

Flugsportklausel in Abschnitt C, Art. 19 (Seite 7)!

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung - AUVB 2008

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?	Art. 1: Gegenstand der Versicherung
Was gilt als Versicherungsfall?	Art. 2: Versicherungsfall
Wo gilt die Versicherung?	Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
Wann gilt die Versicherung?	Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
Wann beginnt die Versicherung?	Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz, vorläufige Deckung
Was ist ein Unfall?	Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?	Art. 7: Dauernde Invalidität, KMB-Baustein
	Art. 8: Todesfall
	Art. 9: Unfall-Invaliditäts-Rente
	Art. 10: Taggeld
	Art. 11: Spitalgeld
	Art. 12: Unfallkosten
	Art. 13: Soforthilfe
	Art. 14: Reise- und Rückhol Assistance
Was zahlt der Versicherer zusätzlich?	Art. 15: Zusatzleistungen
Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?	Art. 16: Reduzierung der Versicherungssummen, Altersgrenzen
Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?	Art. 17: Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	Art. 18: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Wer kann nicht versichert werden?	Art. 19: Unversicherbare Personen
In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?	Art. 20: Ausschlüsse
Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?	Art. 21: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen?	Art. 22: Prämie
Was ist bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten zu beachten?	Art. 23: Anzeige der Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten des Versicherten
Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?	Art. 24: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 25: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	Art. 26: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. 27: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. 28: Gerichtsstand
Wie sind Erklärungen abzugeben?	Art. 29: Form der Erklärungen
Welches Recht wird angewandt?	Art. 30: Anwendbares Recht

Abschnitt F: Familienunfallversicherung

Abschnitt G: Alleinerzieherunfallversicherung

Abschnitt H: Kollektivunfallversicherung

Abschnitt I: Gesundheitsberufe - Unfallversicherung mit verbesserter Gliedertaxe

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 - Was ist versichert?

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus dem Abschnitt B. Aus der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel 6, Begriff des Unfalles).

Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung?

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 - Wann gilt die Versicherung?

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38 ff VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung?

Beginn des Versicherungsschutzes, Sofortschutz, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Artikel 22), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Sofortschutz

Diese Unfallversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet.

Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich über die beantragten Versicherungssummen, maximal jedoch bis zu

für Unfalltod	EUR	73.000,00
für dauernde Invalidität	EUR	73.000,00
für Taggeld	EUR	25,00
für Spitalgeld	EUR	40,00
für Unfallkosten	EUR	2.200,00

Für alle anderen abschließbaren Leistungsarten sowie für nicht beantragte Leistungsarten wird kein Sofortschutz gewährt.

Falls die Mitversicherung von Sondergefahren (z.B. auf dem Gebiet des Sports) beantragt wird, erstreckt sich der Sofortschutz ausschließlich auf die Leistungsarten Unfalltod und dauernde Invalidität, maximal jedoch bis EUR 73.000,00 für Unfalltod und EUR 55.000,00 für dauernde Invalidität.

Der Sofortschutz beginnt mit dem Eingang des Antrages in der Merkur Generaldirektion oder einer unserer Landesdirektionen, jedoch nicht vor dem beantragten Versicherungsbeginn.

Der Sofortschutz endet mit Zustellung der Polizze oder einer anderen schriftlichen Erklärung des Versicherers, spätestens aber nach Ablauf von 6 Wochen ab Antragstellung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Dem Versicherer gebührt die auf die Zeit des Sofortschutzes entfallende Prämie.

Der Sofortschutz gilt nicht für versicherungsunfähige Personen gemäß Art. 19 AUVB, das sind nach den Allgemeinen Bedingungen insbesondere Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geisteskranke.

3. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor Einlösung der Polizze in höherer Form als er durch den Sofortschutz (Artikel 5, Punkt 2) gewährt wird, gegeben sein, ist eine ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich.

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

Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen.

Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6 - Was ist ein Unfall?

Begriff des Unfalles

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

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden?

Artikel 7 - Dauernde Invaliddität

- Wann besteht ein Anspruch auf Leistung für Dauernde Invaliddität?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invaliddität (Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit auf Lebenszeit) zurückbleibt, wird - unbeschadet der Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 5 - aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invaliddität entsprechende Betrag gezahlt.

Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invaliddität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an schriftlich geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invaliddität hervorgeht, zu begründen.

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

- Wie wird der Invalidditätsgrad bemessen?

Für die Bemessung des Invalidditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:

- Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes bis über das Ellenbogengelenk	80 %
eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes	75 %
einer Hand	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	80 %
eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	70 %
eines Fußes im Fußgelenk	70 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor dem Versicherungsfall bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	70 %
des Gehörs eines Ohres	35 %
sofern das Gehör des anderen Ohres vor dem Versicherungsfall bereits verloren war	45 %
des Geruchsinnnes	10 %
des Geschmacksinnnes	10 %
der Milz	10 %
der Niere	20 %
der Stimme	50 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 21 anzuwenden.

- Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Artikel 7, Punkt 2.1. anteilig verwendet.
- Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invalidditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invalidditätsgrad um die Vorinvaliddität gemindert.
- Mehrere sich aus Artikel 7, Punkt 2.1. bis Artikel 7, Punkt 2.3. ergebende Prozentsätze werden zusammengerechnet. Der Invalidditätsgrad aus einem Unfall ist jedoch mit 100 % begrenzt.
- Wird im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invalidditätsleistung erbracht?

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

- Als Unfall gelten auch folgende, vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken;
- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
- Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse: Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 21 Punkt 2, "Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes", Anwendung.

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

Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Artikel 15, Punkt 2.4., für Insektenstiche und Schlangenbisse, Artikel 15, Punkt 2.8., sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1.

- Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung behördlich zugelassen sind.

Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Tätigkeit ausübt.

Nicht als Fluggast im Sinne der obigen Ausführung gilt jedenfalls ein Arzt oder Sanitäter einer Flugambulanz oder einer ähnlichen Einrichtung.

- Was geschieht, wenn der Invalidditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

Steht der Grad der dauernden Invaliddität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invalidditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Ergibt in einem solchen Fall die endgültige Bemessung eine höhere Invalidditätsleistung als der Versicherer bereits erbracht hat, so ist der Mehrbetrag ab Fälligkeit des Vorschusses (Artikel 17, Punkt 1) mit 4 % jährlich zu verzinsen.

- Wie wird die Leistung für dauernde Invaliddität (progressive Invalidditätsleistung) bemessen?

