



BEDINGUNGEN für die Unfallversicherung (UVB 2012)

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft abschließt.

Versicherter (versicherte Person) ist die Person, für welche die Leistungen nach Abschnitt B versichert werden können.

Bezugsberechtigter (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang einer bestimmten Leistung benannt ist.

Versicherer ist die Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft mit dem Sitz in A-5033 Salzburg, Alpenstraße 61, FN 34521 t, Landes- als Handelsgericht Salzburg, DVR: 0035793.

U 114/V01

Seite 2 von 23

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz	3
Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung.....	3
Artikel A.2 Versicherungsfall.....	3
Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich	3
Artikel A.4 Zeitlicher Geltungsbereich.....	3
Artikel A.5 Beginn des Versicherungsschutzes, kostenloser Sofortschutz, vorläufige Deckung.....	3
Artikel A.6 Begriff des Unfalles.....	3
Abschnitt B: Versicherbare Leistungen	4
Artikel B.1 Unfallinvalidität	4
Artikel B.2 Unfallinvalidität mit Progression	5
Artikel B.2.1 Unfallinvalidität mit Progression 300 %.....	5
Artikel B.2.2 Unfallinvalidität mit Progression 500 % Medium	6
Artikel B.2.3 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 10 %.....	7
Artikel B.2.4 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP	7
Artikel B.2.5 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP ab 10 %.....	8
Artikel B.2.6 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP	8
Artikel B.3 Unfallinvaliditätspension 35/50	9
Artikel B.4 Unfall-Pflegerente	9
Artikel B.5 Unfalltod	10
Artikel B.6 Unfalltagegeld	10
Artikel B.7 Unfallspitalgeld	10
Artikel B.8 Heilkosten	10
Artikel B.9 Heilkosten PLUS.....	10
Artikel B.10 Unfallkosten.....	11
Artikel B.11 Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS.....	11
Artikel B.12 Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen	14
Artikel B.13 Genesungsgeld	15
Artikel B.14 Knochenbruchpauschale	15
Artikel B.15 Unfallpauschale	15
Artikel B.16 Zusatzleistungen	15
Artikel B.17 Sportpakete	15
Artikel B.18 Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung.....	17
Artikel B.19 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)	18
Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes	18
Artikel C.1 Ausschlüsse.....	18
Artikel C.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.....	18
Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers	19
Artikel D.1 Beitrag	19
Artikel D.2 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten	20
Artikel D.3 Obliegenheiten.....	20
Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages	21
Artikel E.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Altersgrenzen.....	21
Artikel E.2 Kündigung, Erlöschen des Vertrages	21
Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen	22
Artikel F.1 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen	22
Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand	22
Artikel F.3 Form von Willenserklärungen und Anzeigen	22
Artikel F.4 Gebühren, Mehraufwendungen	22
Artikel F.5 Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde	23

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall (Art A.6) zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Versicherungsurkunde ist ersichtlich, welche Leistung(sart)en und Versicherungssummen auf Grund des Antrages versichert sind.

Artikel A.2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. A.6).

Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel A.4 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel A.5 Beginn des Versicherungsschutzes, kostenloser Sofortschutz, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer die Annahme des Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde bestätigt und der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag rechtzeitig bezahlt hat (Art. D.1). Vor dem vereinbarten bzw. in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz. Eine Ausnahme hiervon besteht lediglich hinsichtlich des unter Pkt. 2. näher beschriebenen kostenlosen Sofortschutzes.

2. Kostenloser Sofortschutz

Für die Unfall-Vorsorge gewährt die Wüstenrot Versicherungs-AG einen kostenlosen Sofortschutz auf die beantragten Versicherungssummen

- beginnend ab Einlangen des Antrages in der Zentrale der Wüstenrot Versicherungs-AG
- bis zur Zustellung einer den Sofortschutz ablehnenden schriftlichen Mitteilung der Wüstenrot Versicherungs-AG, längstens bis zum auf das Antragsdatum nächstfolgenden Monatsersten.

Der kostenlose Sofortschutz gilt ausschließlich für den Fall, dass

- der auf das Antragsdatum folgenden Monatserste als Versicherungsbeginn beantragt wird,
- der Antrag vollständig ausgefüllt und unterschrieben wurde
- die versicherte Person die Gesundheitsfragen vollständig beantwortet hat
- die versicherte Person nicht in ärztlicher Behandlung oder Kontrolle steht
- die versicherte Person keine Sportarten gegen Entgelt betreibt.

Der Sofortschutz gilt nicht für Unfallfolgen, die sich die versicherte Person bei den folgenden Sportarten zuzieht: Verteidigungs- und Kampfsportarten, Flugsport, Motorsport zu Lande und zu Wasser, Klettern und Tauchen, tiefer als 40 Meter Tauchtiefe. Die Versicherung dieser Risiken bedarf einer gesonderten Vereinbarung mit der Wüstenrot Versicherungs- AG.

Die aufgrund des kostenlosen Sofortschutzes erbrachte Versicherungsleistung ist mit einem Betrag von € 100.000,00 begrenzt.

3. Vorläufige Deckung

Soll über den kostenlosen Sofortschutz hinaus der Versicherungsschutz vor der Einlösung der Versicherungsurkunde beginnen (vorläufige Deckung), ist eine besondere Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Versicherungsurkunde.

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall der auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende Beitrag.

Artikel A.6 Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine körperliche Gesundheitsschädigung oder den Tod erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse
 - a) Ertrinken, Ersticken, Erfrieren, Verhungern bzw. Verdursten;
 - b) Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - c) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - d) Unfälle infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles, sowie ein Herzinfarkt oder Schlaganfall, der als Folge eines Unfalles eintritt;

