

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG 2006 (AUVB 2006 - U 006)

Begriffsbestimmungen

- Soweit in diesen Bedingungen personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie Frauen und Männer gleichermaßen.
- Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der „Versicherungsgesellschaft“ abschließt.
- Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.
- Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.
- Versicherungsbeitrag ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.
- Anzuwendendes Recht: Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht. Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes. Die vorliegenden Versicherungsbedingungen wurden durch Annahme des Antrags als Vertragsgrundlage vereinbart und entsprechen den gesetzlichen Vorschriften.
Einige Bestimmungen des VersVG haben wir in den Text dieser Bedingungen aufgenommen und mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen gekennzeichnet. Der genaue Wortlaut der wichtigsten Vorschriften des VersVG findet sich im Anhang.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

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

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Was kann versichert werden?	Art. 7:	Dauernde Invalidität
	Art. 7 A:	Dauernde Invalidität - Leistung bis 500%
	Art. 7 B:	Dauernde Invalidität - Leistung bis 250%
	Art. 7 C:	Invaliditäts-Vollversicherung
	Art. 7 D:	Unfallrente
	Art. 8:	Todesfall
	Art. 8 A:	Waisenrente
	Art. 9:	Taggeld
	Art. 10:	Spitalgeld-Plus
	Art. 11:	Unfallkosten
	Art. 11 A:	Schmerzensgeld
	Art. 11 B:	Begleitkosten
	Art. 11 C:	HIV-Infektionsrisiko
	Art. 12:	Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis
	Art. 13:	Zusatzleistungen
	Art. 14:	Fälligkeit unserer Leistung
Was zahlen wir zusätzlich?		
Wann sind unsere Leistungen fällig?		
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet die Ärztekommision?	Art. 15:	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommision)

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

In welchen Fällen besteht kein oder nur eingeschränkter Versicherungsschutz?	Art. 16:	Änderung des Gesundheitszustandes
	Art. 17:	Ausschlüsse
	Art. 18:	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Wann ist der Beitrag zu bezahlen?	Art. 19:	Beitrag
In welcher Weise kann ein neugeborenes Kind eingeschlossen werden?	Art. 19 A:	Neugeborenen-Versicherung
Was ist bei Änderung des Berufes zu beachten?	Art. 20:	Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung/Nebenbeschäftigung der versicherten Person
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?		
Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?	Art. 21:	Obliegenheiten

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 22:	Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?		
Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	Art. 23:	Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. 24:	Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wie sind die Erklärungen abzugeben?	Art. 25:	Form der Erklärungen

ANHANG

- A: Die in den Bedingungen zitierten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes 1958 idF BGBl. 150/1999 (VersVG)
B: Die in den Bedingungen zitierten Bestimmungen des Konsumentenschutzgesetzes (KSchG)
C: Darstellung der Leistungen für dauernde Invalidität

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1 Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus dem Mitgliedsschein ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

1.1. Einzel-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die im Mitgliedsschein angeführte(n) versicherte(n) Person(en).

1.2. Partner-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für ihren im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden Ehepartner oder Lebensgefährten.

Änderungen des Familienstandes und Wohnsitzes der versicherten Personen sind uns unverzüglich schriftlich bekannt zu geben.

1.3. Alleinerzieher-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für ihre im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden leiblichen oder adoptierten Kinder bzw. Wahl- oder Stiefkinder.

Der Versicherungsschutz erlischt für das versicherte Kind automatisch mit dem auf die Vollendung des 19. Lebensjahres folgenden Monatsersten, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Änderungen des Familienstandes und Wohnsitzes der versicherten Personen sowie Name und Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder sind uns unverzüglich schriftlich bekannt zu geben.

1.4. Familien-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für die im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen, nämlich für ihren Ehepartner bzw. Lebensgefährten und für ihre leiblichen oder adoptierten Kinder bzw. Wahl- oder Stiefkinder.

Der Versicherungsschutz erlischt für das versicherte Kind automatisch mit dem auf die Vollendung des 19. Lebensjahres folgenden Monatsersten, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Änderungen des Familienstandes und Wohnsitzes der versicherten Personen sowie Name und Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder sind uns unverzüglich schriftlich bekannt zu geben.

Artikel 2 Was gilt als Versicherungsfall?

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

Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?

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

Artikel 5 Wann beginnt die Versicherung?

5.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung des Mitgliedsscheines (Art. 19), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird der erste oder einmalige Beitrag erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

5.2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor der Einlösung des Mitgliedsscheines beginnen (vorläufige Deckung), ist eine ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich. Die vorläufige Deckung endet mit der Aushändigung des Mitgliedsscheines. Wir sind berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen.

Uns steht in diesem Fall der auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende Beitrag zu.

Artikel 6 Was ist ein Unfall?

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.