Für die Bemessung der Invalidditätsleistung gelten folgende Bestimmungen:

Variante A		Leistung	
von	Invalidditätsgrad 0,1 % bis 25,0 %	25,0 %	aufgrund der einfachen für Invaliddität versicherten Summe
über	25,0 % bis 50,0 %	50,0 %	aufgrund der doppelten für Invaliddität versicherten Summe
über	50,0 % bis 75,0 %	75,0 %	aufgrund der dreifachen für Invaliddität versicherten Summe
über	75,0 % bis 100,0 %	100,0 %	aufgrund der vierfachen für Invaliddität versicherten Summe

Variante B		Leistung	
von	Invalidditätsgrad 0,1 % bis 25,0 %	25,0 %	aufgrund der halben für Invaliddität versicherten Summe
über	25,0 % bis 50,0 %	50,0 %	aufgrund der doppelten für Invaliddität versicherten Summe
über	50,0 % bis 75,0 %	75,0 %	aufgrund der dreifachen für Invaliddität versicherten Summe
über	75,0 % bis 100,0 %	100,0 %	aufgrund der vierfachen für Invaliddität versicherten Summe

Variante S		Leistung	
von	Invalidditätsgrad 10 % bis 50 %	50 %	aufgrund der einfachen für Invaliddität versicherten Summe
über	50 % bis 90 %	90 %	aufgrund der doppelten für Invaliddität versicherten Summe
über	90 % bis 100 %	100 %	aufgrund der dreifachen für Invaliddität versicherten Summe

- 5.3.1 Bis zu einem Invalidditätsgrad von 9,99 % aus einem Unfall werden keine Leistungen für dauernde Invaliddität erbracht.

Anstelle dieser werden die vereinbarten Leistungen für Bänder-, Meniskus-, Sehnenrisse, offene Verletzungen oder Knochenbruch sowie Teileinrisse von Meniskus, Bändern und Sehnen erbracht.

- 5.3.2 Ab 10 % Invaliddität werden entsprechend den Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 5.3. Leistungen erbracht.

Allenfalls erbrachte Leistungen aufgrund Punkt 5.3.1. werden in Abzug gebracht.

- 5.3.3 Bänder-, Sehnenriss

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte(n) Person(en) bei einem Unfall einen kompletten Bänder- oder Sehnenriss erlitten hat(haben). Die Ersatzleistung kann maximal einmal je Extremität (Arm, Bein) in Anspruch genommen werden.

- 5.3.4 Knochenbruch, Meniskusriss und -teileinriss sowie Teileinriss von Bändern und Sehnen

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Knochensplinterungen gelten als mitversichert.

Die Ersatzleistung kann maximal einmal je Extremität (Arm, Bein) in Anspruch genommen werden.

5.3.5. Offene Verletzungen

Der Versicherer leistet eine Entschädigung in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte(n) Person(en) eine offene Verletzung (Verletzungen, die genäht werden müssen) erlitten hat(haben). Die Höhe richtet sich nach der Länge der genähten oder geklebten Wunde.

6. Besteht ein Anspruch auf Invaliditätsleistung, wenn der Versicherte als Folge des Unfalles stirbt?

Stirbt der Versicherte

6.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

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

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

7. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Artikel 21 Anwendung.

8. Ab welchem Lebensjahr erfolgt anstelle der Kapitalleistung eine Rentenleistung?

Hatte der Versicherte am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Kapitalleistung eine Rente. Die Höhe der auszuzahlenden Rente wird nach dem am Unfalltag geltenden Rententafel und unter Zugrundelegung des am Unfalltag vollendeten Lebensjahres des Versicherten berechnet.

Barwert dieser Rente ist jener Betrag, der bei Kapitalleistung zu erbringen wäre. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Sie endet mit Ablauf des Kalendermonats, in dem der Versicherte stirbt.

9. KMB-Baustein

Die in den Punkten 5.3.3., 5.3.4. und 5.3.5. angeführten Leistungsarten können gegen Mehrprämie mit den gleichen Regelungen auch in einem Baustein versichert werden, sofern die Leistungsart "dauernde Invalidität" versichert wurde.

Artikel 8 - Todesfall

1. Wann wird die für den Todesfall vereinbarte Summe gezahlt?

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

Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität (Artikel 7) oder die Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Invalidität gemäß Artikel 7 kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

Artikel 9 - Unfall-Invaliditäts-Rente

1. Wann wird die Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt?

Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Invalidität mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % zurückbleibt, dann wird - unabhängig vom Alter des Versicherten - die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt.

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des Artikel 7, Punkt 2.1. bis Artikel 7, Punkt 2.4.

Ein Anspruch auf Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, zu begründen.

Stirbt der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf die Unfall-Invaliditäts-Rente und zwar auch dann nicht, wenn der Grad der dauernden Invalidität dem Grunde und der Höhe nach feststeht.

2. Was geschieht, wenn der Invaliditätsgrad nicht eindeutig feststeht?

Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Ergibt die endgültige Bemessung einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 %, entsteht ein Anspruch auf Rentenleistung.

3. Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf Unfall-Invaliditäts-Rente ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

Die Rentenleistung erfolgt monatlich im Vorhinein.

4. Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

4.1. Bei Vereinbarung einer lebenslangen Rente wird die Unfall-Invaliditäts-Rente bis zum Ablauf des Monats geleistet, in dem die versicherte Person stirbt.

4.2. Bei Vereinbarung einer temporären Rente wird die Unfall-Invaliditäts-Rente bis zum Ablauf der vereinbarten Rentenzahlungsdauer geleistet. Bei Ableben der versicherten Person vor dem Ende der Rentenzahlungsdauer bis zum Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

4.3. Bei Vereinbarung einer begrenzten Rente bis zum 19. Lebensjahr in der Einzel-Kinderunfallversicherung endet die Rentenzahlung in jedem Fall mit der Erreichung des 19. Lebensjahres.

4.4. Die vereinbarte Rentenart ist in der Police angeführt.

5. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen?

Bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Artikel 21 Anwendung.

6. Welche Bescheinigung muss auf Anforderung des Versicherers vorgelegt werden?

Der Versicherer ist berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung zu überprüfen. Wird die angeforderte Bescheinigung dem Versicherer nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

7. Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

Das Ableben der versicherten Person ist im Sinne des Artikel 24 dem Versicherer innerhalb von drei Tagen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung kann der Versicherer jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

8. Welche Auswirkungen hat der Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsschutz aus der Unfall-Invaliditäts-Rente?

Der Versicherungsschutz für die Unfall-Invaliditäts-Rente endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfall-Invaliditäts-Rente geleistet wird. Die anteilige Prämie wird ab dem Zeitpunkt des Unfalles dem Versicherungsnehmer zurückerstattet.

9. Wird die Rente jährlich erhöht?

Die Unfallrente erhöht sich jährlich jeweils zum 1.1. des Jahres, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Unfalltag folgenden Jahres, um den vereinbarten Prozentsatz (Dynamisierung). Diesen entnehmen Sie der Police.

Die jährliche Erhöhung wird letztmalig zum 1.1. des Jahres, in dem die Unfallrente zum dreißigsten Mal erhöht wird, vorgenommen.

Artikel 10 - Taggeld

1. Für wen kann Taggeld versichert werden?

Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung ausüben.

2. Wann und für welche Dauer wird Taggeld gezahlt?

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seiner ausgeübten Erwerbstätigkeit, für die Dauer der ärztlichen Heilbehandlung gezahlt.