U 114/V01

Seite 4 von 23

- e) Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. C.2 Pkt. 3, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
 - f) Unfälle bei der Ausübung der Sportart Tauchen bis zu einer Tauchtiefe von maximal 40 Metern, dies gilt auch für tauchtypische Gesundheitsschäden welche entstehen, ohne dass ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis vorliegt. Die Kosten einer Dekompressionskammer gelten als Berge- bzw. Heilkosten. Nicht versichert sind Eis- und Höhlentauchen.
 - g) Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen oder verdorbenen Lebensmitteln (Lebensmittelvergiftung) und unabsichtliches Verschlucken von Kleinteilen.
 - h) Unfälle, die sich bei Rettungseinsätzen ereignen, wenn die dabei verursachte Gesundheitsschädigung auf eine äußere Einwirkung - ohne Berücksichtigung der weiteren Voraussetzungen gemäß Punkt 1 - zurückzuführen ist.
Ein Rettungseinsatz ist das Bemühen die Schädigung der körperlichen Unversehrtheit eines Menschen oder einer Sache abzuwehren bzw. insoweit eine Schädigung bereits eingetreten ist, deren Folgen zu minimieren.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie Folgen von Tierbissen, Borreliose, Kinderlähmung, Wundstarrkrampf und Tollwut, sind mitversichert, wenn die Erkrankung frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn bzw. spätestens 3 Monate nach Vertragsende eintritt.
Auf die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis erstreckt sich der Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Vertragsbeginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Vertragsende zum Ausbruch kommt.
Werden durch Schutzimpfungen gegen die vorstehend angeführten Infektionskrankheiten dauerhafte Gesundheitsschädigungen verursacht, besteht auch dafür Versicherungsschutz, wenn die Gesundheitsschädigung während der Vertragsdauer eintritt.
Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Folge des Insektenstiches und -bisses sowie als Folge des Tierbisses diagnostizierten Krankheit, der Borreliose, der Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoenzephalitis zu Rate gezogen wurde. Eine Leistung wird nur für Unfalltod oder Unfallinvalidität erbracht.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorisierten Luftfahrzeugen, welche für die Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.
5. Versichert sind auch Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen, sofern diese nicht durch Drogen bzw. Suchtmittel oder missbräuchliche Verwendung von Medikamenten verursacht sind (siehe Art C.1 Punkt 9). Unfälle verursacht durch Trunkenheit, sind mitversichert, beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 0,8 ‰, bei allen anderen Unfällen 1,3‰ nicht übersteigt.
6. Für Unfälle, die sich bei der Ausübung von gefährlichen Sportarten bzw. Freizeitaktivitäten (z.B: Tandem-Fallschirmspringen, Rafting, Parasailing, Bungeejumping, Ballonfahren, etc.) ereignen, besteht Versicherungsschutz, wenn diese nur während einer Urlaubsreise, oder nur einmalig oder nur anlassbezogen ausgeübt werden.

Abschnitt B: Versicherbare Leistungen

Die nachstehend beschriebenen Leistungen können versichert werden.

Die tatsächlich vereinbarten versicherten Leistungen und Versicherungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

Artikel B.1 Unfallinvalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Unfallinvalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Unfallinvalidität entsprechende Betrag gezahlt. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Unfallinvalidität von einem hierzu befugten, unbefangenen Facharzt schriftlich festgestellt und beim Versicherer - bei sonstigem Anspruchsverlust - schriftlich innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht wird.
2. **Für die Bemessung des Unfallinvaliditätsgrades gilt - unter Ausschluss jeder anderen Art des Nachweises eines höheren oder geringeren Invaliditätsgrades - folgende Bestimmung:**

bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit	
eines Armes	80 %
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	50 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %
der Niere	20 %
der Stimme	40 %

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die vorstehend genannten Prozentsätze anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen und Beinen ist der Prozentsatz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden. Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Punkt. 3 anzuwenden.

- Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Unfallinvaliditätsgrad 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 Unfallinvaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
- Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Unfallinvaliditätsgrade zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall bzw. die Versicherungsleistung pro Versicherungsfall sind jedoch mit 100 % (der versicherten Summe) begrenzt.
- Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und ein Ableben im ersten Jahr nach dem Unfall auszuschließen ist.
- Steht der Grad der dauernden Unfallinvalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Unfallinvaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
- Stirbt der Versicherte
 - unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallinvaliditätsleistung;
 - aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Unfallinvalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
 - unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Unfallinvalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Artikel B.2 Unfallinvalidität mit Progression

Artikel B.2.1 Unfallinvalidität mit Progression 300 %

Für Unfallinvaliditätsgrade unter 20 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art B.1 berechnet.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 21 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 300 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
20	20	40	60	60	120	80	200
21	22	41	63	61	124	81	205
22	24	42	66	62	128	82	210
23	26	43	69	63	132	83	215

U 114/V01

Seite 6 von 23

24	28	44	72	64	136	84	220
25	30	45	75	65	140	85	225
26	32	46	78	66	144	86	230
27	34	47	81	67	148	87	235
28	36	48	84	68	152	88	240
29	38	49	87	69	156	89	245
30	40	50	90	70	160	90	300
31	42	51	93	71	164	91	300
32	44	52	96	72	168	92	300
33	46	53	99	73	172	93	300
34	48	54	102	74	176	94	300
35	50	55	105	75	180	95	300
36	52	56	108	76	184	96	300
37	54	57	111	77	188	97	300
38	56	58	114	78	192	98	300
39	58	59	117	79	196	99	300
						100	300

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.2 Unfallinvalidität mit Progression 500 % Medium

Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 25 % wird eine Invaliditätsleistung auf Basis der halben vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Unfallinvalidität erbracht, die Berechnung der Versicherungsleistung erfolgt gemäß Artikel B.1.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396
28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500
37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500
41	73	61	188	81	348		
42	76	62	196	82	356		
43	79	63	204	83	364		
44	82	64	212	84	372		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.3 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 10 %

Für nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 10 % wird keine Invaliditätsleistung erbracht. Für Unfallinvaliditätsgrade von 10 % bis inklusive 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art B.1 berechnet.

Übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396
28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500
37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500
41	73	61	188	81	348		
42	76	62	196	82	356		
43	79	63	204	83	364		
44	82	64	212	84	372		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.4 Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP

Für Unfallinvaliditätsgrade unter 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art B.1 berechnet.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396
28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500

U 114/V01

Seite 8 von 23

37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500
41	73	61	188	81	348		
42	76	62	196	82	356		
43	79	63	204	83	364		
44	82	64	212	84	372		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.5 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP ab 10 %

Für nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 10 % wird keine Invaliditätsleistung erbracht. Für Unfallinvaliditätsgrade von 10 % bis inklusive 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art B.1 berechnet.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 750 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	125	65	330	85	570
26	30	46	130	66	342	86	582
27	35	47	135	67	354	87	594
28	40	48	140	68	366	88	606
29	45	49	145	69	378	89	618
30	50	50	150	70	390	90	750
31	55	51	162	71	402	91	750
32	60	52	174	72	414	92	750
33	65	53	186	73	426	93	750
34	70	54	198	74	438	94	750
35	75	55	210	75	450	95	750
36	80	56	222	76	462	96	750
37	85	57	234	77	474	97	750
38	90	58	246	78	486	98	750
39	95	59	258	79	498	99	750
40	100	60	270	80	510	100	750
41	105	61	282	81	522		
42	110	62	294	82	534		
43	115	63	306	83	546		
44	120	64	318	84	558		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.2.6 Unfallinvalidität mit Progression 750 % TOP

Für Unfallinvaliditätsgrade unter 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Art B.1 berechnet.

