

U700 - Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung 2009

Versicherungsschutz

Was ist versichert? – Artikel 1

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

Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 2

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

Wo gilt die Versicherung? – Artikel 3

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Wann gilt die Versicherung? – Artikel 4

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

Wann beginnt der Versicherungsschutz? – Artikel 5

1. Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Art.22, Prämie) 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 bezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
2. Vorläufige Deckung
Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage durch uns erforderlich. Die vereinbarte vorläufige Deckung endet mit der Aushändigung der Police. Wird die Annahme Ihres Antrages von uns abgelehnt, ist die vorläufige Deckung von uns mit einer Frist von einer Woche zu kündigen. In diesem Fall steht uns die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Was ist ein Unfall ? – Artikel 6

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen

auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
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. 21 Pkt. 3, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolgen.
Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 15 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast, Pilot oder Besatzungsmitglied in zum zivilen Luftfahrtverkehr zugelassenen Motorflugzeugen (ausgenommen Motorsegler und Ultralights) erleidet. Die Versicherung erstreckt sich jedoch nicht auf die Teilnahme an Wettbewerben, das Ausführen von Rekord- oder Kunstflügen, das Einfliegen von Neukonstruktionen und bewilligungspflichtigen Erprobungsflügen, sowie Flüge mit Spezialaufgaben, Schädlingsbekämpfung, Lichtbildaufnahmen, Lastenabwürfe etc.).

Was kann versichert werden? – Artikel 7 bis 16

Dauernde Invalidität – Artikel 7

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Voraussetzung für die Leistung:
Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit verbleibenden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
2. Art und Höhe der Leistung:
 - 2.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir
 - als Kapitalbetrag bei Unfällen der versicherten Person vor Vollendung des 75. Lebensjahres,
 - als Rente – sofern nichts anderes vereinbart ist – nach der AVÖ1999P Gen.1950 Renten-Tafel bei Unfällen nach diesem Zeitpunkt
 - 2.2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

- eines Armes.....	70 %
- eines Daumens.....	20 %
- eines Zeigefingers	10 %
- eines anderen Fingers	5 %
- eines Beines	70 %
- einer großen Zehe	5 %
- einer anderen Zehe	2 %
- der Sehkraft beider Augen	100 %
- der Sehkraft eines Auges.....	35 %

- soweit die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
- des Gehörs beider Ohren	60 %
- des Gehörs eines Ohres	15 %
- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war ..	45 %
- des Geruchsinnens	10 %
- des Geschmacksinnens	5 %
- der Milz	10 %
- der Stimme	30 %
- der Niere	20 %

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

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

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

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

5. Varianten der dauernden Invalidität:

5.1 **Lineare Leistung 1:1**

Die Versicherungsleistung in % der Versicherungssumme entspricht dem Invaliditätsgrad Art. 7 Pkt. 2.2 ff.

5.2 **Progressive Leistung 25 % - 300 %**

In Abänderung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art. 7 Pkt. 2.2 ff leisten wir

- bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % entsprechend dem Invaliditätsgrad
 - den 25 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 50 % mit 2facher Leistung
 - den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 91 % mit 3facher Leistung
- ab 91 % Invaliditätsgrad werden 300 % der Versicherungssumme geleistet.

5.3. **Progressive Leistung 25 % - 400 %**

In Abänderung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art. 7 Pkt. 2.2 ff leisten wir

- bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % entsprechend dem Invaliditätsgrad
 - den 25 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 50 % mit 2facher Leistung
 - den 50 % übersteigenden Teil des Invaliditätsgrades bis unter 91 % mit 3facher Leistung
- ab 91 % Invaliditätsgrad werden 400 % der Versicherungssumme geleistet.

5.4. **Kompaktschutz
Leistung bis 100 %:**

- Bis unter 25 % Invaliditätsgrad erfolgt keine Versicherungsleistung
- Ab 25 % bis unter 50 % Invaliditätsgrad werden 5 % der Versicherungssumme

geleistet.

Ab 50 % Invaliditätsgrad kommt die volle Versicherungssumme zur Auszahlung.