2.1. Variante A

Taggeld wird für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2.2. Variante B

Taggeld wird für längstens 28 Tage pro Versicherungsfall (Unfall) innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

3. Wann ist Versicherungsschutz für Taggeld nicht gegeben?

Übt der Versicherte zum Unfallzeitpunkt keine Erwerbstätigkeit im Beruf oder der Beschäftigung aus, ist der Versicherungsschutz für die Leistungsart Taggeld nicht gegeben. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder Hausmänner, im Mutterschutz befindliche Frauen, karentierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.

Artikel 11 - Spitalgeld

1. Wann und für welche Dauer wird Spitalgeld gezahlt?

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

2. Was gilt als Krankenhaus?

Als Krankenhäuser gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger und Heereskrankenanstalten.

Nicht als Krankenhäuser gelten Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie chronisch Erkrankte, Krankenanstalten die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind, Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres, Anstalten für Alkohol- und Drogenabhängige, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

3. Was gilt als stationärer Krankenhausaufenthalt?

Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

4. Welche Zusatzleistung ist für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mitversichert, wenn für diese die Leistungsart Spitalgeld abgeschlossen wurde?

Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes/ Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr infolge Unfall und Krankheit werden die täglichen Kosten für eine Begleitperson in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses übernommen.

Artikel 12 - Unfallkosten

1. In welcher Höhe und in welchem Zeitraum werden Unfallkosten ersetzt?

Bis zur Höhe der hiefür vereinbarten Versicherungssumme werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

2. Was sind Unfallkosten?

Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren.

Ersetzt werden:

2.1.1. **Kosten für stationäre Heilbehandlung**

Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

2.1.2. **Kosten für Heilbehandlung durch Arzt, Facharzt oder Zahnarzt**

Für Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination oder Krankenhaus) und Hausbesuche, diagnostische Strahlentherapie, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG, Computer- und Kernspintomographie und operative, ambulante Heilbehandlungen.

2.1.3. **Kosten für ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen**

Akupunkturbehandlung, Chirotherapie, Bioresonanztherapie, Neuraltherapie.

2.1.4. **Kosten für physiotherapeutische Behandlungen außerhalb eines Kuraufenthaltes**

2.1.5. **Kosten für die erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer nach ärztlichem Ermessen erforderlicher, erstmaliger Anschaffungen, sofern sowohl das Unfallgeschehen als auch die ärztliche Behandlung hinreichend ärztlich dokumentiert sind.**

Wenn die Beschaffung eines Zahnersatzes bei Kindern innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag an gerechnet, aus medizinischen Gründen nicht vorgenommen werden kann, wird nach Ablauf von 4 Jahren eine Leistung in Höhe von 50 % eines von einem Facharzt für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde bzw. Kieferchirurgie erstellten Kostenvorschlages erbracht, maximal bis zu der für Unfallkosten versicherten Summe.

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstige künftige Behelfe sind nur unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:

- die Beschädigung muss in unmittelbarem Zusammenhang mit einem gleichzeitig eintretenden versicherten Ereignis stehen, bei dem eine Körperverletzung eintritt, die eine ärztliche Behandlung bzw. Versorgung erfordert.
- Der Versicherte muss dem Versicherer eine schriftliche Bestätigung des Arztes (Spitals) überbringen, von welchem die Unfallfolgen behandelt bzw. medizinisch versorgt wurden.
- Der Kostenersatz wird bis zum ursprünglichen Wertausmaß im Rahmen der vereinbarten Summe für Unfallkosten geleistet, d.h. gleiche Qualität und Ausstattungskategorie wie vor dem Unfall.

Für die unter Artikel 12, Punkt 2.1.3. und 2.1.4. angeführten Behandlungen werden Kosten nur dann ersetzt, wenn die Behandlungen von einem Arzt oder Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können (Heilpraktiker, Sportwissenschaftler), durchgeführt werden.

Nicht ersetzt werden:

Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, Rezeptgebühren, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

2.2. Bergungskosten

2.2.1. Wann werden Bergungskosten ersetzt?

Bergungskosten werden ersetzt, 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.

2.2.2. Was sind Bergungskosten?

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.

2.3. Transportkosten

Transportkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletzentransportes des außerhalb seines Wohnortes verunfallten Versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zum seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

2.4. Kostenersatz für kosmetische Operationen

Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist und unterzieht sich die versicherte Person zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels einer kosmetischen Operation, dann übernimmt der Versicherer die durch eine Operation und der ärztlichen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten sofern sie innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag anfallen.

2.5. Weltweite Kostendeckung für stationäre Heilbehandlung

Wenn nach einem Unfall die Notwendigkeit einer stationären Heilbehandlung in einem ausländischen Krankenhaus (siehe Artikel 11, Punkt 2 - 3, Spitalgeld) besteht, die aufgrund des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Wissenschaft in Österreich nicht möglich ist, werden weltweit die vollen Kosten dafür übernommen. Es werden auch die Aufwendungen für die Hin- und Rückreise ersetzt. Diese Leistungen werden nur erbracht, wenn sie vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert werden.

Artikel 13 - Soforthilfe

1. Welche Leistung wird aus der Soforthilfe erbracht?

1.1. Für einen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthalt gelangt der dafür vereinbarte Betrag pro Versicherungsfall (Unfall) einmalig zur Auszahlung.

1.2. Für einen oder mehrere durch einen Unfall erlittene Knochenbrüche, die keinen stationären Krankenhausaufenthalt notwendig machen, gelangt der dafür vereinbarte Betrag zur Auszahlung. Wird aufgrund dieses Unfalles innerhalb eines Jahres ein stationärer Krankenhausaufenthalt notwendig, wird nur mehr die Differenz auf die Leistung nach Artikel 13, Punkt 1.1. erbracht.

2. Was gilt als Krankenhaus und was gilt als stationärer Krankenhausaufenthalt?

Siehe Artikel 11, Punkt 2 und 3 - Spitalgeld

3. Welche Belege müssen vorgelegt werden bzw. innerhalb welchen Zeitraumes muss die Leistung beansprucht werden?

Für Leistungen aus der Soforthilfe ist die Aufenthaltsbestätigung mit Angabe der Diagnose spätestens 3 Monate nach Beendigung des notwendigen stationären Aufenthaltes bzw. die ärztliche Diagnosebestätigung bei nicht stationär behandelten Knochenbrüchen 3 Monate nach dem Unfalltag einzureichen.

Artikel 14 - Reise- und Rückhol Assistance

1. Was gilt als Versicherungsfall, wann besteht kein Versicherungsschutz und wann werden Kosten bei Bestehen anderer Versicherungen getragen?

1.1. Was gilt als Versicherungsfall?

- Der Rücktransport von erkrankten oder verunfallten Versicherten,
- die medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland,
- die Überführung Verstorbener nach Österreich,
- die Bergung eines Verunfallten durch einen Rettungshubschrauber.

1.2. Wann besteht kein Versicherungsschutz?

Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde. Weiters besteht bei Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Montagearbeiten und dergleichen, für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen) kein Versicherungsschutz.

Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.

1.3. Wann werden die Kosten bei Bestehen anderer Versicherungen getragen?

In jedem Fall werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Kosten des Rücktransportes aus dem Ausland, besteht Versicherungsschutz im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen nur insoweit, als die Kosten durch diese Dritten nicht übernommen werden.