6.2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

6.2.1. Ertrinken, Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom, Erfrierungen;

6.2.2. Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;

6.2.3. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen und Achillessehnenrisse.

Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 18.3. Anwendung.

6.3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 6.1. sowie für die Caisson-Krankheit (tauchspezifische Krankheit).

6.4. Unfälle als Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles sind mitversichert.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7 Was versteht man unter dauernder Invalidität, wann wird dafür eine Leistung erbracht?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

7.1. Voraussetzungen für die Leistung

– Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.

– Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten.

– Die Invalidität ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes bei uns geltend gemacht worden. Aus diesem haben Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit verbleibenden Invalidität hervorzugehen.

– Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder - gleichgültig aus welcher Ursache - später als ein Jahr nach dem Unfall, ist nach dem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

– Kein Anspruch auf Invaliditäts- bzw. Unfallrentenleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

7.2. Invaliditätsgrade

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

eines Armes 80%

eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes
oder einer Hand 60%

eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines kleinen Fingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines	70%
eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	50%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
des Gehörs beider Ohren	80%
des Gehörs eines Ohres	30%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
der Milz	10%
der Niere	20%

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Pkt. 7.3. anzuwenden.

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

- 7.3. 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. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
- 7.4. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 7.5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen, wobei diese Leistung mit der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt ist.
- 7.6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
- 7.7. 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 zum Unfalltag gültigen Rententafel bei Unfällen ab Vollendung des 75. Lebensjahres.

Artikel 7 A

Was gilt für dauernde Invalidität - Leistung bis 500% vereinbart?

In Ergänzung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art. 7.2. ff erbringen wir bei der:

7 A.1. Standard-Variante für dauernde Invalidität - Leistung bis 500%

- bis zu einem Invaliditätsgrad von 24% die Leistung entsprechend dem Invaliditätsgrad,
- für den 24% übersteigenden und 38% nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die doppelte Leistung,
- für den 38% übersteigenden und 79% nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die vierfache Leistung,
- für den 79% übersteigenden und 89% nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die achtfache Leistung,
- für den 89% übersteigenden und 99% nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die sechzehnfache Leistung,
- bei 100%iger Invalidität das 5-fache der Versicherungssumme als Leistung.

7 A.2. Low-Variante für dauernde Invalidität - Leistung bis 500%

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 24% wird für diesen nur die halbe Leistung erbracht. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 24%, so sind die Bestimmungen gemäß 7 A.1. gültig.

7 A.3. High-Variante für dauernde Invalidität - Leistung bis 500%

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 24% wird für diesen die doppelte Leistung, jedoch maximal 24% der Versicherungssumme erbracht. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 24%, so sind die Bestimmungen gemäß 7 A.1. gültig.

Artikel 7 B

Was gilt für dauernde Invalidität - Leistung bis 250% vereinbart?

In Ergänzung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Art. 7.2. ff erbringen wir bei der:

7 B.1. Standard-Variante für dauernde Invalidität - Leistung bis 250%

- bis zu einem Invaliditätsgrad von 25% die Leistung entsprechend dem Invaliditätsgrad,
- für den 25% übersteigenden und 50% nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die doppelte Leistung,
- für den 50% übersteigenden und 75% nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die dreifache Leistung,
- für den 75% übersteigenden Invaliditätsgrad die vierfache Leistung.

7 B.2. Low-Variante für dauernde Invalidität - Leistung bis 250%

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 24% wird für diesen nur die halbe Leistung erbracht. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 24%, so sind die Bestimmungen gemäß 7 B.1. gültig.

7 B.3. High-Variante für dauernde Invalidität - Leistung bis 250%

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 24% wird für diesen die doppelte Leistung, jedoch maximal 24% der Versicherungssumme erbracht. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 24%, so sind die Bestimmungen gemäß 7 B.1. gültig.

Artikel 7 C

Was gilt für die Invaliditäts-Vollversicherung vereinbart?

Führt ein Unfall im Sinne des Art. 7 zu einer dauernden Invalidität von mindestens 50%, wird die hierfür vereinbarte Versicherungssumme in voller Höhe ausbezahlt.

Abweichend von Art. 18.3. werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, jedenfalls in Abzug gebracht, auch wenn der Anteil der Vorgebrechen unter 25% liegt.

Für Invaliditätsgrade unter 50% wird keine Leistung erbracht.

Artikel 7 D

Was versteht man unter Unfallrente, wann wird dafür eine Leistung erbracht?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

- 7 D.1. Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Art. 7 von mindestens 50%, dann wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente gezahlt. Abweichend von Art. 18.3. werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, jedenfalls in Abzug gebracht, auch wenn der Anteil der Vorgebrechen unter 25% liegt.

Die Unfallrente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung (gemäß Art. 14), rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten zu. Wir sind berechtigt, innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall eine neue ärztliche Bemessung erstellen zu lassen. Wenn der unfallkausale Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Unfallrente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis dahin bezahlte Rentenleistungen werden von uns jedoch nicht zurückverlangt.

7 D.1.1. Lebenslange Rente mit garantierter Laufzeit von 20 Jahren

Im Falle einer auf Lebenszeit vereinbarten Rente werden die Rentenzahlungen bei Ableben der versicherten Person innerhalb von 20 Jahren nach Fälligkeit der ersten Rente an die für den Ablebensfall begünstigte Person bis zum Ablauf dieses Zeitraumes (Garantiezeit) fortgesetzt.

7 D.1.2. Temporäre Rente

Im Falle einer auf fixe Laufzeit vereinbarten Rente erlischt der Anspruch auf Rentenleistung mit Ablauf der vereinbarten Rentendauer. Bei Ableben des Rentenbeziehers innerhalb dieser Laufzeit wird das bis dahin durch die Zahlung nicht verbrauchte Rentenskapital an die dafür bezugsberechtigte Person erstattet (Kapitalrückgewähr).

7 D.2. Gewinnbeteiligung

Sobald eine Unfallrente zur Auszahlung gelangt, nimmt sie im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil.

Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Liquide Unfallrenten gehören dem Gewinnverband „U“ an.

Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Rente. Der auf den vereinbarten Vertrag entfallende Gewinn wird alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben.

Die erstmalige Gutschrift erfolgt am 31. Dezember im ersten Kalenderjahr nach Fälligkeit der Leistung gemäß Art. 14, d.h. nach der erstmaligen Rentenauszahlung.

Für die Höhe des Gewinnanteiles sind die von unserer Versammlung der Mitgliedervertreter diesbezüglich gefassten Beschlüsse maßgeblich. Der Anspruch auf den Gewinnanteil entsteht mit der Beschlussfassung. Zahlenangaben über die Gewinnbeteiligung sind Beispielrechnungen, die auf Schätzungen beruhen. Solche Angaben sind daher unverbindlich. Der Prozentsatz der Erhöhung wird von uns im jeweiligen Geschäftsbericht veröffentlicht.

Artikel 8

Was gilt bei Tod durch Unfall vereinbart?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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

Bei Vorliegen der im Art. 18.3. genannten Voraussetzungen findet eine Kürzung bzw. Verminderung der Auszahlungssumme in dem dort geltenden Umfang statt.

8.2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität (Art. 7) oder für Schmerzengeld (Art. 11 A) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität oder Schmerzengeld können wir nicht zurückverlangen.

8.3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Artikel 8 A

Was ist im Rahmen der Waisenrente versichert?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Stirbt ein, bei uns im Rahmen der Alleinerzieher- bzw. Familien-Unfallversicherung versicherter Elternteil innerhalb eines Jahres ab dem Unfalltag durch ein versichertes Unfallereignis, so leisten wir ab einer

Versicherungssumme für Unfalltod von mindestens EUR 30.000,-, zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall eine monatliche Waisenrente von insgesamt EUR 200,-, sofern zumindest ein im selben Unfallvertrag versichertes leibliches oder adoptiertes Kind bzw. Wahl- oder Stiefkind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Sterben beide Elternteile durch dasselbe versicherte Unfallereignis, so leisten wir im Rahmen der Familien-Unfallversicherung eine monatliche Waisenrente von insgesamt EUR 300,-. Alle anderen oben genannten Bedingungen bleiben davon unberührt.

Die Waisenrente wird unter allen versicherten anspruchsberechtigten Kindern, die zum Unfallzeitpunkt im gleichen Haushalt mit der verstorbenen versicherten Person gelebt haben, zu gleichen Teilen aufgeteilt.

Die Rentenzahlungen unterliegen keiner Wertanpassung und enden mit dem Monat, in dem die Anspruchsvoraussetzungen für alle Kinder wegfallen (aufgrund Todesfall und/oder Vollendung des 18. Lebensjahres).

Artikel 9

Was gilt für Taggeld vereinbart?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

9.1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung (unselbständige Erwerbstätigkeit) der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

9.2. Kinder, Schüler, Studenten, Selbständige, Hausfrauen oder -männer, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, geringfügig Beschäftigte, Arbeitslose, Pensionisten und Personen im Vorruhestand haben keinen Taggeldanspruch.

9.3. Der Anspruch auf Taggeld erlischt auch, sobald die versicherte Person während der Vertragslaufzeit dem unter Pkt. 9.2. angeführten Personenkreis zugeordnet werden kann, spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Hinsichtlich der Meldepflicht verweisen wir auf Art. 20.

9.4. Die Vereinbarung, dass eine Taggeldeistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist auf dem Mitgliedsschein ersichtlich.