Erreicht oder übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 750 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	125	65	330	85	570
26	30	46	130	66	342	86	582

27	35	47	135	67	354	87	594
28	40	48	140	68	366	88	606
29	45	49	145	69	378	89	618
30	50	50	150	70	390	90	750
31	55	51	162	71	402	91	750
32	60	52	174	72	414	92	750
33	65	53	186	73	426	93	750
34	70	54	198	74	438	94	750
35	75	55	210	75	450	95	750
36	80	56	222	76	462	96	750
37	85	57	234	77	474	97	750
38	90	58	246	78	486	98	750
39	95	59	258	79	498	99	750
40	100	60	270	80	510	100	750
41	105	61	282	81	522		
42	110	62	294	82	534		
43	115	63	306	83	546		
44	120	64	318	84	558		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.3 Unfallinvaliditätspension 35/50

1. Der Versicherer leistet im Versicherungsfall eine monatliche Pension in der vereinbarten Höhe, wenn der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 50 % erreicht oder übersteigt. Erreicht der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad mindestens 35 % jedoch weniger als 50 %, wird die halbe vereinbarte monatliche Pension ausbezahlt. Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 35 % wird hingegen keine Leistung erbracht. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf eine Unfallinvaliditätspension 35/50.
2. Die Pension wird monatlich im Nachhinein bis zum Ableben der versicherten Person bezahlt. Bei Ableben der versicherten Person werden die monatlichen Pensionszahlungen bis zum Ablauf von 20 Jahren ab Pensionszahlungsbeginn an die dann bezugsberechtigte Person fortgesetzt.
3. Die zur Auszahlung gelangende Pension unterliegt keiner jährlichen Aufwertung (Wertanpassung).
4. Vor Pensionszahlungsbeginn kann die Pension auf Verlangen des Versicherungsnehmers durch eine einmalige Kapitalzahlung, errechnet nach versicherungsmathematischen Grundsätzen, abgelöst werden.
5. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

Artikel B.4 Unfall-Pflegerente

1. Nach einem Unfall wird eine Unfall-Pflegerente für die Dauer von 24 Monaten, in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme erbracht, wenn der Invaliditätsgrad für dauernde Unfallinvalidität mit hoher Wahrscheinlichkeit 35 % erreichen oder übersteigen wird. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Unfallinvalidität von einem hierzu befugten, unbefangenen Facharzt schriftlich festgestellt wird. Für Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 35 % wird hingegen keine Leistung erbracht.
2. Erleidet die versicherte Person einen Bruch eines oder beider Oberschenkelhalsknochen, wird die Unfall-Pflegerente für die Dauer von 12 Monaten erbracht. Wird aus demselben Ereignis mit hoher Wahrscheinlichkeit ein Unfallinvaliditätsgrad von 35 % oder mehr erreicht, wird die Unfall-Pflegerente für 24 Monate geleistet.
3. Die Unfall-Pflegerente wird frühestens 1 Monat nach dem Unfallereignis bei Vorliegen ärztlicher Bestätigungen und Befunde, monatlich, im Nachhinein gezahlt. Den ärztlichen Bestätigungen und Befunden muss zu entnehmen sein, dass aufgrund des Unfallereignisses mit hoher Wahrscheinlichkeit eine dauernde Unfallinvalidität nach Artikel B.1 von mehr als 35 Prozent erreicht oder überstiegen wird, bzw. dass ein Bruch des Oberschenkelhalsknochen vorliegt.
4. Bei Ableben der versicherten Person während der Rentenbezugsdauer, endet die Zahlungspflicht des Versicherers mit dem auf den Todestag nächstfolgenden Monatsersten.
5. Hinsichtlich der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes wird auf Artikel C.2 verwiesen.

Artikel B.5 Unfalltod

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Unfalltod vereinbarte Versicherungssumme gezahlt.
2. Auf die Unfalltodleistung werden nur Zahlungen, die für Unfallinvalidität (mit oder ohne Progression), für Unfallinvaliditätspension und für Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Unfallinvalidität (mit oder ohne Progression), für Unfallinvaliditätspension und für Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für alleine und mitversicherte Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Artikel B.6 Unfalltagegeld

1. Unfalltagegeld wird bei dauernder oder vorübergehender Unfallinvalidität für die Dauer der vollständigen unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung des Versicherten für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Übt der Versicherte im Unfallszeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der unfallbedingten Beeinträchtigung körperlicher Funktionen ermittelt.

Artikel B.7 Unfallspitalgeld

1. Unfallspitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
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 sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel B.8 Heilkosten

1. Pro Versicherungsfall werden Heilkosten bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme 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. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.
2. Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, einer physikalischen Behandlung, der Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl), der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.
3. Kosten für Erholungsreisen sowie für Bade- und Erholungsaufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.
4. Nicht ersetzt werden die Kosten für eine Unterbringung in der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen.

Artikel B.9 Heilkosten PLUS

1. Pro Versicherungsfall werden Heilkosten PLUS bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme 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. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.
2. Heilkosten PLUS sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren. Ersetzt werden die Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen sowie ärztliche Behandlungskosten. Eine Direktverrechnung mit den Krankenhäusern bzw. Rechnungserstellern ist nicht möglich.
3. Ersetzt werden auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, einer physikalischen Behandlung, der Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl), der erstmaligen Anschaffung künstlicher

Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

4. Nicht ersetzt werden Kosten für Erholungsreisen sowie für Bade- und Erholungsaufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe.

Artikel B.10 Unfallkosten

Pro Versicherungsfall werden Unfallkosten bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme 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.

Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten

Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren.

Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, einer physikalischen Behandlung, der Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl), der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

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

Nicht ersetzt werden die Kosten für eine Unterbringung in der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen.

2. Berge- und Suchkosten

das sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und deren Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital inklusive der dabei entstandenen Kosten der medizinischen Versorgung.

3. Bergung mittels Rettungshubschrauber

Wenn andere Bergungsmittel nicht möglich sind, bzw. wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder hauptberuflich ausgeübten sportlichen Betätigung.