2. Rücktransport von Verunfallten und Erkrankten aus dem Ausland

2.1. Welche Leistungen werden erbracht und wann besteht ein Leistungsanspruch?

Ersetzt werden die Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland, wenn dieser medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist oder wenn ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, sowie einer dem Versicherten nahe stehenden Begleitperson (Ehegatte, Elternteil, Kind).

Ein Leistungsanspruch ist nur dann gegeben, wenn die Organisation oder Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland durch den Versicherer bzw. durch ein vom Versicherer beauftragtes Unternehmen erfolgt.

2.2. Wie hat die Antragstellung auf Rücktransport zu erfolgen?

Der Antrag auf Durchführung eines Rücktransportes im Sinne dieser Versicherungsbedingungen hat durch den behandelnden Arzt des im Ausland verunfallten oder erkrankten Versicherten, durch den verunfallten oder erkrankten Versicherten selbst oder durch einen seiner Angehörigen zu erfolgen. Dieser Antrag ist an den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen zu richten (siehe Versicherungs-Card). Der Antrag auf Durchführung des Rücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsvertrag erfolgen und muss folgende Angaben enthalten:

- 2.2.1. Versicherungsnummer des Versicherten bei der Merkur Versicherung Aktiengesellschaft
- 2.2.2. Name, Geburtsdatum und ordentlicher Wohnsitz des Versicherten
- 2.2.3. Name, Ort und Telefonnummer des Krankenhauses, in dem sich der Versicherte befindet, sowie Name, Erreichbarkeit und Verständigungssprache des behandelnden Arztes
- 2.2.4. Art der Erkrankung oder des Unfalles und gegenwärtiger Krankheitszustand des Versicherten
- 2.2.5. Angaben über die Kontaktperson im Ausland (Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail Adresse, Name des Hotels).

2.3. Wer entscheidet über den Rücktransport und wie erfolgt dieser?

Nach den Angaben unter Artikel 14, Punkt 2.2. hat der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zu entscheiden. Sie haben den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz nach diesen Versicherungsbedingungen besteht und die Voraussetzung für den Rücktransport aus dem Ausland gemäß Artikel 14, Punkt 2.1. nicht vorliegen.

Besteht Versicherungsschutz für den Rücktransport aus dem Ausland, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).

2.4. Welche Zusatzleistungen zahlt der Versicherer für die Inanspruchnahme einer Besuchsreise zum verunfallten oder erkrankten Versicherten ins Ausland?

2.4.1. Ist ein Krankenhausaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als 14 Tagen zu erwarten und erfolgt kein Rücktransport des Versicherten, ersetzt der Versicherer die Kosten einer Besuchsreise einer dem Verunfallten (Erkrankten) nahe stehenden und von diesem gewünschten volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufent-

haltes und von dort zurück zum Wohnort mittels eines angemessenen Transportmittels. Die Kosten werden nur dann ersetzt, wenn die Besuchsreise vom Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird. Für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch keine Kosten ersetzt.

- 2.4.2. Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Rücktransport im Sinne des Artikel 14, Punkt 2.1. oder ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Verunfallten (Erkrankten) oder der Organisation des Rücktransportes erforderlich ist.

Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.

- 2.4.3. Versicherungsschutz für diese Zusatzleistung ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Besuchsreise gemäß Artikel 14, Punkt 2.4.1., die Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Artikel 14, Punkt 2.4.2. durch den Versicherer bzw. von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen erfolgt.

3. Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland

- 3.1. Welche Kosten werden für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung bei einer Reise ins Ausland oder einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland ersetzt?

3.1.1. Für medizinisch notwendige ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % dieser Kosten pro Versicherungsfall bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag vergütet.

3.1.2. Für Zahnbehandlungen, Zahnrontgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen wird jedoch nicht geleistet.

4. Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten

- 4.1. Welche Kosten werden für die Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten in seinen Heimatort ersetzt und unter welchen Voraussetzungen werden diese Kosten ersetzt?

4.1.1. Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die von ihm bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.

4.1.2. Wird die Hilfe des Versicherers bzw. der vom Versicherer bestimmten Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag vergütet.

5. Bergung eines Verunfallten durch einen Rettungshubschrauber

- 5.1. Welche Kosten werden bei Bergung eines verunglückten Versicherten durch einen Rettungshubschrauber ersetzt?

5.1.1. Ersetzt werden die Kosten, die bei der Bergung eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder in Wassernot geratenen Versicherten bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag, entstehen.

5.1.2. Ein Leistungsanspruch besteht nur dann, wenn ein Einsatz aus medizinischen Gründen die einzig mögliche Rettungsvariante darstellt.

5.1.3. Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungsberichtes nachzuweisen.

Artikel 15 - Was zahlt der Versicherer zusätzlich?

Zusatzleistungen

1. Welche Zusatzleistung beinhaltet eine Kinder-, Jugend- und Erwachsenenunfallversicherung?

Ein als Kinder- oder Jugend- und Erwachsenenunfallversicherung mit der Leistungsart Dauernde Invalidität abgeschlossener Vertrag beinhaltet folgende Zusatzleistung:

1.1. Unfall-Nachsorge

Eine Unfallversicherung beinhaltet ein Unfall-Nachsorge Paket. Aus diesem Paket werden folgende Leistungen erbracht:

1.1.1. Hauspflege nach einem Unfall

Es werden die Kosten für eine Hauspflege nach einem Unfall ersetzt, wenn diese durch diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, PflegehelferInnen oder HeimhelferInnen durchgeführt wird. Die Hauspflege umfasst die Grundpflege, das ist der Ausgleich der Defizite bei jenen Bedürfnissen, die der Patient alleine nicht imstande ist durchzuführen (Körperpflege, Sorge um die richtige Ernährung und Flüssigkeitszufuhr usw.).

Weiters Hilfe bei der Organisation der Aktivitäten des täglichen Lebensablaufes und Beschaffung des täglichen Lebensbedarfes (z.B. Einkaufen). Die Durchführung dieser Tätigkeiten muss durch öffentlich anerkannte Stellen erfolgen und die Kosten werden für max. 6 Wochen bis zu dem in Ihrer Police angeführten Höchstbetrag übernommen.

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch aus der Hauspflege ist, dass sich der Versicherte unmittelbar nach dem Unfall mindestens 24 Stunden in ununterbrochener stationärer Krankenhausbehandlung befinden hat.

- 1.1.2. Kosten für psychotherapeutische und psychologische Beratung nach Unfällen und für Verbrechenopfer

Ersetzt werden Kosten für psychotherapeutische und psychologische Beratung zur Beseitigung seelischer Probleme, sowie Beratungen zum Zwecke der Lebensplanung nach einem Unfall bzw. nach einem Verbrechen bis zu dem in der Police angeführten Höchstbetrag

Voraussetzung für einen Leistungsanspruch ist, dass beim Versicherten aufgrund eines Unfalles eine dauernde Invalidität zurückbleibt bzw. der Versicherte einem Verbrechen zum Opfer gefallen ist (Verbrechen muss polizeibehördlich dokumentiert sein).

