerwähnten Frist von einem Monat zur Verfügung.

2.3. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit darüber informieren wird, dass dieser den Versicherungsvertrag zum Ablauf der

vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann; dabei wird der Versicherer auch auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen des Punktes 2.2.

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? – Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung? – Artikel 26

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können sowohl Sie als auch wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung (im Falle von Renten die erste Rente) erbracht haben. Die Kündigung ist innerhalb eines Monats nach der Anerkennung dem Grunde nach oder der Auszahlung einer Versicherungsleistung vorzunehmen.

1.2. Sie können mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Wir haben eine Kündigungsfrist von einem Monat ein zu halten.

1.3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2. Versicherungsende durch Todesfall
Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? – Artikel 27

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen.
Die Vorschriften der §§ 75 ff VersVG (Versicherung für fremde Rechnung) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.
Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? – Artikel 28

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Andere gesetzliche Gerichtsstände des Verbrauchers bleiben davon unberührt, z.B. ihr Wohnsitzgerichtsstand. 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 Ablebens seine gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen seiner gewerblichen Niederlassung - seinen Wohnsitz hatte. Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Wie sind Erklärungen abzugeben und wie erfolgt die Zustellung nach Wohnsitzwechsel? – Artikel 29

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.
Einen Wechsel Ihrer Anschrift haben Sie uns bekanntzugeben. Eine rechtlich bedeutsame Erklärung gilt auch dann als zugegangen, wenn Sie Ihrer Verpflichtung zur Bekanntgabe des Anschriftwechsels nicht nachkommen und wir die Erklärung an Ihre zuletzt bekannt gegebene Anschrift senden.
Für Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.02.2008 gilt folgendes:
Wir sind berechtigt, Ihnen eine Änderung der Bedingungen vorzuschlagen.
Die Änderung ist Ihnen schriftlich mitzuteilen und gilt als genehmigt, sofern Sie nicht bis zum Ablauf des Monates, der dem Zugang der Mitteilung folgt, schriftlich widersprechen.
In der Mitteilung haben wir Sie auf das Widerspruchsrecht, die Widerspruchsfrist und die Rechtsfolgen eines unterlassenen Widerspruchs besonders hinzuweisen. Die Änderung der Bedingungen wird mit dem in der Mitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch mit dem Ablauf der Widerspruchsfrist.

Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 30

Es gilt österreichisches Recht.

Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

Beschwerdestellen

Ihre Beschwerden können Kunden an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, richten, auch per E-Mail an info@uniqa.at. Eine Beschwerde wird von uns unverzüglich der für die Bearbeitung eingesetzten Person zugewiesen. Zu jeder Beschwerde werden wir binnen zwei Wochen eine Stellungnahme abgeben. Sie können sich aber auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, E-Mail: info@vvo.at wenden.

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen

Auf Ihren Versicherungsvertrag finden außer den vorliegenden Bedingungen folgende Bestimmungen Anwendung:

- Die in der Polizze getroffenen Vereinbarungen (z.B. Vertragsklauseln)
- Das Versicherungsvertragsgesetz in der jeweils geltenden Fassung

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 2019

Die AUVB 2019 finden insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

1. Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe oder mit Namensangabe der Versicherten

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1. Versicherungssummen: Vereinbart sind fixe Versicherungssummen oder das Vielfache (Teil) des Jahresbezuges des einzelnen Versicherten

2.2. Jahresbezug

2.2.1. Begriffsbestimmung

Anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z.B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulage, Weggelder usw.). Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nicht wieder-kehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und Betriebsveranstaltungen.

2.2.2. Jahresbezug als Versicherungssumme

Als Jahresbezug des Versicherten gelten seine tatsächlichen Bezüge während der dem Unfalltag vorangegangenen 12 Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Dienstverhältnis bestanden hat, der so errechnete Jahresbezug eines vergleichbaren Dienstnehmers.

2.2.3. Als Höchstgrenze eines der Berechnung der Versicherungsleistung wie auch der Prämienberechnung zugrunde zulegenden einfachen Jahresbezuges gemäß Pkt. 2.2.1. „Begriffsbestimmung“ des einzelnen Versicherten wird ein Betrag von 110.000,- Euro bestimmt.

2.3. Kumulrisiko

Als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen ist pro Ereignis (Ereigniskumul) ein Betrag von 4 Mio. Euro festgelegt. Erleiden mehrere durch gegenständlichen Versicherungsvertrag versicherte Personen einen Unfall durch dasselbe Ereignis und überschreitet die Summe der Ansprüche der Versicherten den Betrag von EUR 4 Mio., so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt. Das gilt auch insbesondere für das Fluggastrisiko (Art. 6. Pkt. 4). In Abänderung des Art. 6, Pkt. 4 der Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung 2012 gilt das Luftfahrtrisiko für Piloten und Besatzungsmitglieder von Motorflugzeugen nur nach besonderer Vereinbarung mitversichert.

2.4. Erlöschen des Versicherungsschutzes

Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungs-vertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für den einzelnen Versicherten mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.

3. Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe

3.1. Versicherte Person

Versichert sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht.

3.2. Prämienregulierung

- Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrunde gelegt. Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monates nach Erhalt unserer Anfrage nachzukommen. Wir haben nach Erhalt der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.
- Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so haben wir die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine andere Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, so viel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist. Andernfalls so viel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb von zwei Monaten nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so haben wir den eventuell zu viel bezahlten Betrag rück zu erstatten.
- Wir haben das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in Sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren.

4. Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe

- Versicherte Personen
  Versichert sind alle Personen, die uns mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.
- An- und Abmeldung
  Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach unserer Zusage des Versicherungsschutzes in Kraft. Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind bei uns abzumelden.

ANHANG Auszug aus dem VersVG 1958 (Wiedergabe der in den AUVB erwähnten Bestimmungen des Gesetzes.)

§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 Monates, 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 Monates 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, 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 in geschriebener Form übermittelten 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 Eintrittes 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 Monates nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monates nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der 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 Übermittlung 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 ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, dem Insolvenzverwalter beziehungsweise dem Treuhänder der Gläubiger 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.

§184. (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

POLIZZENGÜLTIG WIRD DER VERSICHERUNGSSCHUTZ FUER DIE RISIKEN DES FALLSCHIRMSPRINGENS, HÄNGE- UND PARAGLEITENS, MOTORSEGELNS, BALLONFAHRENS, ULTRALIGHT- UND SEGELFLIEGENS SOWIE DES MOTORISIERTEN PARA- UND HÄNGEGLEITENS FESTGEHALTEN.