4. Rücktransport- und Rückholkosten

das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zu dem, ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird. Auch die Kosten eines Hin- und Rücktransportes von der Wohnung der versicherten Person bzw. dem Krankenhaus, in dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in Behandlung befindet, zu einer Rehabilitationseinrichtung (wie z.B.: Weißer Hof, u. dgl.), die zur Beseitigung der Unfallfolgen aufgesucht wird, werden ersetzt.

Bei einem tödlichen Unfall werden die Kosten der Überführung des Toten bis € 5.000,- zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

Artikel B.11 Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS

Pro Versicherungsjahr werden Unfallkosten maximal bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Darüber hinaus sind bei den Unfallkosten für einzelne Leistungsarten weitere Begrenzungen der Versicherungsleistung vorgesehen (vgl. Pkt. 1.1.1, 1.2, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9). Die Leistungsbegrenzung von Assistanceleistungen ergeben sich aus Pkt. 3.1.1, 3.1.2, 3.3, 3.4.

Besteht gegenüber einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger ein Ersatzanspruch, sind allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Bei Abschluss der Leistungsart Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS ist auch eine Beitragsbefreiung bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit mitumfasst. Eine nähere Beschreibung dazu ist in den "Bedingungen für die Zusatzversicherung Beitragsgutschrift bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit" enthalten.

U 114/V01

Seite 12 von 23

Als **Ausland** gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Republik Österreich.
Der Begriff des **Unfalles** ist in Artikel A.6. definiert.

1. UNFALLKOSTEN sind:

1.1. Bergungs- und Transportkosten	bis zu € 15.000,-
1.2. Verlegungskosten	bis zu € 15.000,-
1.3. Rücktransport- und Rückholkosten (aus dem Ausland)	
1.4. Überführungskosten (aus dem Ausland)	
1.5. Heil- und Begleitkosten	bis zu € 3.000,-
1.6. Behandlungskosten (im Ausland)	bis zu € 36.500,-
1.7. Kosmetische Operationen	bis zu € 15.000,-
1.8. Rehabilitationskosten	bis zu € 12.000,-
1.9. Fixkostenersatz	bis zu € 8.000,-

1.1. Bergungs- und Transportkosten

1.1.1 Der Versicherer organisiert die Bergung bzw. Rettung und übernimmt die notwendigen Kosten bis zu € 15.000,-, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss, oder

- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

1.1.2 Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten, der medizinischen Erstversorgung und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße. Wenn andere Bergungsmittel nicht möglich sind, bzw. wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

1.1.3 Der Versicherungsschutz umfasst die Organisation und den Ersatz der Kosten eines infolge Unfalles erforderlichen, medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Transportes von der Unfallstelle in das nächstgelegene Krankenhaus inklusive der dabei entstandenen Kosten der medizinischen Versorgung. Wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

1.2. Verlegungskosten

Der Versicherer ersetzt nach einem Unfall (weltweit) und bei einer akuten Erkrankung (im Ausland) die Kosten bis zu € 15.000,- für eine medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Verlegung des Versicherten, das ist der Transport von einem erstversorgenden Krankenhaus in ein Schwerpunktkrankenhaus oder in ein Krankenhaus mit einer speziellen Fachabteilung.

1.3. Rücktransport- und Rückholkosten (aus dem Ausland)

1.3.1 Der Versicherer organisiert und übernimmt die Kosten eines infolge Unfalles oder akuter Erkrankung erforderlichen, ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland an den Wohnsitz des Versicherten bzw. zu einem dem Wohnsitz naheliegenden Krankenhaus, einschließlich der beim Transport notwendigen ärztlichen Versorgung und Betreuung. Voraussetzung ist, dass der Transport durch eine behördlich zugelassene Rettungsorganisation erfolgt (z.B. Tyrolean Air Ambulance).

Für einen solchen Rücktransport aus dem Ausland wird unbeschränkt Versicherungsschutz geboten. Die dafür aufgewendeten Kosten werden jedoch der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten-Assistanceleistungen zur Gänze angerechnet, sodass für weitere Unfallkosten (vgl. Pkt. 1) und Assistanceleistungen (vgl. Pkt 3.) maximal der verbleibende Differenzbetrag geleistet wird.

1.3.2 Der Versicherer organisiert und übernimmt im Falle des Rücktransportes des verunfallten oder akut erkrankten Versicherten nach Pkt. 1.3.1 aus dem Ausland die Mehrkosten der gemeinsamen Rückholung von mitreisenden, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebenden Kindern und des Ehepartners (Lebensgefährten) oder einer Begleitperson minderjähriger versicherter Personen. Unter Mehrkosten sind jene Kosten zu verstehen, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweisen Verwendbarkeit gebuchter und bezahlter Rückflugtickets bzw. sonstiger Fahrausweise entstehen.

1.4. Überführungskosten (aus dem Ausland)

Im Todesfall des Versicherten nach Unfall oder akuter Erkrankung im Ausland organisiert der Versicherer die Überführung der Leiche bzw. übernimmt er die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung bis zu dessen letztem Wohnort.

1.5. Heil- und Begleitkosten

Pro Versicherungsfall werden Heil- und Begleitkosten im In- und Ausland bis zu € 3.000,- ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

1.5.1 Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren und innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, einer physikalischen Behandlung, Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl) Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

1.5.2 Wird aufgrund des Unfalles eines versicherten Kindes ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, werden die für die Unterbringung einer Begleitperson vom Krankenhaus dafür verrechneten Verpflegskosten der allgemeinen Gebührenklasse, im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme gegen Vorlage der Originalrechnung übernommen.

1.6. Behandlungskosten (nur im Ausland)

Im Falle eines Unfalles oder einer akuten Erkrankung im Ausland übernimmt der Versicherer die nachgewiesenen Kosten (Behandlungskosten) für die stationäre und ambulante Heilbehandlung operativer und nicht operativer Art in Krankenhäusern und Sanatorien; die ärztliche Behandlung außerhalb eines Krankenhauses ebenso wie einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Krankentransport zur ärztlichen Behandlung, auch wenn dieser auf dem Luftweg erfolgt.

Pro Versicherungsfall werden Behandlungskosten im Ausland bis zu € 36.500,- ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

1.7. Kosmetische Operationen

1.7.1 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 entschließt sich die versicherte Person, sich zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels einer kosmetischen Operation zu unterziehen, übernimmt der Versicherer je Versicherungsfall die mit der Operation und der klinischen Behandlung in Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorar, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Gebührenklasse der Klinik bis zu € 15.000,-.