2. Welche Zusatzleistungen werden zu den vertraglich vereinbarten Leistungen noch erbracht?

2.1. Herzinfarkt

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines Herzinfarktes erleidet. Ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

2.2. Schlaganfall

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge eines ihn treffenden Schlaganfalles erleidet. Ein Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge.

2.3. Bewusstseinsstörung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die der Versicherte infolge einer Bewusstseinsstörung (ausgenommen infolge Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten) erleidet.

Eine Bewusstseinsstörung durch Alkoholisierung liegt nicht vor:

- beim Führen eines motorisierten Fahrzeuges zu Land, Wasser und Luft bis zu 0,8 Promille

- bei sonstigen Unfällen bis zu 1,3 Promille

2.4. Kinderlähmung und Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn 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 oder Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit zu Rate gezogen wurde.

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 60.000,00 begrenzt.

2.5. Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen

Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen sind mitversichert.

2.6. Verschlucken bei Kindern

Das Verschlucken von festen und flüssigen Stoffen und Kleinteilen gilt bei Kindern bis zum 12. Lebensjahr als Unfall.

2.7. Röntgenstrahlen

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind Gesundheitsschädigungen durch Röntgenstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen, die sich als Unfälle im Sinne des Artikel 6 dieser Bedingungen darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Röntgenschäden, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit Röntgenapparaten darstellen und Berufskrankheiten sind.

2.8. Insektenstiche und Schlangenbisse

Die Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie von Schlangenbissen gelten als Unfälle im Sinne des Artikel 6 dieser Bedingungen.

2.9. Lebensmittelvergiftung

Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen gelten als Unfälle im Sinne dieser Bedingungen.

3. Prämienfreie Zusatzleistungen, sofern die Leistungsart Unfallkosten mitversichert ist

- 3.1. Bergungs- und Hubschrauberrettungskosten im Sinne des Artikel 12, Punkt 2.2. und Artikel 14, Punkt 5.

EUR 7.500,00

- 3.2. Transportkosten im Sinne des Artikel 12, Punkt 2.3.

- 3.3. Air Ambulance Nottransportkosten

Für die Air Ambulance Nottransportkosten gelangt Art. 14, Punkt 2.1. bis 2.3. zur Anwendung. Diese Kosten werden aber nur übernommen, wenn es sich um einen Unfall und nicht eine Erkrankung handelt.

Kein Versicherungsschutz und keine Leistungspflicht des Versicherers ist gegeben bei Auslandsreisen mit dem Ziel von Expeditionen, extremen Bergfahrten, Unfällen, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grob fahrlässigen Handlungen haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch), bei Montagearbeiten und dergleichen, wenn der Versicherte einer dauernden Beschäftigung im Ausland nachgeht oder im Ausland seinen dauernden Aufenthalt hat.

- 3.4. Kosmetische Operationen im Sinne des Artikel 12, Punkt 2.4.

EUR 7.500,00

4. Prämienzuschritt

Bei ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit einer in einem aufrechten Beschäftigungsverhältnis stehenden oder selbständig tätigen versicherten Person von mindestens 60 Werktagen infolge eines Unfalls wird die zum Unfallszeitpunkt gültige Nettojahresprämie refundiert.

5. Welche Kosten werden für Obliegenheiten übernommen?

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der im Artikel 24, Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Artikel 24, Punkt 2.4. - entstehen.

6. Tauchrisiko

- 6.1. Unfälle beim Tauchen bis zu einer Tauchtiefe von 30 Metern gelten als Unfall. Der Versicherungsschutz bestimmt sich wie folgt:

Als Unfälle gelten auch der Ertrinkungstod bzw. Erstickungstod unter Wasser sowie tauchtypische Gesundheitsschäden (wie z.B. Caisson-Krankheit und Trommelfellverletzung), ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, festgestellt werden kann.

Der Versicherungsschutz entfällt, wenn:

- die Bestimmungen über die Tauchausrüstung der Unfallverhütungsvorschriften "Taucherarbeiten" der Berufsgenossenschaft bzw. die Richtlinien für das sportliche Tauchen des Verbandes Österreichischer Sporttaucher nicht beachtet werden
 - ein Sauerstoffgerät benutzt wird (das gilt nicht für die Verwendung von Presslufttauchgeräten mit einem Gasgemisch entsprechend der atmosphärischen Luft)
 - nach explosiven Stoffen getaucht wird
 - für ein gewerbliches Unternehmen getaucht wird
 - der Tauchgang allein oder vorschriftswidrig ohne sachkundigen Begleiter ausgeführt wird.
- 6.2. Bei einer Tauchtiefe über 30 Meter bis 60 Meter besteht nur dann Versicherungsschutz im Rahmen der Regelungen des Punkt 6.1., wenn mit dem Versicherer eine gesonderte Vereinbarung geschlossen wurde.
- 6.3. Ausgeschlossen sind jedenfalls Apnoetauchen, Tauchrisiken über 60 Meter Tiefe, Höhlentauchen und Berufstauchen mit Sprengungen.

Artikel 16 - Wie sind die Versicherungssummen vom Alter des Versicherten abhängig?

Reduzierung der Versicherungssummen, Altersgrenzen

1. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Kinder?

Für einen als Kinderunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 15. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 50 %. Hat der Versicherte das 21. Lebensjahr vollendet, reduzieren sich die zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungssummen um 70 %. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Jugendliche bzw. Erwachsene beantragen.

2. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Jugendliche?

Für einen als Jugendunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 21. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Vertrag um 40 %. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Erwachsene beantragen.

3. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Erwachsene?

Für Erwachsene gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für den betreffenden Versicherten um 30 %. Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung in eine Unfallversicherung für Senioren beantragen.

Artikel 17 - Wann sind die Leistungen des Versicherers fällig, wann verjähren sie?

Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Wann ist die Leistung des Versicherers fällig? Welche Unterlagen hat der Anspruchs erhebende beizubringen?

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Einlangen der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens 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 vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte vom Versicherer Vorschüsse bis zur Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

2. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 19 - Wer kann nicht versichert werden?

Unversicherbare Personen

1. Unversicherbar und jedenfalls nicht versichert sind Personen, die dauernd vollständig arbeitsunfähig oder von schwerem Nervenleiden befallen sind, sowie Geistesranke. Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn dem Versicherten infolge Krankheit oder Gebrechens nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

Zu den schweren Nervenleiden zählen insbesondere Schäden, die eine starke körperliche Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der täglichen Verrichtungen des Lebens und der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen. Darunter fallen u.a. Stadien der Multiplen Sklerose, des Morbus Parkinson bzw. Zustand nach Schlaganfall mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, Epilepsie, Gewebeneubildung (Tumore) des zentralen Nervensystems, Polyneuropathie mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, schwere Verletzungen des Gehirns oder des Rückenmarks mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit. Zu den Geisteskranken zählen insbesondere manisch-depressive Psychosen, schizophrene und paranoide Störungen, Morbus Alzheimer und andere Demenzformen.