Bei Vorliegen der im Art.18.3. genannten Voraussetzungen findet eine Kürzung bzw. Verminderung der Auszahlungssumme in dem dort geltenden Umfang statt.

Artikel 10

Was ist im Rahmen von Spitalgeld-Plus versichert?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

10.1. Spitalgeld-Plus wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

10.2. 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, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

10.3. 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 Geistesranke.

Spitalgeld-Plus wird in folgender Höhe gewährt:

für den 1. bis 10. Tag	100%
für den 11. bis 20. Tag	75%
für den 21. bis 100. Tag	62,5%
für den 101. bis 365. Tag	50%

Mehrere stationäre Spitalsaufenthalte wegen desselben Unfalles werden wie ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt gewertet.

Bei Vorliegen der im Art. 18.3. genannten Voraussetzungen findet eine Kürzung bzw. Verminderung der Auszahlungssumme in dem dort geregelten Umfang statt.

Artikel 11 **Was ist im Rahmen von Unfallkosten versichert?**

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

11.1. Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

Im Rahmen der Unfallkosten sind versichert:

11.1.1. Heilkosten,
das sind Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren, wobei Therapien ausschließlich von Personen vorzunehmen sind, die zur Durchführung der Behandlungen zugelassen sind. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Sofern die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ersetzen wir bei unfallkausalem Zahnverlust (ausgenommen Milchzähne) die Kosten eines Zahnersatzes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, limitiert mit der Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme.

Nicht ersetzt werden:

- Kosten der Sonderklasse in Spitälern und Krankenanstalten,
- Kosten des Aufenthaltes in privaten Sanatorien,
- Kosten der Fahrten zu Nachbehandlungen und Nachuntersuchungen,
- Kosten für private Operationen und Ordinationen,
- Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Beihilfe.

11.1.2. Bergungskosten,
das sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und unverletzt oder verletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und ihre 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 nächst gelegenen Spital.

11.1.3. 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 nächst gelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

11.2. Hubschrauberbergungskosten

Zusätzlich zu den Bergungskosten nach Pkt. 11.1.2. werden die notwendigen Kosten einer Bergung mit einem Rettungshubschrauber bis zu einem Betrag von EUR 10.000,- ersetzt.

11.3. Nottransportkosten,

das sind Kosten des ärztlich angeordneten Rücktransportes der im Ausland verunfallten oder akut erkrankten versicherten Person nach Österreich durch eine von uns bezeichnete Organisation (z.B. SOS-International oder Tyrolean Air Ambulance). Die von uns bezeichnete Organisation entscheidet, ob der Nottransport notwendig ist und führt diesen auch durch.

Wir ersetzen die Kosten des Nottransportes unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese.

Der Versicherungsschutz ist nicht gegeben, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransportes anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die von uns bezeichnete Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

11.4. Rehabilitationsbeihilfe

Zusätzlich zu den versicherten Unfallkosten nach Pkt. 11.1. zahlen wir nach einem Unfall eine Beihilfe von EUR 500,-, wenn sich die versicherte Person innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung einer stationären Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum unterzogen hat.

Die medizinische Notwendigkeit dieser Rehabilitation und der Zusammenhang mit dem Unfallereignis ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen.

Die Beihilfe wird für jeden Unfall nur einmal gezahlt.

11.5. Kosten für kosmetische Operationen

Die aufgewendeten Kosten kosmetischer Operationen zur Behebung unfallbedingter Entstellungen werden bis zu EUR 10.000,- ersetzt, soweit diese Kosten innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist. Die entsprechenden Originalrechnungen sind uns zu überlassen.

Artikel 11 A **Wann wird Schmerzengeld bezahlt?**

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

11 A.1. Wir erbringen nach einem versicherten Unfall, der einen sofortigen, mindestens dreiwöchigen ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt medizinisch bedingt, ein einmaliges Schmerzengeld in der dafür vereinbarten Höhe.

11 A.2. Haben Krankheiten oder Gebrechen, die bereits vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist das Schmerzengeld entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.
Die Leistungen nach Pkt. 11 A.1. werden unabhängig von einer Leistung für dauernde Invalidität erbracht.
Hinsichtlich der Anrechenbarkeit auf die Todesfalleistung gilt Art. 8.2.

Artikel 11 B **Wann werden Begleitkosten im Spital ersetzt?**

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines versicherten Unfalles werden auch die nachgewiesenen Verpflegungskosten für eine Begleitperson ersetzt (max. EUR 100,- pro Tag, längstens für 42 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag).

Diese Kostenersatz-Versicherung gilt nur für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und insoweit diese Kosten nicht bereits in einem anderen Versicherungsvertrag versichert und zu ersetzen sind beziehungsweise von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden. Die entsprechenden Originalrechnungen sind uns zu überlassen.