1.7.2 Ersetzt werden nur jene Operationskosten und nur jene Kosten der klinischen Behandlung, die durch den Unfall nachweislich entstanden sind.

1.8. Rehabilitationskosten

Ist nach einem Unfall mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer dauernden Unfallinvalidität von zumindest 35 % zu rechnen, werden Kosten für Maßnahmen der Rehabilitation bis zu € 12.000,- durch den Versicherer übernommen. Voraussetzung dafür ist, dass die Kosten im Rahmen des durch den Versicherer organisierten Rehabilitationsmanagements laut Punkt 3.2 innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall entstehen. Für durch den Versicherten selbst veranlasste Maßnahmen werden Kosten nur im Rahmen der Heilkosten (siehe Pkt. 1.5) ersetzt.

1.9. Fixkosten

Ist nach einem Unfallereignis, die versicherte Person unfallbedingt zu 100 % (völlig) arbeitsunfähig, werden Fixkosten (Wohnraummiete inkl. Betriebskosten), Kreditzahlungen für Wohnraumschaffung, Alimente, sowie Versicherungsprämien für Sachversicherungen und reine Risikolebensversicherungen bei Wüstenrot bis max. € 1.000,- pro Monat übernommen. Die genannten Fixkosten werden nach einer Karenz von 4 Monaten für höchstens 8 Monate, bei ununterbrochener/durchgehender Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Unfallereignisses, jeweils monatlich gegen Nachweis, im Nachhinein ersetzt.

2. AUSSCHLÜSSE (gelten nicht für Assistanceleistungen gemäß Pkt. 3.)

Eine Leistungspflicht besteht nicht:

2.1. für bestehende chronische Leiden und Folgen;

2.2. für Krankheiten und Gebrechen, die in den letzten 6 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden oder behandlungsbedürftig gewesen sind und deren Folgen;

2.3. für Kosten von Impfungen und Pflegepersonal sowie vom Versicherer nicht bzw. nicht mit seiner Zustimmung in Auftrag gegebene ärztliche Gutachten und Atteste;

2.4. für Kosten die durch eine Unterbringung in der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen entstehen;

2.5. für Kosten von Erholungsreisen sowie von Bade- und Erholungsaufhalten, ferner für Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe.

2.6. für Schwangerschaftskomplikationen, Entbindungen, Fehlgeburten und Schwangerschaftsunterbrechungen mit allen Folgen, außer wenn diese durch einen Unfall herbeigeführt werden.

3. ASSISTANCELEISTUNGEN

Über die in Pkt. 1. angeführten Unfallkosten hinaus ist nach einem Unfall gemäß Artikel A.6. die Organisation und Kostenübernahme für die nachstehend angeführten Dienstleistungen mitversichert.

3.1. Dienstleistungen im Haushaltsbereich, soweit diese notwendig sind, von der versicherten Person in Folge eines Unfalles nicht durchgeführt und auch nicht von einer anderen im selben Haushalt des Versicherten lebenden Person übernommen werden können:

- Haushaltshilfe
- häusliche Versorgung der erkrankten oder verunfallten Person
- Essensversorgung
- Wohnungsreinigung
- Wohnungssicherung
- Versorgung und Betreuung von Kindern im selben Haushalt
- Versorgung und Betreuung von Haustieren im selben Haushalt
- unaufschiebbare Behördenwege.

3.1.1 Ersetzt werden die durch den Assistenten organisierten Leistungen durch Professionisten bis zu € 80,- pro Tag für einen Zeitraum von 6 Wochen ab dem ersten Tag der stationären Aufnahme in einem Krankenhaus bzw. ab dem Unfalltag.

3.1.2 Pro Kalenderjahr ist die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushaltsbereich auf insgesamt 6 Wochen beschränkt.

3.1.3 Die Kosten der Dienstleistungen gemäß Pkt. 3.1 werden nur in Österreich übernommen.

3.1.4 Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen gemäß Pkt. 3.1 ist ein zumindest 24-stündiger Spitalaufenthalt des Versicherten aufgrund eines Unfalles. Die Dienstleistungen können bereits ab dem Eintritt der Unfallfolgen in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen unfallbedingten Spitalaufenthaltes mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

3.2. Rehabilitationsmanagement

Nach einem Unfall mit dauernder Unfallinvalidität - wenn mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer dauernden Invalidität von zumindest 35 % zu rechnen ist - werden in Österreich organisiert:

- Psychologische Beratung
- Beratung für Lebensplanung
- Beratung für Berufsumschulung
- Beratung für Wohnungsumbau
- medizinische Rehabilitationsmaßnahmen.

Entstehen dem Versicherten - durch vom Rehabilitationsmanagement veranlasste Maßnahmen - Kosten, so sind diese im Rahmen des Punktes 1.7 (Rehabilitationskosten) versichert.

3.3. Der Versicherer übernimmt nach einem Unfall im Ausland die Organisation und die innerhalb einer Woche nach dem Ereignis anfallenden notwendigen Kosten eines Dolmetschers bis zu einem Höchstbetrag von € 800,-.

3.4. Der Versicherer übernimmt nach einem Unfall die Organisation und die Kosten einer einmaligen Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen des Unfalles bis zu einem Höchstbetrag von € 100,-.

Artikel B.12 Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen

1. Der Versicherer erbringt nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Ersthilfeleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen, soweit diese nicht innerhalb eines Monats nach Eintritt des Unfalles zum Tod des Versicherten führen:

- Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- Amputation eines Fußes oberhalb des oberen Sprunggelenkes oder einer Hand oberhalb des Handgelenkes;
- Schweres Schädel-Hirntrauma mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung und/oder Hirnblutung und Bewusstlosigkeit;
- Verbrennung 2. oder 3. Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche;
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen. Als hochgradige Sehbehinderung gilt eine Verminderung der Sehschärfe auf höchstens 1/20 der normalen Sehschärfe.

Schwere Mehrfachverletzung:

- Fraktur von mehreren Wirbelkörpern;
- Fraktur von zwei langen Röhrenknochen an unterschiedlichen Extremitäten;
- Gewebeerstörende Schäden an zwei inneren Organen;

Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
- Fraktur des Beckens, sofern die Stabilität des Beckens beeinträchtigt ist,

- Fraktur eines Wirbelkörpers,
- Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs.

2. Das Vorliegen einer schweren Verletzung im Sinne dieser Bedingungen ist durch einen ausführlichen Bericht der behandelnden Ärzte nachzuweisen. Der Anspruch auf Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen entsteht einen Monat nach Eintritt des Unfalles.