Unversicherbar sind Personen, die unter Morbus Bechterew und Aids leiden sowie Blinde und Taube.

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

Wenn der Versicherte während der Laufzeit des Versicherungsvertrages unversicherbar geworden ist, erlischt der Versicherungsschutz. Gleichzeitig endet der Vertrag für diesen Versicherten.

Artikel 20 - In welchen Fällen zahlt der Versicherer nicht?

Artikel 18 - In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

1. In welchen Fällen entscheidet die Ärztekommision und wer hat das Recht diese zu beantragen?

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 Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Artikel 7, Punkt 4 und Artikel 9, Punkt 2, entscheidet die Ärztekommision.

Die Entscheidung der Ärztekommision kann im Sinne des § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

In den nach Punkt 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten hat der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Mitteilung des Versicherers Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderungen gemäß Art. 17, Punkt 1 (Fälligkeit der Leistung) die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen; wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, sind diesbezüglich weitergehende Ansprüche ausgeschlossen. Auf die Rechtsfolge hat der Versicherer in seiner Entscheidung hinzuweisen.

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

2. Wie werden die Mitglieder der Ärztekommision bestimmt?

Für die Ärztekommision bestimmen Versicherer und Versicherungsnehmer je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser durch die österreichische Ärztekammer als Obmann 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 für den Wohnsitz des Versicherten zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

3. Welche Pflichten hat der Versicherte?

Der Versicherte ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

4. Wie fällt die Entscheidung der Ärztekommision?

Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden vom Versicherer verwahrt.

5. Wer trägt die Kosten des Verfahrens?

Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens vom Versicherer und Versicherungsnehmer zu tragen. Im Falle des Artikel 7, Punkt 4 bzw. Artikel 9 Punkt 2 trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, die der Versicherungsnehmer zu tragen hat, ist mit 10 % der für Tod (gemäß Artikel 8) und dauernde Invalidität (gemäß Artikel 7, Punkt 1) zusammen versicherten Summe oder mit dem 25-fachen der jeweiligen versicherten Monatsrente (gemäß Artikel 9) begrenzt.

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet, bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit, bei der Benützung von Raumfahrzeugen;
2. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Fahrzeuges an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörenden Trainingsfahrten beteiligt;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben im Rahmen der Sportausübung, sofern nicht aufgrund einer mit dem Versicherer geschlossenen besonderen Vereinbarung Versicherungsschutz besteht. Bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres genießen Kinder auch als Amateursportler Versicherungsschutz für derartige Wettbewerbe, sofern es sich nicht um in Art. 20, Punkt 2 sowie 10 bis 12 angeführte Sportarten handelt.

Die besondere Vereinbarung ist dann notwendig, wenn alle nachstehenden Voraussetzungen gegeben sind:

- ein Landes- bzw. Bundesbewerb ist dann gegeben, wenn die Veranstaltung eine offizielle Meisterschaft (Wettbewerb) des Verbandes der jeweiligen Sportart ist.
- eine Teilnahme ab der höchsten Spielklasse des Landesverbandes vorliegt.
- wenn eine Entgeltzahlung bzw. Startgeldzahlung (nicht jedoch Spensersatz- oder Preisgeldleistung) erfolgt.

4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

5. 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 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.

6. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

7. 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

verursacht werden, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;

8. die die versicherte Person infolge einer "Bewusstseinsstörung" oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol (sofern nicht die Voraussetzungen des Artikel 15, Punkt 2.3. vorliegen), 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 diesem Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren;

10. die der Versicherte bei der Ausübung der Sportarten Freeclimbing, Freeriding, Downhill-Mountainbiken, Bergsteigen/ Klettern über Schwierigkeitsgrad VI und/oder über 7000 Höhenmeter, Houserrunning, Kampfsportarten mit ausgeprägtem Körperkontakt (Fullkontakt-Karate, Boxen, Kickboxen u.ä.) bzw. der Teilnahme an Expeditionen erleidet;

11. die der Versicherte in seiner Eigenschaft als Berufssportler (das sind Personen, die aus der Sportausübung ihr überwiegendes Einkommen erzielen) erleidet, des weiteren als Sportler in den obersten zwei Spielklassen (z.B. Fußball, Eishockey, Handball, American Football, Rugby), Kaderschläufer (versichert bleiben nur Kinder bis zum 12. Lebensjahr) im ÖSV oder vergleichbaren Länderorganisationen (Schifahren, Snowboarden, Biathlon, Schilanglauf, Schispringen u.ä.) erleidet. Nicht versichert ist Tauchen über 60 Meter Tiefe, Apnoetauchen, Höhlentauchen und Berufstauchen mit Sprengungen.

12. Die nachstehenden Sportarten sind nur dann in den Versicherungsschutz einbezogen, wenn mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung geschlossen wurde:

- Bergsteigen/ Klettern mit Schwierigkeitsgrad V bis VI
- Kitesurfen
- Canyoning
- Tauchen über 30 Meter Tiefe bis 60 Meter Tiefe
- Bungeejumping
- Flugsport mit nicht motorisch angetriebenen Luftfahrzeugen und Luftfahrgeräten (Hängegleiten, Gleitschirm, Fallschirmspringen, Drachenfiegen, Paragleiten, Ballonfahren, Segelfliegen).

Ohne besondere Vereinbarung gelten nachstehende Sondersportarten ausschließlich für die Leistungsarten Unfalltod und dauernde Invaliddität und zwar mit der Versicherungssumme der Grundleistung, sofern diese abgeschlossen wurde, jedoch maximiert mit EUR 150.000,00 für Unfalltod und EUR 55.000,00 für Unfallinvalidität Variante A versichert:

- Bergsteigen/ Klettern mit Schwierigkeitsgrad III bis IV
- Indoorklettern

- Rafting

Darüber hinaus gelten ohne besondere Vereinbarung folgende Sondersportarten ausschließlich für die Leistungsarten Unfalltod und dauernde Invaliddität und zwar mit der Versicherungssumme der Grundleistung, sofern diese abgeschlossen wurde, jedoch maximiert mit EUR 150.000,00 für Unfalltod und EUR 55.000,00 für Unfallinvalidität Variante A versichert, wenn es sich nachweislich um die einmalige Ausübung der nachstehenden Sportarten handelt (z.B. im Urlaub, als Geschenk):

- Tandemspringen
- Ballonfahren als Begleitperson/ Mitfahrer, nicht jedoch als Ballonführer
- Parasailing

Artikel 21 - Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird 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, Punkt 2 bemessen.

3. Leistungskürzung bei Vorerkrankungen oder Gebrechen

- 3.1. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist

- im Falle von dauernder Invalidität (gemäß Artikel 7, Punkt 1) der Invaliditätsgrad,
- bei Taggeld und Spitalgeld die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage,
- bei den sonstigen Versicherungsleistungen lt. Abschnitt B (ausgenommen bei Leistungen für die Unfall-Invaliditäts-Rente (Artikel 9, Punkt 1))

die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mit verursacht worden ist.