Leistung bis 200 %:

- Bis unter 25 % Invaliditätsgrad erfolgt keine Versicherungsleistung.
- Ab 25 % bis unter 50 % Invaliditätsgrad werden 5 % der Versicherungssumme geleistet.
- Ab 50 % Invaliditätsgrad kommt die volle Versicherungssumme zur Auszahlung.
- Ab 75 % Invaliditätsgrad wird die doppelte Versicherungssumme geleistet.

6. **Berufsunfähigkeit**

Wird der Versicherte durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der dauernden Invalidität – unabhängig vom Invaliditätsgrad – 100 % der dafür versicherten Summe (gilt nicht für Kompaktschutz). Ist die Leistung aufgrund der Progression höher als 100 %, erbringen wir die höhere Leistung. Diese Vereinbarung gilt nicht für Berufssportler sowie für Personen ohne Berufsausübung.

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

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

Der Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das 62. Lebensjahr erreicht hat.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles bereits in Pension, besteht kein Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit.

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

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

9. **Garantierte Sofortleistung nach Spitalsaufenthalt bei dauernder Invalidität (ausgenommen Kompaktschutz)**

Gilt nur, wenn eine Versicherung nach Art. 7, Pkt. 5.1, Pkt. 5.2 oder Pkt. 5.3 besteht.

Nach einem unfallbedingtem, ununterbrochenem Spitalsaufenthalt von mindestens 11 Tagen werden sofort EUR 1.500,- als Vorauszahlung auf eine zu erwartende Leistung für dauernde Invalidität geleistet. Damit können unfallbedingte, zusätzliche Kosten sofort bezahlt werden.

10. **Kosmetische Operationen**

Gilt nur, wenn eine Versicherung nach Art. 7, Pkt. 5.1, Pkt. 5.2 oder Pkt. 5.3 (gilt nicht für Kompaktschutz) besteht. Bis zu EUR 10.000,- übernehmen wir auch die Kosten für kosmetische Operationen, wenn deren Notwendigkeit durch einen Unfall verursacht wurde (siehe Art. 14 Pkt. 5).

11. **Rehabilitationspauschale**

Wird innerhalb von 6 Wochen nach einem unfallbedingtem Spitalsaufenthalt eine stationäre Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum notwendig, bezahlen wir 1 % der Versicherungssumme für dauernde Invalidität (gilt für alle DI-Varianten inklusive Kompaktschutz) als Rehabilitationspauschale. Als Medizinische Rehabilitation gelten alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.

12. Stirbt die versicherte Person

12.1. unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, bezahlen wir keine Leistung

für dauernde Invalidität;

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

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

13. Hatte die versicherte Person am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, bezahlen wir anstelle der Kapitalzahlung eine Rente. Die Berechnung der Rente erfolgt anhand des am Unfalltag vollendeten Lebensjahres und der Rententafel AVÖ1999P Gen. 1950. Nach Feststellung unserer Leistungspflicht und der Rentenhöhe beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt. Die Rentenzahlung endet mit dem Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person stirbt.

Lebensrente – Artikel 8

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

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35 % - jedoch weniger als 50 %, gelangt die Hälfte der vereinbarten Monatsrente zur Auszahlung. Wird der Versicherte durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der dauernden Invalidität von mindestens 35 % die volle Unfallrente. Diese Vereinbarung gilt nicht für Berufssportler sowie für Personen ohne Berufsausübung.

Vollständige Berufsunfähigkeit bedeutet: Der Versicherte ist infolge des Unfalles voraussichtlich auf Lebenszeit überwiegend (mehr als 50 % im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen) außerstande seinen zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Beruf auszuüben.

Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden. Eine bereits zum Unfallzeitpunkt bestehende teilweise Berufsunfähigkeit ist als Vorinvalidität im Sinne des Art. 21 Pkt. 2 von der Leistung abzuziehen. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Berufsunfähigkeit ist gleichfalls im Sinne des Art. 21 Pkt. 3 zu berücksichtigen.

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

Der Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit erlischt mit dem Tag, an dem der Versicherte das 62. Lebensjahr erreicht hat.

Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats, in dem

- a) der Versicherte stirbt, oder
- b) wenn die ärztliche Bemessung gemäß Art. 7 Pkt. 8 ergeben hat, dass der Invaliditätsgrad unter 35 % gesunken ist.