Artikel B.13 Genesungsgeld

Genesungsgeld wird im Anschluss an den unfallbedingten Spitalsaufenthalt (vgl. Art. B.7 Punkt 2 und 3) für die gleiche Anzahl von Tagen, an denen sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befand, höchstens jedoch für 100 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag, in folgender Höhe gewährt:

Für den 1. bis 10. Tag.....	100 %
Für den 11. bis 20. Tag.....	50 %
Für den 21. bis 100. Tag.....	25 %

des vereinbarten Genesungsgeldes.

Mehrere stationäre Spitalaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalaufenthalt gewertet.

Artikel B.14 Knochenbruchpauschale

Erleidet die versicherte Person unfallbedingt einen Knochenbruch, leistet der Versicherer eine Pauschale in Höhe von € 500,-.

Voraussetzung ist, dass der Knochenbruch innerhalb einer Woche nach dem Unfallereignis ärztlich festgestellt und behandelt wird sowie radiologisch dokumentiert ist. Die Knochenbruchpauschale wird nur einmal pro versichertem Ereignis und pro Kalenderjahr bezahlt, auch wenn mehrere Knochenbrüche und/oder Verletzungen von Wachstumsfugen eingetreten sind.

Wird bei Kindern (bis zum vollendeten 19. Lebensjahr) eine Wachstumsfuge durch den Unfall nachweislich verletzt und ärztlich behandelt, wird der Pauschalbetrag von € 500,- geleistet.

Kein Anspruch auf die Pauschalleistung besteht für Knochenabsplitterungen, knöcherne Aus- bzw. Abrisse, sowie Mikrofrakturen (Bone bruise).

Artikel B.15 Unfallpauschale

Befindet sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles mehr als 14 Tage in ununterbrochener, medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung, erbringt der Versicherer eine einmalige Pauschalleistung in der Höhe von € 2.000,-. Ein Anspruch auf diese Versicherungsleistung besteht pro Kalenderjahr nur einmal. Als Spitäler gelten die in Artikel B.7 Pkt. 2 genannten Krankenanstalten.

Artikel B.16 Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Artikel D.3 Pkt. 2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben hiervon Kosten nach Artikel D.3 Pkt. 2.4.

Nicht ersetzt werden die Kosten für ärztliche Bestätigungen oder Gutachten, welche nicht durch den Versicherer beauftragt wurden. Gleiches gilt für die Kosten eines Rechtsbeistandes, außer die Beziehung war wegen eines vertragswidrigen Verhaltens des Versicherers geboten.

Artikel B.17 Sportpakete

Ist in dem abgeschlossenen Versicherungsvertrag die Leistungsart "Sportpaket 1 oder 2" versichert, so hat der Versicherte im Versicherungsfall ausschließlich Anspruch auf die nachfolgend beschriebenen Versicherungsleistungen.

Der Begriff des **Unfalles** ist in Artikel A.6. definiert.

1. Versicherungsfall und versicherte Sportarten

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel A.6) bei Ausübung einer im Sportpaket 1 oder 2 versicherten Sportart.

1.1 Sportpaket 1

umfasst die vereinsmäßig in der Landesliga bzw. im Landeskader, nicht hauptberuflich, ausgeübten Sportarten inklusive Meisterschaften, Wettkämpfen und Wettbewerben:

Fußball, Handball, Basketball, Football und Rugby.

Darüber hinausgehende Leistungsklassen können nur nach individueller Vereinbarung versichert werden.

1.2 Sportpaket 2

umfasst die Sportarten des Sportpaketes 1 und zusätzlich die nachstehend angeführten, vereinsmäßig in der Landesliga bzw. im Landeskader, nicht hauptberuflich ausgeübten Sportarten inklusive Meisterschaften, Wettkämpfen und Wettbewerben:

U 114/V01

Seite 16 von 23

- a) Eishockey, Snowboarding, nordischer und alpiner Schisport;
- b) Boxen, Karate, Jiu Jitsu, Taekwondo, Krav Maga;
- c) Radfahren (Bahn- und Straßenrennen), Enduro/Motocross (bis 250 ccm), Motorradfahren (Rundstreckenrennen, regional bis 250 ccm).

Weiters sind die nachstehend angeführten, nicht hauptberuflich ausgeübten Sportarten umfasst:

- d) Klettern alpin ab Schwierigkeitsgrad 5 bis inklusive Schwierigkeitsgrad 7, Begehung von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad C bis inklusive Schwierigkeitsgrad E;
- e) Fallschirmspringen, Gleitschirmfliegen, Paragleiten, Drachenfliegen, Motorflug bis 200 Stunden jährlich.

Darüber hinausgehende Leistungsklassen können nur nach individueller Vereinbarung versichert werden.

2. vereinbarte Versicherungsleistungen für Sportpaket 1 oder 2:

1. Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 10 %
Versicherungssumme € 50.000,-, Leistung somit bis zu € 250.000,-
2. Unfalltod € 25.000,-
3. Berge-, Such- und Rückholkosten bis zu € 5.000,-
4. Heilkosten (im In- und Ausland) bis zu € 2.500,-
5. Unfallspitalgeld € 25,- (pro Tag)

1. Unfallinvalidität mit Progression 500 % TOP ab 10 %

Für nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrade von weniger als 10 % wird keine Invaliditätsleistung erbracht. Für Unfallinvaliditätsgrade von 10 % bis inklusive 25 % wird die Versicherungsleistung gemäß Artikel B.1 berechnet.

Übersteigt der nach Artikel B.1 festgestellte Unfallinvaliditätsgrad 25 %, so erhöht sich die Leistung jeweils auf den nachfolgend ausgewiesenen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Erreicht der Invaliditätsgrad 90 % oder mehr, erhöht sich die Leistung auf 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
25	25	45	85	65	220	85	380
26	28	46	88	66	228	86	388
27	31	47	91	67	236	87	396
28	34	48	94	68	244	88	404
29	37	49	97	69	252	89	412
30	40	50	100	70	260	90	500
31	43	51	108	71	268	91	500
32	46	52	116	72	276	92	500
33	49	53	124	73	284	93	500
34	52	54	132	74	292	94	500
35	55	55	140	75	300	95	500
36	58	56	148	76	308	96	500
37	61	57	156	77	316	97	500
38	64	58	164	78	324	98	500
39	67	59	172	79	332	99	500
40	70	60	180	80	340	100	500
41	73	61	188	81	348		
42	76	62	196	82	356		
43	79	63	204	83	364		
44	82	64	212	84	372		

Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Artikel B.1.