- 3.2. Für die Unfall-Invaliditäts-Rente gemäß Artikel 9, Punkt 1 gelten folgende Bestimmungen:

Haben Krankheiten oder Gebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen.

Eine Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente erfolgt somit nur unter der Voraussetzung, dass die unfallkausalen Folgen zu einem Invaliditätsgrad von 50 % oder mehr geführt haben.

- 3.3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

- 3.4. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

- 3.5. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

- 3.6. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird eine Leistung nur dann erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht, und diese Verletzung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist.

Abschnitt D:

Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 22 - Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Prämie

Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer 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 ff VersVG, Prämienzahlungsverzug.

Artikel 23 - Was ist bei Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten zu beachten?

Anzeige der Änderung, Aufnahme bzw. Beendigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten des Versicherten

Als Obliegenheit gemäß § 6, Abs. 1(a) und 2 VersVG hat der Versicherungsnehmer folgenden anzuzeigen:

1. Veränderungen der im Antrag angegebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag angegebender 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 des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

- Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab welchem dem Versicherer 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 inzwischen Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.

- Für die Aufnahme besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten oder wenn der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz bietet, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

2. Die Beendigung des im Antrag angegebenen Berufes oder der im Antrag angegebenen Beschäftigung des Versicherten, insbesondere Karenzierung, Arbeitslosigkeit und Pension, sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Artikel 24 - Was ist vor Eintritt, was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Obliegenheiten

1. **Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:**

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6, Abs. 1(a) und 2 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

- 1.1. Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftrechtliche Berechtigung zu besitzen, die für das Lenken dieses Fahrzeuges oder eines typengleichen Fahrzeuges vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

- 1.2. Die Anzeigepflicht gemäß Artikel 23.
- 2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:**
- Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6, Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
- 2.1. **Der Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.**
- 2.2. **Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.**
- 2.3. Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.
- 2.4. **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 Sachverhalts beizutragen.
- 2.5. Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
- 2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG zu erteilen.
- 2.8. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Krankenhaus (Artikel 11, Punkt 2) eingewiesen wurde, nach der Entlassung aus dem Krankenhaus eine Bescheinigung der Krankenhausverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Krankenhaus und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.
- 2.10. Ist auch Taggeld versichert, so ist dem Versicherer bei Bestehen einer gesetzlichen Pflichtversicherung die Krankenstandsbestätigung bzw. in allen anderen Fällen eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit, sowie über den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten einzusenden.
- 2.11. Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente ist dem Versicherer die im Artikel 9, Punkt 6 genannte Bescheinigung vorzulegen.
- 2.12. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.
- 2.13. Ist die Leistungsart Soforthilfe versichert, so ist dem Versicherer die Aufenthaltsbestätigung mit Angabe der Diagnose bzw. eine ärztliche Diagnosebestätigung mit Vor- und Zunamen und Geburtsdatum des Versicherten einzusenden.

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 25 - Was gilt als Versicherungsperiode?

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode
- Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Vertragsdauer
- Trägt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens gehört (Verbraucherverträge), hat der Versicherer vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung besonders hinzuweisen. Trägt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 26 - Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles:
- 1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat oder der Versicherungsnehmer den Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.
- Die Kündigung ist innerhalb eines Monats
- nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung vom Versicherer vorzunehmen.
- Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.
- 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer in den in 1.1. genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung abgelehnt oder ihre Anerkennung verzögert hat. Weiters kann der Versicherungsnehmer nach Entscheidung der Ärztekommision bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.
- In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats
- nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 17, Fälligkeit der Leistung) der Versicherungsleistung;
 - nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 18, Ärztekommision);
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht vorzunehmen.
- Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
- 1.3. Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben oder unversicherbar geworden ist (Artikel 19, Unversicherbare Personen), so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die vereinbarte Vertragszeit eine Ermäßigung der Prämie gewährt, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum abgeschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

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

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer 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 sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.
- Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadensminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

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

Gerichtsstand

Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland (Österreich) haben.

Der Versicherer kann Klagen gegen den Versicherungsnehmer bei dem für seinen Wohnsitz zuständigen Gericht gemäß § 14 KSchG erheben.

Artikel 29 - Wie sind Erklärungen abzugeben?

Form der Erklärungen

Alle Erklärungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und beim Versicherer eingelangt sind. Die Erklärungen des Versicherers erfolgen ebenfalls schriftlich.

Artikel 30 - Welches Recht wird angewandt?

Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht. Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes.

Abschnitt F:

Besondere Bedingungen für die Familienunfallversicherung

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2008) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Im Rahmen der Familienunfallversicherung sind neben den zwei Partnern alle mit diesen im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versichert. Darüber hinaus bleiben diese bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mitversichert, solange sie keinen eigenen Haushalt führen und

über kein eigenes regelmäßiges Einkommen verfügen (ein Stipendium gilt nicht als regelmäßiges Einkommen); sofern es sich bei diesen Kindern um Schüler, Lehrlinge oder Studenten handelt, die ein regelmäßiges Einkommen beziehen, bleiben sie darüber hinaus selbst dann, wenn sie nicht im gemeinsamen Haushalt des Versicherungsnehmers leben, mitversichert, solange die Eltern für diese Kinder Familienbeihilfe beziehen.

Mit der Erreichung der Altersgrenze für die Mitversicherung oder des Wegfalls der Voraussetzungen für die Mitversicherung erlischt der Versicherungsschutz für die Kinder und Jugendlichen automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mitversichert sind die Kinder und Jugendlichen nur, wenn sie dem Versicherer mit Namen, Geburtsdatum und Art der Beschäftigung bekannt gegeben werden bzw. für die Dauer von 6 Monaten nach der Geburt.

2. Abweichend von Artikel 16 der AUVB 2008 findet die Reduzierung der Versicherungssummen bei Kindern und Jugendlichen nicht statt.

3. Falls im Vertrag keine Vereinbarung über die Bezugsberechtigung im Falle des Unfalldes getroffen wurde, ist zum Empfang der Unfalltodleistung berechtigt:
 3.1. der Partner - die gesetzlichen Erben.
 3.2. der Kinder und Jugendlichen - die gesetzlichen Erben, jedoch bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres der Überbringer der Begräbniskostenrechnung.

**Abschnitt G:
 Besondere Bedingungen für die Alleinerzieherunfallversicherung**

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2008) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Im Rahmen der Alleinerzieherunfallversicherung sind eine erwachsene Person und alle mit dieser im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres versichert. Darüber hinaus bleiben diese bis zum vollendeten 25. Lebensjahr mitversichert, solange sie keinen eigenen Haushalt führen und über kein eigenes regelmäßiges Einkommen verfügen (ein Stipendium gilt nicht als regelmäßiges Einkommen); sofern es sich bei diesen Kindern um Schüler, Lehrlinge oder Studenten handelt, die ein regelmäßiges Einkommen beziehen, bleiben sie darüber hinaus selbst dann, wenn sie nicht im gemeinsamen Haushalt des Versicherungsnehmers leben, mitversichert, solange die Eltern für diese Kinder Familienbeihilfe beziehen.

sichert sind die Kinder und Jugendlichen nur, wenn sie dem Versicherer mit Namen, Geburtsdatum und Art der Beschäftigung bekannt gegeben werden bzw. für die Dauer von 6 Monaten nach der Geburt.

2. Abweichend von Artikel 16 der AUVB 2008 findet die Reduzierung der Versicherungssummen bei Kindern und Jugendlichen nicht statt.
 3. Falls im Vertrag keine Vereinbarung über die Bezugsberechtigung im Falle des Unfalldes getroffen wurde, ist zum Empfang der Unfalltodleistung berechtigt:
 3.1. des Versicherungsnehmers - die gesetzlichen Erben.
 3.2. der Kinder und Jugendlichen - die gesetzlichen Erben, jedoch bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres der Überbringer der Begräbniskostenrechnung.

Mit der Erreichung der Altersgrenze für die Mitversicherung oder des Wegfalls der Voraussetzungen für die Mitversicherung erlischt der Versicherungsschutz für die Kinder und Jugendlichen automatisch, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Mitver-

**Abschnitt H:
 Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung**

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2008) finden insoweit Anwendung, als in den Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. **Versicherungsformen**
 Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv- Unfallversicherung
 - ohne Namensangabe
 - mit Namensangabe der Versicherten.

2. **Gemeinsame Bestimmungen**

2.1. **Versicherungssummen**
 Vereinbart sind fixe Versicherungssummen.

2.2. **Kumulrisiko**
 Sind durch ein Unfallereignis mehrere versicherte Personen betroffen, so gilt ein Betrag von EUR 2.200.000,00 als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.
 Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von EUR 2.200.000,00, so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

2.3. **Erlöschen des Versicherungsschutzes**
 Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages 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 Personen**
 Versichert, soweit gemäß Artikel 19 AUVB versicherbar, 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**

3.2.1. 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 entsprechen-

den Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage des Versicherers nachzukommen.

Der Versicherer hat nach Empfang der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

3.2.2. Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so hat der Versicherer die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, soviel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, anderenfalls soviel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie, gemacht, so hat der Versicherer den etwa zuviel gezahlten Betrag rückzuerstatten.

3.2.3. **Einblicksrecht des Versicherers**
 Der Versicherer hat 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**

4.1. **Versicherte Personen**

Versichert, soweit gemäß Artikel 19 AUVB versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.

4.2. **An- und Abmeldung**

Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft. Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.

**Abschnitt I:
 Besondere Bedingungen für die Unfallversicherung für Gesundheitsberufe mit verbesserter Gliedertaxe**

(sofern gemäß Polizza eine "Gesundheitsberufe-Unfallversicherung" abgeschlossen wurde)

Als Gesundheitsberufe gelten nur Ärzte, Tierärzte, Dentisten, Zahntechniker, Krankenpfleger, Hebammen, Heilgymnastiker, Logopäden, Heilmasseure, Psychologen, Sportwissenschaftler und Therapeuten jeder Art, außer es wurde in der Polizza eine andere Vereinbarung getroffen.

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2008) finden insoweit Anwendung, als in diesen Besonderen Bedingungen keine Sonderregelungen getroffen sind.

1. Für die einen Gesundheitsberuf ausübende versicherte Person bemisst sich die Leistung für dauernde Invalidität analog zu Artikel 7 der AUVB, jedoch gilt anstelle der unter Punkt 2.1. entsprechend angeführten Invaliditätsgrade folgende verbesserte Gliedertaxe bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

der Sehkraft eines Auges	70 %
eines Armes oder einer Hand	100 %
für Finger der Gebrauchshand:	
eines Daumens	70 %
eines Zeigefingers	70 %
eines Mittelfingers	70 %
eines Ringfingers	30 %
eines kleinen Fingers	20 %
der Finger der Gegenhand:	
eines Daumens	60 %
eines Zeigefingers	60 %

eines Mittelfingers	40 %
eines Ringfingers	10 %
eines kleinen Fingers	5 %

Für die Bemessung der Invaliditätsleistung gelten folgende Bestimmungen:

1.1. **Variante A**

	Invaliditätsgrad	Leistung
Von	0,1 % bis 50 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
Über	50,0 % bis 100 %	Leistung für den 50 % übersteigenden Teil wird vervierfacht

1.2. **Variante B**

	Invaliditätsgrad	Leistung
Von	0,1 % bis 25 %	aufgrund der halben für Invalidität versicherten Summe
Über	25,0 % bis 50 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
Über	50,0 % bis 100 %	Leistung für den 50 % übersteigenden Teil wird vervierfacht

1.3. Variante S

	Invaliditätsgrad		Leistung	
Von	0,1 %	bis	9,99 %	Pauschalleistung für die in Art. 7, Punkt 5.3.3. bis 5.3.5. geregelten Verletzungen
Von	10,0 %	bis	50,00 %	aufgrund der einfachen für Invalidität versicherten Summe
Über	50,0 %	bis	100,00 %	Leistung für den 50 % übersteigenden Teil wird vervierfacht

1.4. Sollte sich ohne Berücksichtigung der verbesserten Gliedertaxe eine höhere Entschädigungsleistung ergeben, so gelangt diese zur Anwendung.

1.5. Die Leistungsweiterungen aufgrund der verbesserten Gliedertaxe haben nur Gültigkeit, solange die versicherte Person den Gesundheitsberuf tatsächlich ausübt.

1.6. Die verbesserte Gliedertaxe gilt für die Bemessung der Unfallinvaliditätsrente (Art. 9 der AUVB) in keinem Fall. Falls im Vertrag Sondergefahren wie z.B. aus dem Bereich Sportrisiken versichert sind, findet die verbesserte Gliedertaxe für Leistungen aus der dauernden Invalidität, wenn durch das Unfallereignis eben diese versicherte Sondergefahren ersatzpflichtig werden, keine Anwendung.

2. Für die einen Gesundheitsberuf ausübende Person ist das Infektionsrisiko mitversichert. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle im Sinne dieser Bestimmung gelten auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass es sich um die Folge eines Unfallereignisses (Stich, Schnitt, Spritzen auf Konjunktiven und Schleimhäute) handelt. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht. Das Aidsrisiko, Hepatitis C und Unfallfolgen im unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Ereignissen, die genetische Schäden zur Folge haben, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist die Einhaltung der für den Beruf geltenden Schutzvorschriften (z.B. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz u.ä.).
3. Die Bestimmungen des Abschnittes F und G finden auf die Gesundheitsberufe-Familien- und Gesundheitsberufe-Alleinerzieher-Unfallversicherung Anwendung. Die Leistungsverbesserungen aus der verbesserten Gliedertaxe und die Deckungsweiterung für das Infektionsrisiko haben in der Familienversicherung für die beiden versicherten erwachsenen Personen, die einen Gesundheitsberuf ausüben, für die Dauer der Ausübung dieser Tätigkeit, in der Alleinerzieherversicherung für den versicherten Erwachsenen, der einen Gesundheitsberuf ausübt, für die Dauer des Ausübens dieser Tätigkeit, Gültigkeit, nicht aber für weitere mitversicherte Personen.