Nach Feststellung unserer Leistungspflicht und der Rentenhöhe beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten der dem Unfalltag folgt.

Garantiezeitraum:

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

Todesfall – Artikel 9

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

Haben wir eine Leistung für dauernde Invalidität aus dem selben Ereignis erbracht, wird diese für die Todesfalleistung angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistungen für Dauerinvalidität können wir nicht zurückverlangen.

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

Taggeld – Artikel 10

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

Spitalgeld – Artikel 11

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

Schmerzensgeld– Artikel 12

Wird durch einen Unfall - innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag - ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt von mindestens 7 Tagen notwendig, bezahlen wir für diesen Unfall ein einmaliges Schmerzensgeld in der Höhe von 1 % der für dauernde Invalidität vereinbarten Summe. Nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von mindestens 14 Tagen erhöhen wir die Leistung auf 2 %, nach einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von mindestens 21 Tagen beträgt die einmalige Gesamtleistung 3 % der für dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme (ohne Kompakt-schutz gem. Art. 7, Pkt. 5.4)

Genesungsgeld – Artikel 13

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

25 % der Versicherungssumme bezahlen wir bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person. Befindet sich die versicherte Person nicht in stationärer Heilbehandlung, wird das Genesungsgeld ab dem Unfalltag geleistet, sonst ab dem der Entlassung aus dem Spital folgenden Tag.

Ab dem 43. Tag ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit verdoppelt sich diese Genesungsgeldleistung. Genesungsgeld wird für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Unfallkosten – Artikel 14

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

1. Heilkosten,

die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, Kosten für die Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe ersetzen wir nicht.

2. Bergungskosten,

die notwendig waren, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

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

Unabhängig von Berg- oder Wassernot sind nach einem versicherten Unfall auch die Kosten eines(r) Bergung-/Nottransportes mittels Rettungshubschrauber versichert.

3. Rückholkosten,

das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

4. Pflegekosten,

die für einen pflegebedürftigen Versicherten aufgewendet werden. Voraussetzung für den Ersatz der Pflegekosten ist die Vornahme der Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. durch eine dafür eingerichtete Organisation oder in einer dafür geeigneten Einrichtung. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge eines Unfalles (siehe Artikel 6 unter „Was ist ein Unfall“) so hilflos ist, dass er zumindest für 3 der gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt. Zu diesen Grundverrichtungen zählen Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme der Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege.

Ein Versicherter gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn er dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich

nachzuweisen.

5. **Kosmetische Operationen**

Leistungen können bei uns beansprucht werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist.

Entschließt sich die versicherte Person zur Behebung dieser Schäden zu einer kosmetischen Operation, so übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.

Mitversichert ist auch der unfallbedingte Verlust oder die unfallbedingte Beschädigung der Schneidezähne. Ersetzt werden in diesem Fall die Kosten eines erstmaligen Zahnersatzes oder die Zahnbehandlung.

6. **Begleitperson im Spital**

Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalles werden auch die nachgewiesenen Verpflegskosten für eine Begleitperson bis maximal EUR 55,- für maximal 10 Tage von uns ersetzt. Diese Kostenersatz-Versicherung gilt nur für Kinder und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind bzw. von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

7. **Schulausfallgeld**

Für versicherte Kinder (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) bezahlen wir im Fall eines unfallbedingten, ärztlich bestätigten Schulausfalles ein Schulausfallgeld in folgender Höhe:

- 14 Tage Schulausfall (davon mindestens 7 Tage ununterbrochen stationär)
pauschal: **EUR 500,--**
- 21 Tage Schulausfall (davon mindestens 14 Tage ununterbrochen stationär)
pauschal: **EUR 1.000,--**

Knochenbruch – Artikel 15

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

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

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose. Voraussetzung ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung, zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde. Eine Leistung erbringen wir nur für Tod oder dauernde Invalidität.

Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 17

1. Zusatzleistung
Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 24

Pkt. 2

bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen davon bleiben Kosten nach Pkt. 2.4 des Art. 24 Obliegenheiten.