2. Unfalltod

2.1 Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Unfalltod vereinbarte Versicherungssumme in Höhe von € 25.000,- gezahlt.

2.2 Auf die Unfalltodeleistung werden nur Zahlungen, die für Unfallinvalidität (mit Progression 500 % TOP ab 10 %) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Unfallinvalidität (mit Progression 500 % TOP ab 10 %) kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

2.3 Für alleine versicherte Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

3. Berge-, Such- und Rückholkosten

Pro Versicherungsfall werden Berge-, Such- und Rückholkosten im In- und Ausland bis zu € 5.000,- ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

3.1 Bergkosten sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss. Im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme werden auch die notwendigen Kosten einer Bergung mittels Rettungshubschrauber ersetzt.

3.2 Suchkosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

3.3 Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zu dem, ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird.

Bei einem tödlichen Unfall werden auch die nachweislich aufgewendeten Kosten – im Rahmen der versicherten Summe - der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

4. Heilkosten

Pro Versicherungsfall werden Heilkosten im In- und Ausland bis zu € 2.500,- ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

4.1 Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren und innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, einer physikalischen Behandlung, Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl) Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

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

4.3 Nicht ersetzt werden die Kosten für eine Unterbringung in der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen.

5. Unfallspitalgeld

5.1 Unfallspitalgeld in Höhe von € 25,- wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

5.2 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 sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger.

5.3 Nicht als Spitäler gelten z.B. Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.

Artikel B.18 Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung

1. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung(en) des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Leistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
2. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
3. 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 bekannt

geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

4. Hat der Versicherungsnehmer bzw. ein berechtigter Dritter einen Anspruch angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Erhalt einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.
5. Lehnt der Versicherer eine Leistung aus dem Vertrag ab, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung endgültig frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten nicht innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Ablehnung gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst zu laufen, nachdem der Versicherer die Leistung schriftlich dem Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten gegenüber in einer dem Absatz 4 entsprechenden Weise abgelehnt und gleichzeitig auf diese mit dem Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hingewiesen hat. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer bzw. der Berechtigte ohne Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

Artikel B.19 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

Bei diesem Versicherungsvertrag ist kein Ärztekommis­ sionsverfahren zur Klärung allfälliger Ansprüche aufgrund eines Unfalles vorgesehen. Ein solches kann jedoch im Einzelfall nach einem Unfallereignis von den Vertragsparteien vereinbart werden.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel C.1 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle der versicherten Person

1. als Luftfahrzeugführer bzw. Luftfahrtgeräteführer (von zum Beispiel: Flugzeugen, Segelflugzeugen, Hänge- oder Paragleitern, Hubschraubern, Tragschraubern und Fallschirmen, Luftschiffen, Ballonen, etc.), soweit er nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;
2. bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten;
3. bei der Ausübung von Sportarten, wenn an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben teilgenommen wird und am offiziellen Training dafür;
4. beim Klettern alpin ab Schwierigkeitsgrad 5, sowie Begehung von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad C;
5. beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
6. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
 - 6.1 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt spätestens 14 Tage 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.
7. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
8. 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;
9. infolge einer Bewusstseinsstörung hervorgerufen durch Drogen, Suchtmitteln, missbräuchlicher Verwendung von Medikamenten oder Trunkenheit (beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt 0,8 ‰, bei allen anderen Unfällen der Blutalkoholgehalt 1,3 ‰ übersteigt).
10. durch Gesundheitsschädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen und Eingriffe durch einen, von diesem Vertrag gedeckten, Unfall veranlasst waren.

Artikel C.2 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 Unfallinvaliditätsgrades 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 B.1 Pkt. 2. und 3. bemessen.

3. Haben schon vor dem Unfall bestandene Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt oder die Unfallfolgen beeinflusst, wird
 - 3.1. im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
 - 3.2. bei Unfalltaggeld, Genesungsgeld oder Unfallspitalgeld die Anzahl der leistungs begründenden Tage,
 - 3.3. bei den sonstigen versicherten Leistungsarten die Versicherungsleistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens verringert, sofern der Anteil der bestandenen Krankheiten oder Gebrechen mindestens 25 % beträgt. Dies gilt insbesondere für Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind.
4. 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, Psychosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Für Bandscheibenvorfälle 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.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel D.1 Beitrag

1. Die Beiträge sind Jahres- oder einmalige Beiträge, die für den Versicherer kostenfrei zu bezahlen sind. Sie sind abhängig vom Wohnsitz der versicherten Person bei Abschluss des Vertrages.
Die Beiträge können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch auf Verlangen des Versicherers mit Zuschlägen (2 % für halbjährliche, 4 % für vierteljährliche und 5 % für monatliche Raten) bezahlt werden. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer trotzdem mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf den gesamten Jahresbeitrag; die nach der ersten Beitragsrate zu zahlenden Raten gelten bis zu den in der Vereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.
2. Der erste und/oder einmalige Beitrag einschließlich Gebühren und der Versicherungssteuer in der jeweils geltenden Höhe ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung innerhalb von 14 Tagen zu zahlen (Einlösung der Versicherungsurkunde). Ist der erste oder einmalige Beitrag zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der vorgenannten Frist noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.
Darüber hinaus kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Beitrag nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
3. Folgebeiträge sind jeweils zu dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf dieser Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Folgebeitrages in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.
Darüber hinaus kann der Versicherer nach Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung in Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Zahlungsfrist verbunden werden, so dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.
Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht bereits der Versicherungsfall eingetreten ist.
4. Der Versicherer kann sowohl bei nicht rechtzeitiger Bezahlung des Folgebeitrages als auch des Erstbeitrages unter Setzung einer Nachfrist von zwei Wochen Terminverlust geltend machen und den noch offenen Beitrag (steil) für das laufende Versicherungsjahr - auch bei vereinbarter Ratenzahlung gemäß Pkt. 1. - sofort verlangen.
5. Im Übrigen gelten für die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung die §§ 38, 39 und 39a Versicherungsvertragsgesetz.

Artikel D.2 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder der besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich schriftlich 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, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist vom Zugang der Anzeige an nur dieser Beitrag zu bezahlen.
 - Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten ein höherer Beitrag, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz gewährt.
 - Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag 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, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Beitragssätzen aufgrund der tatsächlichen in der Versicherungsurkunde berechneten Beiträge ergeben.
2. Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung. Nach diesen kann der Versicherer den Vertrag bei Vorliegen einer Gefahrenerhöhung mit sofortiger Wirkung kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer hiervon nicht innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Gefahrenerhöhung Gebrauch macht. Zudem ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
3. Als besonders gefährliche Freizeitaktivitäten gelten solche, die aufgrund des erhöhten Unfallrisikos hinsichtlich des vereinbarten Versicherungsschutzes zu einer Gefahrenerhöhung führen. Dazu zählen beispielsweise: Paragleiten, Snowboarden, Canyoning, Rafting, Boxen, Kampfsportarten, Klettern (ab Schwierigkeitsgrad 4), Tauchen ab einer Tauchtiefe von 40 Metern, Teilnahme an Expeditionen, etc.. Eine Gefahrenerhöhung liegt dann vor, wenn durch erhebliche Änderung der Umstände der Eintritt des Versicherungsfalles wahrscheinlicher wird.

Artikel D.3 Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird. Die Leistungsfreiheit des Versicherers tritt nicht ein, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

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

2.1 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

2.2 Ein Todesfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3 Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen, öffnen 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.

2.5 Die Unfallmeldung 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 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 zu erteilen.

2.8 Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.9 Wird Anspruch auf Unfallspitalgeld, Genesungsgeld, Schmerzensgeld oder die Unfallpauschale gestellt, so ist dem Versicherer, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung mit angegebener Diagnose zuzusenden.

2.10 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten, Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS, Heilkosten und/oder Heilkosten PLUS sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

2.11 Die Leistungsfreiheit des Versicherers tritt nicht ein, wenn die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt. Insofern sich der Vorsatz nicht darauf bezieht, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die für die Feststellung der Leistungspflicht wesentlichen Umstände zu beeinträchtigen, besteht Leistungspflicht des Versicherers, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss hat.

Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages

Artikel E.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Altersgrenzen

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, so verzichten Versicherungsnehmer und Versicherer für die Dauer von 2 Jahren auf die Ausübung des Kündigungsrechtes. Nach Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kann der Versicherungsvertrag von beiden Vertragsparteien zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, erstmals somit zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat schriftlich gekündigt werden. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn. Das Kündigungsrecht nach Artikel E.2 Punkt 1. bleibt davon unberührt.
3. Wird der Versicherungsvertrag auf eine bestimmte Zeit abgeschlossen, so verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der Vertragsdauer bzw. zum Ende jeder nachfolgenden Versicherungsperiode schriftlich gekündigt wird.
4. Bei der Kinder-Unfall-Vorsorge wird der Versicherungsvertrag mit Ablauf jenes Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 19. Lebensjahr vollendet hat auf den entsprechenden Tarif für Erwachsene umgestellt. Stimmt der Versicherungsnehmer dieser Änderung nicht zu, endet der Versicherungsvertrag mit Ablauf des Versicherungsjahres in dem das versicherte Kind das 19. Lebensjahr vollendet hat.
5. Der Versicherungsschutz für mitversicherte Kinder endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in welchem das jeweilige Kind das 19. Lebensjahr vollendet hat. Diese Kinder bleiben darüber hinaus bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres mitversichert, sofern diese an der Adresse des Versicherungsnehmers ihren Hauptwohnsitz haben und sofern und solange für diese die staatliche Familienbeihilfe bezogen wird. Der Versicherungsschutz gilt auch für die Dauer des ordentlichen Präsenz- oder Zivildienstes sofern dieser innerhalb der Altersgrenze geleistet wird.
6. Für Erwachsene gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für diese versicherte Person um 25 %.

Artikel E.2 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert. In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;Die Kündigung kann per sofort oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
 - 1.2 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 wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat. Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;

- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3 Dem Versicherer gebührt der auf die verstrichene Vertragslaufzeit entfallende anteilige Beitrag.

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben ist oder wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer der Beitrag nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit.
3. Ordentliche Kündigung (vgl. Art. E.1 Pkt. 2).

Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel F.1 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 bis 79 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 notwendig. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den ihn 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 Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand

1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere jene der Beitragszahlung sowie der Versicherungsleistung, ist jeweils der Sitz des Versicherers.
2. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.

Artikel F.3 Form von Willenserklärungen und Anzeigen

1. Alle an den Versicherer gerichteten Willenserklärungen und Anzeigen sind nur dann rechtswirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und beim Versicherer eingegangen sind.
2. Wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnort wechselt (bzw. bei Änderung seiner Postanschrift) muss er dem Versicherer seine neue Adresse unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für ihn Nachteile entstehen, da der Versicherer ihm gegenüber abzugebende Erklärungen an seine, dem Versicherer zuletzt bekannt gegebene Adresse zusenden kann. In diesem Fall wird die Erklärung des Versicherers zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie dem Versicherungsnehmer ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre und dieser bei seiner Anwesenheit davon hätte Kenntnis nehmen können.
3. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, Erklärungen für den Versicherer abzugeben oder Geld bzw. Geldeswert für den Versicherer in Empfang zu nehmen.
4. Alle Erklärungen des Versicherers erfolgen ebenfalls schriftlich.

Artikel F.4 Gebühren, Mehraufwendungen

1. Es werden nur jene Abgaben, Portospesen und Gebühren zusätzlich verrechnet, die durch einen vom Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwand entstehen. Derartige Mehraufwendungen sind
 - ein pauschaler Aufwandsersatz für die Ausstellung und Übermittlung eines Zahlscheines;
 - die uns verrechnete Rückbuchungsgebühr nach Widerruf oder Nichteinlösung einer uns erteilten Einzugsermächtigung;
 - die üblichen Kosten der Mahnung bei Zahlungsverzug;
 - die dem Versicherer verrechneten Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung;
 - die Kosten der Ausstellung einer Ersatzurkunde bei Verlust der Versicherungsurkunde;
 - die ortsüblichen Kosten der Anfertigung von Kopien aus der Vertragskorrespondenz;
 - die Kosten der Vormerkung einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung;
 - die Kosten der Durchführung von nach dem Vertrag nicht geschuldeten Vertragsänderungen.



Die Höhe der jeweiligen Gebühren können Sie bei uns kostenfrei erfragen.

2. Aus der Nichtgeltendmachung von Kosten derartiger Mehraufwendungen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, kann kein Verzicht für die Zukunft abgeleitet werden.

Artikel F.5 Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde

Auf diesen Vertrag kommt österreichisches Recht zur Anwendung. Die Versicherungsaufsicht obliegt der "Finanzmarktaufsicht" (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.