Artikel 11 C **Was wird bei Kontakt mit HIV-Infektionsrisiken bezahlt?**

Bei Kontakten mit erhöhten HIV-Infektionsrisiken - als solche gelten Stich-, Schnitt- oder Bissverletzungen - im Rahmen der beruflichen Tätigkeit oder bei einem dem Arbeitsunfall gleichgestellten Unfall erhält die versicherte Person einen Pauschalbetrag von EUR 1.000,-.

Voraussetzung ist, dass der Unfall von der sozialen Unfallversicherung als Arbeitsunfall bzw. als Berufskrankheit anerkannt wurde oder dass ein dem Arbeitsunfall gleichgestellter Unfall vorliegt und die versicherte Person den Nachweis erbringt, dass eine sofort, bis spätestens einen Tag nach dem Unfall, beginnende HIV-Prophylaxe durchgeführt wurde.

Wird in der Folge innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und nach erfolgter Prophylaxe eine HIV-Infektion festgestellt, so erhält die versicherte Person die versicherte Rente rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt.

Die Rentenzahlung endet mit dem Tod der versicherten Person, längstens aber nach 25 Jahren.

Artikel 12

Welche Leistungen sind bei Kinderlähmung und Frühsommer-Meningoencephalitis vereinbart?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Über Art. 6.3. hinausgehend erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die Folgen der Kinderlähmung sowie auf die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme, jedenfalls aber mit EUR 40.000,- begrenzt.

Artikel 13

Was zahlen wir zusätzlich?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 21.2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Art. 21.2.4. sowie Kosten für Gutachten, die nicht von uns beauftragt wurden.

Artikel 14

Wann sind die Versicherungsleistungen fällig?

- 14.1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, 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 und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens uns vorzulegen hat.
- 14.2. 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 zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
- 14.3. 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.

Artikel 15

In welchen Fällen und wie entscheidet die Ärztekommision?

- 15.1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Art. 7.6. entscheidet die Ärztekommision. Die Entscheidung der Ärztekommision kann im Sinne des § 184 VersVG gerichtlich überprüft werden. Die Entscheidung der Ärztekommision ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- 15.2. In den nach Pkt. 15.1. der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten hat der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer schriftlichen Leistungsbeurteilung Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens eines allgemein beideten und gerichtlich zertifizierten Sachverständigen unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Art. 14.1. die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen; wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, sind diesbezüglich weitergehende Ansprüche ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge haben wir in unserer schriftlichen Leistungsbeurteilung hinzuweisen.

- 15.3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

- 15.4. Für die Ärztekommision bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung). Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser 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.

- 15.5. 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.
- 15.6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.
- 15.7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen. Im Falle des Art. 7.6. trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat. Der Anteil der Kosten, den der Anspruchsberechtigte zu tragen hat, ist mit 25% der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe begrenzt.

ABSCHNITT C:

BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 16

Was ist bei Änderung des Gesundheitszustandes zu beachten?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

- 16.1. Tritt während der Vertragslaufzeit eine erhebliche Änderung des auf dem Antrag anzugebenden Gesundheitszustandes (vollständige Arbeitsunfähigkeit, ständige Pflegebedürftigkeit, Nervenleiden oder Geisteskrankheit) ein und kann aufgrund dieser Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung grundsätzlich kein Versicherungsschutz geboten werden, so sind wir berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit der versicherten Person unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat ab Kenntnis zu kündigen.

Vollständige Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn der versicherten Person infolge von Krankheit oder Gebrechen nach medizinischen Gesichtspunkten die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nicht zugemutet werden kann und auch tatsächlich keine Erwerbstätigkeit vorliegt.

Ständig pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf (ab Pflegestufe 5 im Sinne der Bestimmungen des Bundespflegegeldgesetzes [BPGG]).

Zu Nervenleiden zählen insbesondere Schäden, die eine körperliche Einschränkung bzw. Beeinträchtigung der täglichen Verrichtungen des Lebens und der Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen. Darunter fallen u.a. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson bzw. Zustand nach Schlaganfall mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, Epilepsie mit Anfällen trotz Therapie, Gewebeneubildung (Tumore) des Zentralen Nervensystems, Polyneuropathie mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit, Verletzungen des Gehirns oder des Rückenmarks mit Einschränkung der Bewegungsfähigkeit.

Zu den Geisteskrankheiten zählen insbesondere manisch-depressive Psychosen, schizophrene und paranoide Störungen, Morbus Alzheimer und andere Demenzformen.

16.2. Der Beitrag gebührt uns bis zu jenem Zeitpunkt, in dem wir von der in Pkt. 16.1. beschriebenen Änderung des Gesundheitszustandes Kenntnis erlangt haben. Wir werden aber dennoch die Beiträge der laufenden Versicherungsperiode refundieren. Ist die Änderung des Gesundheitszustandes erst in der laufenden Versicherungsperiode eingetreten, refundieren wir die Beiträge nur bis zu diesem Zeitpunkt.

Artikel 17

Welche Unfälle sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz nicht Unfälle:

- 17.1. die die versicherte Person
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer),
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
 - bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
 - als Fluggast in Luftfahrzeugen, die nicht für die Verwendung zur Personenbeförderung zugelassen sind oder
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugenerleidet;
- 17.2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazu gehörigen Trainingsfahrten entstehen;
- 17.3. bei der Teilnahme an sportlichen Aktivitäten sowie am offiziellen Training für diese Aktivitäten, für die ein Entgelt bzw. ein Spesensersatz geleistet wird;
- 17.4. bei der Teilnahme an Extremsportarten wie: Canyoning, Rafting, Höhlentauchen, Eistauchen, Eisklettern, Höhlenklettern, Bungeejumping, Soloklettern, Freeclimbing, Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 6 sowie bei der Teilnahme an Expeditionen;
- 17.5. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestylings, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
- 17.6. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- 17.7. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammen hängen;
- 17.8. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- 17.9. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie oder
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren,verursacht werden;
- 17.10. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
- 17.11. 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.

Artikel 18

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes sind vereinbart?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

- 18.1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
- 18.2. 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 Art. 7.2. und 7.3. bemessen.
- 18.3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, andernfalls die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
- 18.4. 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.
- 18.5. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
- 18.6. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
- 18.7. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.

ABSCHNITT D:

PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 19

Wann ist der Beitrag zu bezahlen?

Der erste oder einmalige Beitrag einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Mitglieds-scheines oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Beitragszahlung zu bezahlen (Einlösung des Mitgliedsscheines). Die Folgebeiträge einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung gelten die §§ 38 ff VersVG.

Artikel 19 A

In welcher Weise kann ein neugeborenes Kind eingeschlossen werden?

Das uns gemeldete neugeborene Kind des Versicherungsnehmers gilt ab dem Zeitpunkt seiner Abnabelung in seinen ersten sechs Lebensmonaten mit einer Versicherungssumme von EUR 40.000,- für dauernde Invalidität gemäß Art. 7 B.1. als beitragsfrei mitversichert. Alle anderen eventuell im Vertrag des Versicherungsnehmers vereinbarten Leistungen gelten nicht für das beitragsfrei eingeschlossene Kind.

Artikel 20

Was ist bei Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung/Nebenbeschäftigung zu beachten?

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit oder der Beschäftigung/Nebenbeschäftigung 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/Nebenbeschäftigung.

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder für die Beschäftigung/Nebenbeschäftigung der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung unseres Tarifes ein niedrigerer Beitrag, so ist vom Zugang der Anzeige an nur dieser Beitrag zu bezahlen.

Ergibt sich ein höherer Beitrag, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit oder die Beschäftigung/Nebenbeschäftigung der volle Versicherungsschutz.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder die Beschäftigung/Nebenbeschäftigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag 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/Nebenbeschäftigung erforderlichen Beitragssätzen aufgrund des tatsächlichen im Mitgliedsschein berechneten Beitrages ergeben.

Besteht für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung/Nebenbeschäftigung grundsätzlich kein Versicherungsschutz, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG Anwendung.

Artikel 21

Was ist vor bzw. nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

21.1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

21.2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

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

21.2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, schriftlich anzuzeigen.

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

21.2.3. Uns ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte obduzieren und nötigenfalls exhumieren zu lassen.

21.2.4. 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.

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

21.2.6. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte gemäß § 11 a VersVG zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

21.2.7. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte gemäß § 11 a VersVG zu erteilen.

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

21.2.9. Ist auch Spitalgeld-Plus oder Schmerzensgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 10.2.) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden, in welcher der volle Vor- und Nachname der versicherten Person, deren Geburtsdatum, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.

21.2.10. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 22

Was gilt als Versicherungsperiode und was gilt als Vertragsdauer?

22.1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

22.2. Vertragsdauer

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), werden wir den Versicherungsnehmer vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung besonders hinweisen.

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 23

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Vertrag gekündigt werden?

23.1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

23.1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben, oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben. Weiters können wir nach Entscheidung der Ärztekommision bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach,
- nach erbrachter Versicherungsleistung,
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung,
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art. 15) bzw.
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht

unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist von uns vorzunehmen.

23.1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer in den in Art. 23.1.1. genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung verzögern.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach,
- nach erbrachter Versicherungsleistung,
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung,
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Art.15),

- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht,
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung bzw.
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 14)

vom Versicherungsnehmer vorzunehmen. Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

23.1.3. Uns steht der bis zur Vertragsauflösung anteilige Beitrag zu.

23.2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so gebührt uns der bis zur Vertragsauflösung anteilige Beitrag.

Artikel 24

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?

24.1. 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 erforderlich.

Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

24.2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

24.3. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 25

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Alle Erklärungen des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen bzw. der Anspruchsberechtigten sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und bei uns eingelangt sind. Unsere Erklärungen erfolgen ebenfalls schriftlich.

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

Der im folgenden Gesetzestext verwendete Begriff „Prämie“ deckt sich bei Versicherungsverträgen auf Gegenseitigkeit mit dem Begriff „Beitrag“.

A. Versicherungsvertragsgesetz

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

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter

der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

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

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

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

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11a (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies

1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder

2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder

3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag

unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder

2. anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder

3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder

4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat, oder

5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekannt gewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.

- (3) Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Zustimmung des Betroffenen nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln:
1. untersuchende oder behandelnde Ärzte, Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge oder
 2. Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer oder
 3. andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken, oder
 4. vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige oder
 5. gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen oder
 6. Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.
- (4) Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunftserteilung beziehungsweise der Einsichtgewährung zustimmt.
- (5) Gemäß Abs. 1 und 2 erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 108a VAG mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle der Abs. 1 und 3 ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.
- § 12. (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- (2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.
- (3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.
- § 23. (1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, dass durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- § 24. (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muss dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.
- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- § 25. (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, dass ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.
- § 26. Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlasst wird.
- § 27. (1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.
- § 28. (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.
- § 29. Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.
- § 30. Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

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

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

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

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

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

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B. Konsumentenschutzgesetz

§ 14. (1) Hat der Verbraucher im Inland seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder ist er im Inland beschäftigt, so kann für eine Klage gegen ihn nach den §§ 88, 89, 93 Abs. 2 und 104 Abs. 1 JN nur die Zuständigkeit des Gerichtes begründet werden, in dessen Sprengel der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung liegt; dies gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten, die bereits entstanden sind.

(2) Das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit sowie der örtlichen Zuständigkeit des Gerichts ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Heilung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der sachlichen oder örtlichen Unzuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, mit der für eine Klage des Verbrauchers gegen den Unternehmer ein nach dem Gesetz gegebener Gerichtsstand ausgeschlossen wird, ist dem Verbraucher gegenüber rechtsunwirksam.

(4) Die Abs. 1 und 3 sind insoweit zur Gänze oder zum Teil nicht anzuwenden, als nach Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anders bestimmt ist.

C. Darstellung der Leistungen für dauernde Invaliddität

Invalidditäts-grad	Dauernde Invaliddität - Leistung bis 500%			Dauernde Invaliddität - Leistung bis 250%			Invalidditäts-grad	Dauernde Invaliddität - Leistung bis 500%			Dauernde Invaliddität - Leistung bis 250%		
	Standard-Variante gemäß Art. 7 A.1.	Low-Variante gemäß Art. 7 A.2.	High-Variante gemäß Art. 7 A.3.	Standard-Variante gemäß Art. 7 B.1.	Low-Variante gemäß Art. 7 B.2.	High-Variante gemäß Art. 7 B.3.		Standard-Variante gemäß Art. 7 A.1.	Low-Variante gemäß Art. 7 A.2.	High-Variante gemäß Art. 7 A.3.	Standard-Variante gemäß Art. 7 B.1.	Low-Variante gemäß Art. 7 B.2.	High-Variante gemäß Art. 7 B.3.
1%	1%	0,5%	2%	1%	0,5%	2%	51%	104%	104,0%	104%	78%	78,0%	
2%	2%	1,0%	4%	2%	1,0%	4%	52%	108%	108,0%	108%	81%	81,0%	
3%	3%	1,5%	6%	3%	1,5%	6%	53%	112%	112,0%	112%	84%	84,0%	
4%	4%	2,0%	8%	4%	2,0%	8%	54%	116%	116,0%	116%	87%	87,0%	
5%	5%	2,5%	10%	5%	2,5%	10%	55%	120%	120,0%	120%	90%	90,0%	
6%	6%	3,0%	12%	6%	3,0%	12%	56%	124%	124,0%	124%	93%	93,0%	
7%	7%	3,5%	14%	7%	3,5%	14%	57%	128%	128,0%	128%	96%	96,0%	
8%	8%	4,0%	16%	8%	4,0%	16%	58%	132%	132,0%	132%	99%	99,0%	
9%	9%	4,5%	18%	9%	4,5%	18%	59%	136%	136,0%	136%	102%	102,0%	
10%	10%	5,0%	20%	10%	5,0%	20%	60%	140%	140,0%	140%	105%	105,0%	
11%	11%	5,5%	22%	11%	5,5%	22%	61%	144%	144,0%	144%	108%	108,0%	
12%	12%	6,0%	24%	12%	6,0%	24%	62%	148%	148,0%	148%	111%	111,0%	
13%	13%	6,5%	24%	13%	6,5%	24%	63%	152%	152,0%	152%	114%	114,0%	
14%	14%	7,0%	24%	14%	7,0%	24%	64%	156%	156,0%	156%	117%	117,0%	
15%	15%	7,5%	24%	15%	7,5%	24%	65%	160%	160,0%	160%	120%	120,0%	
16%	16%	8,0%	24%	16%	8,0%	24%	66%	164%	164,0%	164%	123%	123,0%	
17%	17%	8,5%	24%	17%	8,5%	24%	67%	168%	168,0%	168%	126%	126,0%	
18%	18%	9,0%	24%	18%	9,0%	24%	68%	172%	172,0%	172%	129%	129,0%	
19%	19%	9,5%	24%	19%	9,5%	24%	69%	176%	176,0%	176%	132%	132,0%	
20%	20%	10,0%	24%	20%	10,0%	24%	70%	180%	180,0%	180%	135%	135,0%	
21%	21%	10,5%	24%	21%	10,5%	24%	71%	184%	184,0%	184%	138%	138,0%	
22%	22%	11,0%	24%	22%	11,0%	24%	72%	188%	188,0%	188%	141%	141,0%	
23%	23%	11,5%	24%	23%	11,5%	24%	73%	192%	192,0%	192%	144%	144,0%	
24%	24%	12,0%	24%	24%	12,0%	24%	74%	196%	196,0%	196%	147%	147,0%	
25%	26%	26,0%	26%	25%	25,0%	25%	75%	200%	200,0%	200%	150%	150,0%	
26%	28%	28,0%	28%	27%	27,0%	27%	76%	204%	204,0%	204%	154%	154,0%	
27%	30%	30,0%	30%	29%	29,0%	29%	77%	208%	208,0%	208%	158%	158,0%	
28%	32%	32,0%	32%	31%	31,0%	31%	78%	212%	212,0%	212%	162%	162,0%	
29%	34%	34,0%	34%	33%	33,0%	33%	79%	216%	216,0%	216%	166%	166,0%	
30%	36%	36,0%	36%	35%	35,0%	35%	80%	224%	224,0%	224%	170%	170,0%	
31%	38%	38,0%	38%	37%	37,0%	37%	81%	232%	232,0%	232%	174%	174,0%	
32%	40%	40,0%	40%	39%	39,0%	39%	82%	240%	240,0%	240%	178%	178,0%	
33%	42%	42,0%	42%	41%	41,0%	41%	83%	248%	248,0%	248%	182%	182,0%	
34%	44%	44,0%	44%	43%	43,0%	43%	84%	256%	256,0%	256%	186%	186,0%	
35%	46%	46,0%	46%	45%	45,0%	45%	85%	264%	264,0%	264%	190%	190,0%	
36%	48%	48,0%	48%	47%	47,0%	47%	86%	272%	272,0%	272%	194%	194,0%	
37%	50%	50,0%	50%	49%	49,0%	49%	87%	280%	280,0%	280%	198%	198,0%	
38%	52%	52,0%	52%	51%	51,0%	51%	88%	288%	288,0%	288%	202%	202,0%	
39%	56%	56,0%	56%	53%	53,0%	53%	89%	296%	296,0%	296%	206%	206,0%	
40%	60%	60,0%	60%	55%	55,0%	55%	90%	312%	312,0%	312%	210%	210,0%	
41%	64%	64,0%	64%	57%	57,0%	57%	91%	328%	328,0%	328%	214%	214,0%	
42%	68%	68,0%	68%	59%	59,0%	59%	92%	344%	344,0%	344%	218%	218,0%	
43%	72%	72,0%	72%	61%	61,0%	61%	93%	360%	360,0%	360%	222%	222,0%	
44%	76%	76,0%	76%	63%	63,0%	63%	94%	376%	376,0%	376%	226%	226,0%	
45%	80%	80,0%	80%	65%	65,0%	65%	95%	392%	392,0%	392%	230%	230,0%	
46%	84%	84,0%	84%	67%	67,0%	67%	96%	408%	408,0%	408%	234%	234,0%	
47%	88%	88,0%	88%	69%	69,0%	69%	97%	424%	424,0%	424%	238%	238,0%	
48%	92%	92,0%	92%	71%	71,0%	71%	98%	440%	440,0%	440%	242%	242,0%	
49%	96%	96,0%	96%	73%	73,0%	73%	99%	456%	456,0%	456%	246%	246,0%	
50%	100%	100,0%	100%	75%	75,0%	75%	100%	500%	500,0%	500%	250%	250,0%	