2. Prämienfreie Mitversicherung eines neugeborenen Kindes
Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, gelten ab Geburt für 6 Monate mit den Versicherungssummen der Mutter mitversichert. Ausgenommen davon sind Taggeldleistungen und Leistungen aus der Lebensrente. Die Leistung für Unfalltod ist mit EUR 10.000,- begrenzt. Der prämienfreie Versicherungsschutz für neugeborene Kinder gilt nur im Rahmen von Einzel- und Familienversicherungen mit Versicherungsschutz für Berufs- und Freizeitunfälle.
3. Prämienfreistellung für Kinder
Stirbt der Versicherungsnehmer einer Familienunfallversicherung, übernehmen wir die weitere Prämienzahlung für die mitversicherten Kinder bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

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

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb von drei Monaten, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen.
Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.
2. 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 von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.
4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG – Verjährung.

In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision? – Artikel 19

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, entscheidet die Ärztekommision. Auch über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des unter „Dauernde Invalidität“ angeführten Artikel 7 Pkt. 8 entscheidet die Ärztekommision.
2. In den nach Pkt. 1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten kann der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Erklärung Widerspruch erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung (gemäß Art. 18, Pkt. 1 - Fälligkeit unserer Leistungen) die Entscheidung der Ärztekommision beantragen
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärztekommision bestimmen der Anspruchsberechtigte und wir je einen

in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung).

Wenn eine der beiden Parteien innerhalb von zwei Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der österreichischen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Einigen sich die Ärzte nicht, hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akte des Verfahrens werden von uns verwahrt.
7. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliches Urteil. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
8. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Fall des Artikel 7 beschriebenen Pkt. 8, trägt derjenige die Kosten, der die Neufeststellung verlangt hat.
Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch mit 50 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Ausschlüsse – Artikel 20

1. Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Artikel 6 Pkt. 4 fallen („Was ist ein Unfall?“), sowie bei der Benützung von Militärluftfahrzeugen oder von Zivilluftfahrzeugen zu militärischen Zwecken;
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, sofern sie vorsätzlich begangen wurden;
5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz

erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA;

6. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969 in der jeweils geltenden Fassung; außer jene die durch Heilbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden
8. die die versicherte Person infolge „einer wesentlichen Beeinträchtigung Ihrer psychischen oder physischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
9. durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes – Artikel 21

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Artikel 7 „Dauernde Invalidität“ Pkt. 2 und 3 bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, wenn dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.
Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems erbringen wir nur eine Leistung, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
5. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich

nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.

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.

Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 22

Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Wird Ratenzahlung vereinbart, so haben wir mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die nach der 1. Prämienrate zu zahlenden Raten sind bis zu den in der Ratenvereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 und 39 VersVG – Prämienzahlungsverzug.

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

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

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

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

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

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

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

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

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweils kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 3 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.
 - 2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
 - 2.3. Uns 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 Sachverhaltes beizutragen.
 - 2.5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; Außerdem sind uns 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 von uns verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
 - 2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.
 - 2.8. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - 2.9. Ist auch Spitalgeld oder Genesungsgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 11, Pkt. 2) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
 - 2.10. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode? – Artikel 25

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, sofern der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen wurde.
2. Vertragsdauer
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht rechtzeitig gekündigt wird. Zu Versicherungsverträgen, deren Abschluss zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Unternehmerverträge), ist der Vertrag

spätestens drei Monate, zu anderen Verträgen (Verbraucherverträge) spätestens einen Monat vor Ablauf zu kündigen. Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von einem Monat bzw. von drei Monaten, zur Verfügung. Zu Verbraucherverträgen ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens 4 Monate, spätestens aber 3 Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweist. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

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

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können sowohl Sie als auch wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung (im Falle von Renten die erste Rente) erbracht haben. Die Kündigung ist innerhalb eines Monats nach der Anerkennung dem Grunde nach oder der Auszahlung einer Versicherungsleistung vorzunehmen.
 - 1.2. Sie können mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
Wir haben eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten.
 - 1.3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
2. Versicherungsende durch Todesfall
Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

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

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

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

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

Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses seine gewerbliche Niederlassung oder- bei Fehlen seiner gewerblichen Niederlassung – seinen Wohnsitz hatte.
Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Wie sind die Erklärungen abzugeben? – Artikel 29

Alle Ihre Erklärungen und Mitteilungen sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

Wenn Sie Ihren Wohnsitz wechseln, ist uns die neue Adresse mitzuteilen. Andernfalls richten wir unsere Erklärungen rechtswirksam an die letzte uns bekannte Adresse, dazu genügt ein nicht eingeschriebener Brief.

Für Verträge mit Vertragsbeginn ab 01.02.2008 gilt folgendes: Der Versicherer ist berechtigt, dem Versicherungsnehmer eine Änderung der Bedingungen vorzuschlagen. Die Änderung ist dem Versicherungsnehmer schriftlich mitzuteilen und gilt als genehmigt, sofern der Versicherungsnehmer nicht bis zum Ablauf des Monats, der dem Zugang der Mitteilung folgt, schriftlich widerspricht.

In der Mitteilung hat der Versicherer den Versicherungsnehmer auf das Widerspruchsrecht, die Widerspruchsfrist und die Rechtsfolgen eines unterlassenen Widerspruchs besonders hinzuweisen. Die Änderung der Bedingungen wird mit dem in der Mitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch mit dem Ablauf der Widerspruchsfrist.

Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 30

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Rententafel

Männer

Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahresrente	104,67	109,14	113,90	118,99	124,43	130,24	136,47	143,15	150,25	157,83	165,97

Frauen

Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahresrente	88,67	92,79	97,26	102,09	107,34	113,06	119,33	126,18	133,66	141,80	150,66

auf Grund der Sterbetafel AVÖ1999P Gen. 1950 und eines Zinsfußes von jährlich 2,5 % (Art. 7 Pkt. 13.) Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren **l e b e n s l a n g e n** Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1.000,-

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen

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

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

Besondere Bedingungen für die Kollektiv-Unfallversicherung 2009

Die Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung 2009 finden insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

1. Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektiv-Unfallversicherung

- ohne Namensangabe
- oder mit Namensangabe der Versicherten

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1. Versicherungssummen

Vereinbart sind

- fixe Versicherungssummen oder
- das Vielfache (Teil) des Jahresbezuges des einzelnen Versicherten

2.2. Jahresbezug

2.2.1. Begriffsbestimmung

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

2.2.2. Jahresbezug als Versicherungssumme

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

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

2.3. Kumulrisiko

Als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen ist pro Ereignis (Ereigniskumul) ein Betrag von EUR 4 Mio. festgelegt.

Erleiden mehrere durch gegenständlichen Versicherungsvertrag versicherte Personen einen Unfall durch dasselbe Ereignis und überschreitet die Summe der Ansprüche der Versicherten den Betrag von EUR 4 Mio., so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

Das gilt auch insbesondere für das Fluggastrisiko (Art. 6. Pkt. 4).

In Abänderung des Art. 6, Pkt. 4 der Klipp & Klar Bedingungen für die Unfallversicherung Fassung 2009 gilt das Luftfahrtrisiko für Piloten und Besatzungsmitglieder von Motorflugzeugen nur nach besonderer Vereinbarung mitversichert.

2.4. Erlöschen des Versicherungsschutzes

Ohne dass sich am Weiterbestand des 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 Person**

Versichert sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang.

Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht.

3.2. **Prämienregulierung**

- Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrundegelegt. Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Anfrage nachzukommen.

Wir haben nach Erhalt der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

- Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so haben wir die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine andere Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, so viel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist. Andernfalls so viel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht.

Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb von zwei Monaten nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so haben wir den eventuell zuviel bezahlten Betrag rückzuerstatten

Wir haben das Recht, die Angaben des Versicherungsnehmers nachzuprüfen. Der Versicherungsnehmer hat zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebenden Unterlagen zu gewähren.

4. Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe

Versicherte Personen

Versichert sind alle Personen, die uns mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben werden.

An- und Abmeldung

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

UNIQA Versicherungen AG
Elvira Hörtner
Untere Donaustraße 21
1029 Wien
Tel.:
Email: