

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG 2017 (AUVB 2017 – U 008)

Begriffsbestimmungen

- Soweit in diesen Bedingungen personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie Frauen und Männer gleichermaßen.
- Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherungsunternehmen abschließt.
- Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert 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, BGBl. Nr. 2/1959 in der jeweils geltenden Fassung) 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.
Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG), die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind unter Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) im vollen Wortlaut wiedergegeben.

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
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 600 %
	Art. 7 B:	Dauernde Invalidität - Leistung bis 300 %
	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:	Unfallpauschale
	Art. 11 B:	Begleitkosten
	Art. 11 C:	HIV-Infektionsrisiko
	Art. 11 D:	Unfallkosten Privat
	Art. 11 E:	Knochenbruch
	Art. 11 F:	Hepatitis C-Infektion
	Art. 11 G:	Fixkostenpauschale
	Art. 12:	Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Borreliose
Was leisten wir zusätzlich?	Art. 13:	Zusatzleistungen
Wann sind unsere Leistungen fällig?	Art. 14:	Fälligkeit unserer Leistungen
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet ein Schiedsgutachter?	Art. 15:	Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

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 (Einlösung des Mitgliedsscheines)
In welcher Weise kann ein neugeborenes Kind eingeschlossen werden?	Art. 19 A:	Neugeborenen-Versicherung
Was ist bei Änderung der Berufstätigkeit oder der anzugebenden gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?	Art. 20:	Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung/ Nebenbeschäftigung sowie anzugebender besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten 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, Vertragsdauer bzw. Verlängerung?	Art. 22:	Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Verlängerung
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
Welche Gebühren verrechnen wir?	Art. 26:	Gebühren

ANHANG

- A. Die in den Bedingungen zitierten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 in der jeweils geltenden Fassung)
- B. 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 Versicherungsleistungen ergeben sich aus Abschnitt B. Aus dem Mitgliedsschein ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind. Durch Wertanpassung erhöhte Versicherungssummen gelten erst für Unfälle, die nach der Erhöhung eintreten.

- 1.1. Einzel-Unfallversicherung
Versicherungsschutz besteht für die im Mitgliedsschein angeführte versicherte Person.
- 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 in geschriebener Form bekannt zu geben.
- 1.3. Alleinerzieher-Unfallversicherung
Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für ihre im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder (d.s. leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder).
Der Versicherungsschutz erlischt für das versicherte Kind automatisch mit dem auf die Vollendung des 19. Lebensjahres folgenden Monatsersten.
Änderungen des Familienstandes und Wohnsitzes der versicherten Personen sowie Name und Anzahl der im gemeinsamen Haushalt lebenden bereits mitversicherten oder zu versichernden Kinder sind uns unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben.
- 1.4. Alleinerzieher Plus-Unfallversicherung
Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für ihre im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder (d.s. leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder).
Der Versicherungsschutz besteht darüber hinaus für jedes der versicherten Kinder, wenn und solange für dieses Anspruch auf Bezug der Familienbeihilfe besteht, auch wenn aufgrund einer weiterführenden Ausbildung (z.B. Studium) keine gemeinsame Haushaltsführung mehr vorhanden ist.
Der Versicherungsschutz erlischt für das versicherte Kind mit Wegfall des Anspruches auf Familienbeihilfe, längstens jedoch mit dem auf die Vollendung des 25. Lebensjahres folgenden Monatsersten.
Änderungen des Familienstandes und Wohnsitzes der versicherten Personen sowie Name und Anzahl der bereits mitversicherten oder zu versichernden Kinder sind uns unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben. Ebenso ist uns der Wegfall des Bezuges der Familienbeihilfe unverzüglich in geschriebener Form zu melden.

1.5. Familien-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für die im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen, nämlich für ihren Ehepartner oder Lebensgefährten und für ihre Kinder (d.s. leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) 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 bereits mitversicherten oder zu versichernden Kinder sind uns unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben.

1.6. Familien Plus-Unfallversicherung

Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für ihre im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden Personen, nämlich für ihren Ehepartner oder Lebensgefährten und für ihre Kinder (d.s. leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder).

Der Versicherungsschutz besteht darüber hinaus für jedes der versicherten Kinder, wenn und solange für dieses Anspruch auf Bezug der Familienbeihilfe besteht, auch wenn aufgrund einer weiterführenden Ausbildung (z.B. Studium) keine gemeinsame Haushaltsführung mehr vorhanden ist.

Der Versicherungsschutz erlischt für das versicherte Kind mit Wegfall des Anspruches auf Familienbeihilfe, längstens jedoch mit dem auf die Vollendung des 25. Lebensjahres folgenden Monatsersten.

Änderungen des Familienstandes und Wohnsitzes der versicherten Personen sowie Name und Anzahl der bereits mitversicherten oder zu versichernden Kinder sind uns unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben. Ebenso ist uns der Wegfall des Bezuges der Familienbeihilfe unverzüglich in geschriebener Form zu melden.

Artikel 2

Was gilt als Versicherungsfall?

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

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung?

Versicherungsschutz besteht 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?

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung des ersten oder einmaligen Beitrags samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Beitrag) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Art. 19 geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil des ersten oder einmaligen Beitrags gilt § 39a VersVG (siehe Anhang).

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 Zerreißen von Muskeln, Bändern und Gelenkscapseln. Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, insbesondere auch durch abnutzungsbedingte Einflüsse mit Krankheitswert, findet Art. 18.3. Anwendung.
 - 6.2.4. Meniskusverletzungen gelten nur dann als Unfall, wenn aus demselben Ereignis im selben Kniegelenk Begleitverletzungen wie Knochenbrüche oder Bänderrisse vorliegen.
- 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.
- 6.4. Unfälle als Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles sind mitversichert.

- 6.5. Unfälle bei der Ausübung des Tauchsportes bis zu einer Tauchtiefe von maximal 30 m. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person im Besitz eines gültigen Tauchscheines eines anerkannten Verbandes wie PADI, SSI, CMAS oder NAUI ist.

Nicht versichert sind berufliches bzw. wettkampfmäßiges Tauchen, Eis- und Höhlentauchen, Tiefseetauchen und Apnoetauchen (siehe Art. 17.4).

Versicherungsschutz besteht auch für folgende tauchtypische Gesundheitsschäden, welche entstehen, ohne dass ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis vorliegt:

- Stickstoff-Intoxikation,
- Kohlendioxid-Intoxikation,
- Sauerstoff-Intoxikation,
- Atemgasembolie,
- Barotraumen,
- Caisson-Krankheit.

Allmähliche Einwirkungen bleiben in jedem Fall ausgeschlossen.

Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer gelten als Heil- bzw. Bergungskosten.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7

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

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.
- Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, insbesondere auch durch abnutzungsbedingte Einflüsse mit Krankheitswert, findet Art. 18.3. Anwendung.
- 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 jenem 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 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 das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50 %
des Geruchssinnes	10 %
des Geschmackssinnes	10 %
der Milz	10 %
einer Niere	20 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Pkt. 7.3. und 7.4. 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 vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.
- 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.

Artikel 7 A

Was gilt für dauernde Invalidität - Leistung bis 600 % vereinbart?

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

7 A.1. Variante standard für dauernde Invalidität - Leistung bis 600 %

bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % die Leistung entsprechend dem Invaliditätsgrad,
für den 25 % übersteigenden und 40 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die dreifache Leistung,
für den 40 % übersteigenden und 60 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die fünffache Leistung,
für den 60 % übersteigenden und 75 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die siebenfache Leistung,
für den 75 % übersteigenden und 80 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die zehnfache Leistung,
für den 80 % übersteigenden und 90 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die fünfzehnfache Leistung,
für den 90 % übersteigenden Invaliditätsgrad das Sechsfache der Versicherungssumme als Leistung.

7 A.2. Variante basis für dauernde Invalidität - Leistung bis 600 %

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % wird für diesen nur die halbe Leistung erbracht. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25 %, so sind die Bestimmungen gemäß 7 A.1. gültig.

7 A.3. Variante premium für dauernde Invalidität - Leistung bis 600 %

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % wird für diesen die doppelte Leistung, jedoch maximal 25 % der Versicherungssumme erbracht. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25 %, so sind die Bestimmungen gemäß 7 A.1. gültig.

Artikel 7 B

Was gilt für dauernde Invalidität - Leistung bis 300 % vereinbart?

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

7 B.1. Variante standard für dauernde Invalidität - Leistung bis 300 %

bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % die Leistung entsprechend dem Invaliditätsgrad,
für den 25 % übersteigenden und 40 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die doppelte Leistung,
für den 40 % übersteigenden und 60 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die dreifache Leistung,
für den 60 % übersteigenden und 75 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die vierfache Leistung,
für den 75 % übersteigenden und 90 % nicht übersteigenden Invaliditätsgrad die fünffache Leistung,
für den 90 % übersteigenden Invaliditätsgrad das Dreifache der Versicherungssumme als Leistung.

7 B.2. Variante basis für dauernde Invalidität - Leistung bis 300 %

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % wird für diesen nur die halbe Leistung erbracht. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25 %, so sind die Bestimmungen gemäß 7 B.1. gültig.

7 B.3. Variante premium für dauernde Invalidität - Leistung bis 300 %

Bis zu einem Invaliditätsgrad von 25 % wird für diesen die doppelte Leistung, jedoch maximal 25 % der Versicherungssumme erbracht. Beträgt der Invaliditätsgrad mehr als 25 %, so sind die Bestimmungen gemäß 7 B.1. gültig.

Artikel 7 C

Was gilt für die Invaliditäts-Vollversicherung vereinbart?

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

Für Invaliditätsgrade unter 50 % wird keine Leistung erbracht.

Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, insbesondere auch durch abnutzungsbedingte Einflüsse mit Krankheitswert, findet Art. 18.3. Anwendung.

Artikel 7 D

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

7 D.1. Unfallrente – monatliche Leistung ab 50 % Invaliditätsgrad

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. Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, insbesondere auch durch abnutzungsbedingte Einflüsse mit Krankheitswert, findet Art. 18.3. Anwendung.

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 Unfallrente mit garantierter Laufzeit von 20 Jahren

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

7 D.1.2. Temporäre Unfallrente mit Kapitalrückgewähr

Im Falle einer auf fixe Laufzeit vereinbarten Unfallrente 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. Unfallrente – monatliche Leistung ab 35 % Invaliditätsgrad

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.

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad im Sinne des Art. 7 mindestens 35 %, jedoch weniger als 50 %, gelangt die halbe vereinbarte Unfallrente zur Auszahlung.

Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, insbesondere auch durch abnutzungsbedingte Einflüsse mit Krankheitswert, findet Art. 18.3. Anwendung.

Die Unfallrente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung (gemäß Art. 14), rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten lebenslang zu. Wir sind berechtigt, innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall eine neue ärztliche Bemessung erstellen zu lassen. Wenn der unfallkausale Invaliditätsgrad unter 35 % gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Unfallrente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis dahin bezahlte Rentenleistungen werden von uns jedoch nicht zurückverlangt. Bei Ableben der versicherten Person innerhalb von 20 Jahren nach Fälligkeit der ersten Unfallrente werden die Rentenzahlungen an die für den Ablebensfall begünstigte Person bis zum Ablauf dieses Zeitraumes (Garantiezeit) fortgesetzt.

Artikel 8

Was gilt bei Tod durch Unfall vereinbart?

- 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 Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, insbesondere auch durch abnutzungsbedingte Einflüsse mit Krankheitswert, findet Art. 18.3. Anwendung.
- 8.2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für die Versicherungsleistungen dauernde Invalidität (siehe Art. 7) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.
- 8.3. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell gesetzlich verordneten Betrages für Beerdigungskosten rückerstattet.
- 8.4. Sterben beide Ehepartner oder Lebensgefährten durch dasselbe versicherte Unfallereignis, so wird im Rahmen der Familien- bzw. Familien Plus-Unfallversicherung die doppelte Versicherungssumme für den Todesfall an die bezugsberechtigten Kinder (d.s. leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder) einmalig ausbezahlt, sofern zumindest eines dieser Kinder im selben Unfallvertrag mitversichert ist. Alle anderen oben genannten Bedingungen bleiben davon unberührt.

Artikel 8 A

Was ist im Rahmen der Waisenrente versichert?

Stirbt ein, bei uns im Rahmen der Alleinerzieher-, Alleinerzieher Plus-, Familien- bzw. Familien Plus-Unfallversicherung versicherter Ehepartner oder Lebensgefährte 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 Kind (d.s. leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder) das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Sterben beide Ehepartner oder Lebensgefährte durch dasselbe versicherte Unfallereignis, so leisten wir im Rahmen der Familien- bzw. Familien Plus-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).

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungsverträge, kann die vereinbarte Leistung für Waisenrente nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Artikel 9
Was gilt für Taggeld vereinbart?

- 9.1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung (Erwerbstätigkeit) der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 9.2. Kinder, Schüler, Studenten, 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 Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist auf dem Mitgliedsschein ersichtlich.

Artikel 10
Was ist im Rahmen von Spitalgeld Plus versichert?

- 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, für Nerven- und psychisch Kranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime sowie Kuranstalten, Geriatriezentren, Pflege-, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Betreuungseinrichtungen zur Kurzzeit- und Übergangspflege.

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.

Für die Geltendmachung des Leistungsanspruchs ist uns eine Aufenthaltsbestätigung zu übermitteln (siehe Art. 21.2.6.).

Artikel 11
Was ist im Rahmen von Unfallkosten versichert?

- 11.1. Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten rückerstattet, 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.
Die entsprechenden ärztlichen Verordnungen, die Originalrechnungen bzw. die Rechenkopien einschließlich der Bestätigungen über die Kostenrückerstattung des Sozialversicherungsträgers sind uns in Papierform zu überlassen. Eine Übermittlung in elektronischer Form ist hier nicht zulässig.

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 die Reparatur festsitzender, nicht abnehmbarer Zahnersätze. Sofern die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, werden wir bei unfallkausalem Zahnverlust (ausgenommen Milchzähne) die Kosten eines Zahnersatzes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, limitiert mit der Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme, rückerstatten.

Nicht rückerstattet werden:

- Kosten der Sonderklasse in Spitälern und Krankenanstalten,
- Kosten der ärztlichen Behandlung in einer nicht öffentlichen Ambulanz oder Krankenanstalt bzw. die Kosten des Aufenthaltes in einem nicht öffentlichen Spital oder in einem privaten Sanatorium,
- Kosten der Fahrten zu Nachbehandlungen und Nachuntersuchungen,
- Kosten für private Operationen und Ordinationen sowie für private Behandlungen, Untersuchungen und Therapien von Wahl- bzw. Privatärzten,
- Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte,
- Kosten für die Reparatur oder für die Wiederbeschaffung von nicht festsitzenden, abnehmbaren Zahnersätzen, von künstlichen Gliedmaßen oder von sonstigen künstlichen Behelfen,
- Kosten für die Folgen des Ausbeißens von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen,

- Kosten für Anwendungen der traditionellen chinesischen Medizin (TCM), Akupunkturbehandlungen, Chirotherapie, Bioresonanztherapie, Neuraltherapie und ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen,
- Kosten für die Anschaffung von Trainingsgeräten oder Geräten zur Verbesserung der Fortbewegung.
- Unfallnebenkosten wie z.B.:
 - Kosten für die Nutzung von Privat- und Mietwagen, Taxis oder öffentlichen Verkehrsmitteln
 - Kosten für den Transport und die Aufbewahrung von Fahrzeugen und von Gepäck
 - Kosten für Parkplätze oder Garage
 - Verpflegungs- und Übernachtungskosten
 - Trinkgelder
 - Telefonkosten
 - Schadenersatz für den Verlust oder die Beschädigung von Gegenständen

11.1.2. **Bergungskosten**, das sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg-, See-, Wassers- oder Feuersnot geraten ist und unverletzt oder verletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg-, See-, Wassers- oder Feuersnot 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 nächstgelegenen Spital.

11.1.3. **Rückholkosten**, das sind die unfallbedingten Kosten des medizinisch begründeten Verletztentransportes der außerhalb ihres Wohnortes versicherten Person von dem Krankenhaus, in das die versicherte Person nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort in Österreich bzw. zum dem österreichischen Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus mit einem ärztlich empfohlenen Transportmittel. 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 15.000,- rückerstattet, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

11.3. **Nottransportkosten**
Es werden betragslich unbeschränkt die Kosten eines ärztlich angeordneten Nottransportes der im Ausland verunfallten oder akut erkrankten versicherten Person übernommen.
Als Nottransport ist auch ein medizinisch erforderlicher Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus (im Ausland oder nach Österreich) zu sehen.

Der Nottransport ist durch eine von uns bestimmte Organisation (Kontakt und Inanspruchnahme ausschließlich über die auf der Notfallkarte angeführte Notfallnummer) vorzunehmen, die auch über die Notwendigkeit der Durchführung entscheidet.

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

Kein Anspruch auf Kostenübernahme besteht, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransportes anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die von uns bestimmte 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 sind 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, die aus ärztlicher Sicht notwendig werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wurde, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild auf Lebenszeit beeinträchtigt ist, werden bis zu EUR 15.000,- rückerstattet, 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.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören Schneide- und Eckzähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Wir erstatten nachgewiesene und nicht von Dritten übernommene Arzthonorare und sonstige Operationskosten, notwendige Kosten für Unterbringung und Verpflegung in einem Krankenhaus, Zahnbehandlungs- und Zahnersatzkosten (ausgenommen die Kosten für die Reparatur von nicht festsitzenden, abnehmbaren Zahnersätzen). Die entsprechenden Originalrechnungen sind uns in Papierform zu überlassen. Eine Übermittlung in elektronischer Form ist hier nicht zulässig.

11.6. **Pauschalbetrag nach unfallbedingter Fehlgeburt**
Hat die versicherte Person während einer innerhalb der Vertragslaufzeit eingetretenen und durch Mutter-Kind-Pass nachgewiesenen Schwangerschaft aufgrund eines Unfalles gemäß Art. 6 nach der 15. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erlitten, leisten wir einen Pauschalbetrag von EUR 1.000,- .

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungsverträge, kann der vereinbarte Pauschalbetrag nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

11.7. **Pauschalbetrag für psychologische Betreuung**
Nimmt die versicherte Person innerhalb von 12 Monaten vom Unfalltag an gerechnet wegen einer durch ein versichertes Unfallereignis hervorgerufenen nachstehenden Unfallfolge psychologische Betreuung durch zur Ausübung des Berufes zugelassene Personen (Diplompsychologe, Psychiater, etc.) in Anspruch, leisten wir einen Pauschalbetrag von EUR 1.000,-.

Diese Unfallfolgen sind:

- vollständige oder teilweise Amputation einer Gliedmaße,
- vollständiger Verlust der Sehkraft eines Auges,

- vollständige oder teilweise Entfernung des Penis, eines Hoden oder einer weiblichen Brust,
- wesentliche Entstellung des Gesichtsbereichs,
- vollständiger Verlust von Gehörsinn, Geruchssinn oder Geschmackssinn,
- Querschnittslähmung (komplett oder inkomplett).

Zugelassene Personen sind:

- Psychiater (= Ärzte mit Zusatzausbildung): Die Österreichische Ärztekammer ist für die Zulassung und in Folge für die Eintragung in die entsprechenden Verzeichnisse zuständig.
- Psychologen und Psychotherapeuten: Das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (bmg) ist für die Eintragung in das entsprechende Verzeichnis zuständig, welches auch online abgefragt werden kann (<http://ipp.bmg.gv.at/>).

Bestehen für die versicherte Person bei uns mehrere Unfallversicherungsverträge, kann der vereinbarte Pauschalbetrag nur aus einem dieser Verträge verlangt werden.

Artikel 11 A

Wann wird eine Unfallpauschale bezahlt?

Wir erbringen nach einem versicherten Unfall, der einen sofortigen, mindestens 21-tägigen ununterbrochenen, stationären Spitalsaufenthalt (siehe Art. 10.2.) medizinisch bedingt, eine einmalige Unfallpauschale in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme. Beträgt die Spitalsaufenthaltsdauer mindestens 14 Tage, aber weniger als 21 Tage, leisten wir eine einmalige Unfallpauschale in Höhe der halben vereinbarten Versicherungssumme.

Für die Geltendmachung des Leistungsanspruchs ist uns eine Aufenthaltsbestätigung zu übermitteln (siehe Art. 21.2.6.).

Artikel 11 B

Wann werden Begleitkosten rückerstattet?

Wurde ein versichertes Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aufgrund eines versicherten Unfalles zu medizinisch notwendiger Heilbehandlung in einem Spital stationär aufgenommen, werden die nachgewiesenen Verpflegungskosten für eine Begleitperson rückerstattet (max. EUR 100,- pro Tag, längstens für 42 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag).

Nicht rückerstattet werden diese Kosten, wenn sie aus einem anderen Versicherungsvertrag zu ersetzen sind oder von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Die entsprechenden Originalrechnungen sind uns in Papierform zu überlassen. Eine Übermittlung in elektronischer Form ist hier nicht zulässig.

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 leisten wir 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 postexpositionelle Prophylaxe einer HIV-Infektion (HIV-PEP) durchgeführt wurde.

Wird in der Folge innerhalb eines Jahres nach dem Unfall und nach erfolgter HIV-PEP 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 11 D

Was ist im Rahmen von Unfallkosten Privat versichert?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfallkosten Privat rückerstattet, 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.

Die entsprechenden ärztlichen Verordnungen, die Originalrechnungen bzw. die Rechenkopien einschließlich der Bestätigungen über die Kostenrückerstattung des Sozialversicherungsträgers sind uns in Papierform zu überlassen. Eine Übermittlung in elektronischer Form ist hier nicht zulässig.

Im Rahmen der Unfallkosten Privat sind versichert:

11 D.1. Kosten für Behandlung in Privatkliniken

Nimmt die versicherte Person nach einem versicherten Unfall ärztliche Behandlung in einer nicht öffentlichen Ambulanz oder Krankenanstalt bzw. in einem nicht öffentlichen Spital oder privaten Sanatorium in Anspruch, werden die nicht von der Sozialversicherung ersetzten Kosten (für Aufenthalt und Behandlung) bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme rückerstattet.

- 11 D.2. Rückholkosten ohne medizinische Begründung
In Erweiterung des Art. 11.1.3. sind Rückholkosten innerhalb der hierfür vereinbarten Versicherungssumme auch versichert, wenn der unfallbedingte Verletztentransport innerhalb von Österreich nicht medizinisch begründet ist. Die Leistung wird in diesen Fällen um einen Selbstbehalt von 25 % vermindert.
- 11 D.3. Kosten für wahl- bzw. privatärztliche Leistungen
Nimmt die versicherte Person nach einem versicherten Unfall wahl- bzw. privatärztliche Leistungen in Anspruch, werden die Kosten für Arztberatung (Ordination oder Krankenhaus), für ambulante Operationen in privaten Praxen sowie für Physiotherapien, MRT, CT, Röntgen, EKG, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen und Punktionen bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme rückerstattet, sofern für diese nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.
- 11 D.4. Kosten für Komplementär- und Alternativmedizin-Behandlungen
Abweichend zu Art. 11.1.1. sind Kosten für Komplementär- und Alternativmedizin-Behandlungen innerhalb der hierfür vereinbarten Versicherungssumme auch versichert.
Darunter fallen die Kosten der im Folgenden aufgezählten Behandlungen, die auch ohne ärztliche Verordnung zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden, wobei Therapien ausschließlich von Personen vorzunehmen sind, die zur Durchführung der Behandlungen in Österreich zugelassen sind:
- traditionelle chinesische Medizin (TCM), insbesondere:
 - Akupunktur (Nadelung inklusive Schröpfen und Moxibustion)
 - Massage (Tuina Anmo, Gua Sha oder Shiatsu)
 - Bewegungslehre (Qigong und Taijiquan)
 - Diätetik (Ernährungslehre)
 - Heilkräutertherapie (beinhaltet pflanzliche, mineralische und tierische Stoffe)
 - Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach dem homöopathischen Arzneibuch hergestellt werden
 - Hydrotherapie/Physikalische Therapie
 - Osteopathie/Kraniosakraltherapie
 - Chirotherapie
 - Phytotherapie

Nicht rückerstattet werden:

- Kosten der Sonderklasse in Spitälern und Krankenanstalten,
- Fahrtkosten.

Artikel 11 E

Was ist im Rahmen von Knochenbruch versichert?

Die vereinbarte Versicherungssumme wird bei einem durch einen versicherten Unfall erlittenen Knochenbruch fällig.

Unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen wird

- die vereinbarte Versicherungssumme geleistet, wenn ein Bruch von Schädel-, Oberarm-, Beckenknochen oder ein offener Knochenbruch vorliegt,
- die halbe vereinbarte Versicherungssumme geleistet, wenn ein Bruch anderer Knochen vorliegt,
- die vereinbarte Versicherungssumme geleistet, sofern in Kombination mit anderen Knochenbrüchen auch ein Bruch von Schädel-, Oberarm-, Beckenknochen oder ein offener Knochenbruch vorliegt.

Als Bruch gelten auch Haarriss, knöcherner Ausriss einer Sehne und Knochensplitterung. Ebenfalls versichert ist die Verletzung einer Wachstumsfuge bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Der Leistungsanspruch steht der versicherten Person nur einmal pro Kalenderjahr zu. Hat die versicherte Person innerhalb eines Kalenderjahres einen weiteren Unfall mit Knochenbruch, wird keine weitere Leistung erbracht, außer wenn durch den weiteren Unfall ein Bruch von Schädel-, Oberarm-, Beckenknochen oder ein offener Knochenbruch vorliegt und beim ersten versicherten Unfall nur die halbe vereinbarte Versicherungssumme erbracht wurde. In diesem Fall wird erneut die halbe vereinbarte Versicherungssumme geleistet.

Artikel 11 F

Was wird bei Hepatitis C-Infektion bezahlt?

Bei akuter Hepatitis C-Infektion infolge der Exposition durch Stich-, Schnitt- oder Bissverletzungen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit oder bei einem dem Arbeitsunfall gleichgestellten Unfall leisten wir 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 sie sich sofort, bis spätestens einen Tag nach der Exposition, in ärztliche Betreuung inkl. Laborwerteüberwachung begeben hat und weiters, dass nach Ablauf der üblichen Inkubationszeit, längstens nach 6 Monaten nach der Exposition aufgrund der akuten Hepatitis C-Infektion eine Therapie zur Verhinderung einer Chronifizierung (z.B. mit Interferon) begonnen wurde.

Wird ein Jahr nach dem Unfall trotz erfolgter Therapie eine chronische Hepatitis C-Erkrankung diagnostiziert, 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 11 G
Was wird bei Fixkostenpauschale bezahlt?

- 11 G.1. Die vereinbarte Fixkostenpauschale wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität der versicherten Person monatlich, beginnend ab dem 43. Tag einer unfallbedingten, ununterbrochenen, vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung (Erwerbstätigkeit) geleistet, längstens jedoch für 12 Monate innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag.

Mehrere Arbeitsunfähigkeitszeiträume wegen desselben Unfalles werden nicht wie eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit gewertet.

Die Zahlung erfolgt jeweils pro angefangenem Monat, wobei der erste Monat am 43. Tag der ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit beginnt. Jeder Folgemonat beginnt jeweils dreißig Tage später, sofern eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit fortbesteht. Die Zahlungen erfolgen jeweils nach Vorlage einer ärztlichen Bestätigung, aus der sowohl der direkte Zusammenhang mit dem versicherten Unfallereignis, als auch die fortbestehende ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit hervorzugehen hat, und die innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42-tägigen Wartezeit vorzulegen ist.

Wir sind berechtigt, weitere Nachweise zu verlangen, welche die fortbestehende ununterbrochene vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigen.

Es erfolgen keine Zahlungen für die Dauer eines künftigen voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeitszeitraums.

- 11 G.2. Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder –männer, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, geringfügig Beschäftigte, Arbeitslose, Pensionisten und Personen im Vorruhestand haben keinen Anspruch auf Fixkostenpauschale.
- 11 G.3. Der Anspruch auf Fixkostenpauschale erlischt auch, sobald die versicherte Person während der Vertragslaufzeit dem unter Pkt. 11 G.2. angeführten Personenkreis zugeordnet werden kann, spätestens mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Hinsichtlich der Meldepflicht verweisen wir auf Art. 20.

Artikel 12
Welche Leistungen sind bei Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose vereinbart?

Über Art. 6.3. hinausgehend erstreckt sich der Versicherungsschutz auch auf die Folgen der Kinderlähmung, auf die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und auf die Folgen einer Borreliose, 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, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Borreliose 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 leisten wir zusätzlich?

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

Artikel 14
Wann sind unsere Versicherungsleistungen fällig?

- 14.1. Unsere Geldleistungen werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
- 14.2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung von uns eine Erklärung verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
- 14.3. Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht zu vertreten hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadensanzeige nicht feststellen, haben wir auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.
- 14.4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies Art. 7.5. und 7.6. zu beachten.

Artikel 15
In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet ein Schiedsgutachter?

- 15.1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
- 15.2. Gemäß § 184 VersVG (siehe Anhang) ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß Pkt. 15.7. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.

- 15.3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch uns zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen 6 Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung von uns über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne des Pkt. 15.1. unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen werden wir den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
- 15.4. Als Schiedsgutachter bestellen der von uns im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
- 15.5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 21.2.3. bis 21.2.5. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
- 15.6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Pkt. 15.1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
- 15.7. Verlangen wir die Entscheidung des Schiedsgutachters, so tragen wir dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 25 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 50 % des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 15.2.) tragen wir die Kosten des Schiedsgutachters.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 16

Was ist bei Änderung des Gesundheitszustandes zu beachten?

- 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 Beeinträchtigungen grundsätzlich kein Versicherungsschutz geboten werden, so sind wir berechtigt, das Versicherungsverhältnis mit der versicherten Person unter Einhaltung der 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?

Der Versicherungsschutz umfasst nicht:

- 17.1. Unfälle, 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 Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind oder
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen
- erleidet;

- 17.2. Unfälle, die bei der Teilnahme an motorsportlichen Veranstaltungen (auch Wertungsfahrten und Rallyes), den dazugehörigen Trainingsfahrten und beim freien Fahren auf Rennstrecken im In- und Ausland entstehen;
- 17.3. Unfälle bei der Ausübung von sportlichen Aktivitäten sowie bei der Teilnahme am Training für diese Aktivitäten, für die ein Entgelt bzw. ein Spesenersatz geleistet wird;
- 17.4. Unfälle bei der Ausübung von Extremsportarten wie: Canyoning, Rafting, Höhlentauchen, Tiefseetauchen, Apnoetauchen, Eistauchen, Eisklettern, Höhlenklettern, Bungeejumping, Soloklettern, Freeclimbing, Bergsteigen ab Schwierigkeitsgrad 6 sowie bei der Teilnahme an Expeditionen;
- 17.5. Unfälle 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 Rodelns sowie am Training für diese Veranstaltungen;
- 17.6. Unfälle, die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
- 17.7. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
Ausgenommen vom Ausschluss sind Auslandseinsätze von Bediensteten der österreichischen Polizei bzw. österreichischer Berufssoldaten:

Es wird Versicherungsschutz für Unfälle, welche die versicherte Person während ihres Auslandseinsatzes als Bedienstete der österreichischen Polizei oder als Berufssoldat des österreichischen Bundesheers

- bei Maßnahmen der Friedenssicherung einschließlich der Förderung der Demokratie und Rechtsstaatlichkeit sowie des Schutzes der Menschenrechte im Rahmen einer internationalen Organisation oder der Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (OSZE) oder
- in Durchführung von Beschlüssen der Europäischen Union im Rahmen der Gemeinsamen Außen- und Sicherheitspolitik oder
- bei Maßnahmen der humanitären Hilfe und der Katastrophenhilfe oder
- bei Maßnahmen der Such- und Rettungsdienste oder
- bei Übungen und Ausbildungsmaßnahmen im Bereich der militärischen Landesverteidigung

erleidet, insoweit gewährt, als eine Leistung für Unfalltod oder Invalidität erbracht wird. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme, jedenfalls aber mit EUR 150.000,- begrenzt.

Der Einberufungsbefehl zum Auslandseinsatz ist uns rechtzeitig, mindestens eine Woche vor Beginn des Auslandseinsatzes in geschriebener Form anzuzeigen. Dieser Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme in Schriftform bestätigen, frühestens aber mit dem angezeigten Beginn des Auslandseinsatzes.

- 17.8. durch innere Unruhen verursachte Unfälle, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- 17.9. Unfälle, 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. Unfälle, die die versicherte Person infolge
- eines epileptischen Anfalls oder
 - eines anderen auf den ganzen Körper der versicherten Person wirkenden Krampfanfalls oder
 - einer Bewusstseinsstörung erleidet.

Unter Bewusstseinsstörungen fallen alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die auf Alkohol, Medikamenten, Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, beruhen, welche die versicherte Person außerstande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen, und einen Grad erreicht haben, bei dem sie die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.

Für eine andere Bewusstseinsstörung, die nicht auf Alkohol, Medikamenten, Drogen oder sonstigen Mitteln beruht, wie z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmachtsanfall, Blutdruckschwankungen, Blutzuckerschwankungen, besteht Versicherungsschutz.

- 17.11. Gesundheitsschäden verursacht durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren;
- 17.12. Gesundheitsschäden verursacht durch eine unabsichtliche Einnahme verdorbener, bakteriell oder virologisch belasteter Lebensmittel (z.B. Nahrungsmittelvergiftung, Salmonelleninfektion).

Artikel 18

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes sind vereinbart?

- 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 bei den Leistungen für Invalidität und Unfallrente der Prozentsatz des Invaliditätsgrades und bei der Todesfallleistung die Leistung selbst 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 abnützungsbedingten 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.
- Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Gehirns entstanden sind (z.B. Schlaganfall), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung oder einem Verschluss des betreffenden Blutgefäßes besteht und diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen 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 (= Bandscheibenvorfälle) jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden, und:
- die Gewalteinwirkung durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden haben; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
- 18.7. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn diese an der betreffenden Stelle durch einen Direktkontakt mit einer gewaltsamen von außen kommenden mechanischen Einwirkung 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 Mitgliedsscheines oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Beitragszahlung zu bezahlen. Die Folgebeiträge einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe Anhang).

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 sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten zu beachten?

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

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder für die Beschäftigung/Nebenbeschäftigung sowie für die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrunde liegenden Tarif:

- ein niedrigerer Beitrag, so ist vom Zugang der Anzeige an nur dieser Beitrag zu bezahlen,
- 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 sowie besonders gefährliche Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung eines dem höheren Risiko angepassten Beitrags. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unseres Änderungsvorschlags ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Wird der Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist gekündigt, so gilt der von uns vorgeschlagene erhöhte Beitrag ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Wir werden im Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Beitragserhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit oder die Beschäftigung/Nebenbeschäftigung sowie besonders gefährliche Freizeitaktivitäten 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 bzw.

besonders gefährliche Freizeitaktivitäten erforderlichen Beitragssätzen aufgrund des tatsächlichen im Mitgliedsschein berechneten Beitrages ergeben.

- dass grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (siehe Anhang) 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 den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG (siehe Anhang) bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweils kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

21.2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Anlage) bewirkt, werden bestimmt:

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

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

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

21.2.6. Ist auch Spitalgeld Plus oder Unfallpauschale versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (siehe 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.

ABSCHNITT E:

SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 22

Was gilt als Versicherungsperiode und was gilt als Vertragsdauer bzw. Verlängerung?

22.1. Versicherungsperiode

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

22.2. Vertragsdauer bzw. Verlängerung

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

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

Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass wir den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit darüber informieren, dass dieser den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann; dabei werden wir auch auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen des Pkt. 22.2.2.

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 des Schiedsgutachters 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 Schiedsgutachten (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 Schiedsgutachten (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 (siehe Anhang) 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?

Rücktrittserklärungen gem. §§ 3 und 3a KSchG können in jeder beliebigen Form abgegeben werden. Für sonstige Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder - sofern vereinbart - elektronische Kommunikation gemäß § 5a VersVG). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Artikel 26

Welche Gebühren verrechnen wir?

Die Beitragszahlung hat an uns kostenfrei zu erfolgen.

Wir berechnen keine zusätzlichen Gebühren, außer Mehraufwendungen, die von Ihnen veranlasst werden (z.B. Mahngebühren bei Beitragszahlungsverzug, Ausstellung von Duplikaten, nachträgliche Vinkulierungsänderungen).

ANHANG

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 in der jeweils geltenden Fassung)

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

A. Versicherungsvertragsgesetz

- § 5a. (1) Die Vereinbarung der elektronischen Kommunikation bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss. Sie kann von jeder der Vertragsparteien jederzeit widerrufen werden. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung hinzuweisen.
- (2) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation können sich die Vertragsparteien die Schriftform nur für Erklärungen, die Bestand oder Inhalt des Versicherungsverhältnisses betreffen, ausbedingen, sofern dies aus Gründen der Rechtssicherheit sachlich gerechtfertigt und für den Versicherungsnehmer nicht gröblich benachteiligend ist. Eine solche Vereinbarung der Schriftform bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Versicherungsnehmers, die gesondert erklärt werden muss.
- (3) Bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation kann der Versicherer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine nach Maßgabe des § 3 Abs. 1, Erklärungen und andere Informationen, der Versicherungsnehmer Erklärungen und andere Informationen elektronisch übermitteln.
- (4) Auch bei Vereinbarung der elektronischen Kommunikation haben die Vertragsparteien das Recht, ihre Erklärungen und Informationen auf Papier zu übermitteln. Macht der Versicherer davon oder vom Recht des Widerrufs dieser Vereinbarung Gebrauch, so muss er den Versicherungsnehmer rechtzeitig elektronisch davon verständigen und ihn dabei auf die Rechtsfolgen des § 10 hinweisen.
- (5) Hat der Versicherungsnehmer Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine, Erklärungen oder andere Informationen nur elektronisch erhalten, so kann er jederzeit – jeweils einmalig kostenfrei – auch deren Ausfolgung auf Papier oder in einer anderen von ihm gewünschten und vom Versicherer allgemein zur Auswahl gestellten Art verlangen. Auf dieses Recht ist der Versicherungsnehmer vor Einholung seiner Zustimmung zur elektronischen Kommunikation hinzuweisen.
- (6) Von der Vereinbarung der elektronischen Kommunikation bleibt die Erfüllung der Informationspflichten nach den gemäß § 252, § 253, § 254 und § 255 VAG 2016 unberührt.
- (7) Bei elektronischer Übermittlung von vertragsrelevanten Inhalten ist der Versicherungsnehmer klar und deutlich darauf hinzuweisen, dass die Sendung einen Versicherungsschein oder eine bestimmte andere vertragsrelevante Information betrifft.
- (8) Die elektronische Übermittlung erfordert, dass
1. die Vereinbarung über die elektronische Kommunikation die Übermittlungsart sowie die Verpflichtung beider Vertragspartner enthält, Angaben über ihren Zugang zum Internet zu machen und eine Änderung dieser Daten bekanntzugeben;
 2. der Versicherungsnehmer nachweislich über einen regelmäßigen Zugang zum Internet verfügt; dies gilt als nachgewiesen, wenn er bei seiner Zustimmung entsprechende Angaben gemacht hat und der Versicherer keinen Anhaltspunkt darauf hat, dass dem Zugang ein Hindernis entgegenstehen könnte;
 3. die vertragsrelevanten Inhalte direkt an den nach Z 1 angegebenen Zugang zum Internet übermittelt werden oder an diesen Zugang eine Mitteilung ergeht, die dem Versicherungsnehmer gemäß Abs. 9 Zugang zu den vertragsrelevanten Inhalten ermöglicht;
 4. es dem Versicherungsnehmer möglich ist, die jeweils von der Übermittlung betroffenen Inhalte (Versicherungsbedingungen, Versicherungsscheine, Erklärungen und andere Informationen) dauerhaft zu speichern und laufend wiederzugeben.
- (9) Bezieht der Versicherer Inhalte einer Website, die der Öffentlichkeit frei zur Verfügung gestellt werden oder die sich in einem nur dem Versicherungsnehmer zugänglichen Bereich der Website befinden, in die elektronische Übermittlung nach Abs. 8 mit ein, so muss er bei vertragsrelevanten Inhalten
1. dem Versicherungsnehmer die Adresse der Website und die Stelle, an der diese Inhalte (Versicherungsbedingungen, Erklärungen und andere Informationen) auf dieser Website zu finden sind, klar und deutlich mitteilen und ihm einen leichten und einfachen Zugang darauf ermöglichen sowie
 2. Versicherungsbedingungen während der gesamten Vertragslaufzeit, Erklärungen und andere Informationen während der Zeit, in der sie bedeutend sind, unverändert auf der bekanntgegebenen Stelle dieser Website dauerhaft zur Abfrage bereitstellen und es dem Versicherungsnehmer auch ermöglichen, die Versicherungsbedingungen dauerhaft zu speichern und laufend wiederzugeben.
- (10) Sind die Erfordernisse der Abs. 8 und 9 erfüllt und bei der Übermittlung auch beachtet worden, so wird vermutet, dass die Sendung dem Empfänger elektronisch zugegangen ist.
- (11) Die Abs. 1 bis 9 gelten auch für die elektronische Kommunikation zwischen dem Versicherer und einem Versicherten oder einem sonstigen Dritten.
- § 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, nach dem 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.

§ 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles 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. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines 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. Tabelle Darstellung der Leistungen für dauernde Invalidität

Invaliditätsgrad	Dauernde Invalidität - Leistung bis 600 %			Dauernde Invalidität - Leistung bis 300 %		
	Variante standard	Variante basis	Variante premium	Variante standard	Variante basis	Variante premium
	gemäß Art. 7 A.1.	gemäß Art. 7 A.2.	gemäß Art. 7 A.3.	gemäß Art. 7 B.1.	gemäß Art. 7 B.2.	gemäß Art. 7 B.3.
1 %	1 %	0,5 %	2 %	1 %	0,5 %	2 %
2 %	2 %	1,0 %	4 %	2 %	1,0 %	4 %
3 %	3 %	1,5 %	6 %	3 %	1,5 %	6 %
4 %	4 %	2,0 %	8 %	4 %	2,0 %	8 %
5 %	5 %	2,5 %	10 %	5 %	2,5 %	10 %
6 %	6 %	3,0 %	12 %	6 %	3,0 %	12 %
7 %	7 %	3,5 %	14 %	7 %	3,5 %	14 %
8 %	8 %	4,0 %	16 %	8 %	4,0 %	16 %
9 %	9 %	4,5 %	18 %	9 %	4,5 %	18 %
10 %	10 %	5,0 %	20 %	10 %	5,0 %	20 %
11 %	11 %	5,5 %	22 %	11 %	5,5 %	22 %
12 %	12 %	6,0 %	24 %	12 %	6,0 %	24 %
13 %	13 %	6,5 %	25 %	13 %	6,5 %	25 %
14 %	14 %	7,0 %	25 %	14 %	7,0 %	25 %
15 %	15 %	7,5 %	25 %	15 %	7,5 %	25 %
16 %	16 %	8,0 %	25 %	16 %	8,0 %	25 %
17 %	17 %	8,5 %	25 %	17 %	8,5 %	25 %
18 %	18 %	9,0 %	25 %	18 %	9,0 %	25 %
19 %	19 %	9,5 %	25 %	19 %	9,5 %	25 %
20 %	20 %	10,0 %	25 %	20 %	10,0 %	25 %
21 %	21 %	10,5 %	25 %	21 %	10,5 %	25 %
22 %	22 %	11,0 %	25 %	22 %	11,0 %	25 %
23 %	23 %	11,5 %	25 %	23 %	11,5 %	25 %
24 %	24 %	12,0 %	25 %	24 %	12,0 %	25 %
25 %	25 %	12,5 %	25 %	25 %	12,5 %	25 %
26 %	28 %	28,0 %	28 %	27 %	27,0 %	27 %
27 %	31 %	31,0 %	31 %	29 %	29,0 %	29 %
28 %	34 %	34,0 %	34 %	31 %	31,0 %	31 %
29 %	37 %	37,0 %	37 %	33 %	33,0 %	33 %
30 %	40 %	40,0 %	40 %	35 %	35,0 %	35 %
31 %	43 %	43,0 %	43 %	37 %	37,0 %	37 %
32 %	46 %	46,0 %	46 %	39 %	39,0 %	39 %
33 %	49 %	49,0 %	49 %	41 %	41,0 %	41 %
34 %	52 %	52,0 %	52 %	43 %	43,0 %	43 %
35 %	55 %	55,0 %	55 %	45 %	45,0 %	45 %
36 %	58 %	58,0 %	58 %	47 %	47,0 %	47 %
37 %	61 %	61,0 %	61 %	49 %	49,0 %	49 %
38 %	64 %	64,0 %	64 %	51 %	51,0 %	51 %
39 %	67 %	67,0 %	67 %	53 %	53,0 %	53 %
40 %	70 %	70,0 %	70 %	55 %	55,0 %	55 %
41 %	75 %	75,0 %	75 %	58 %	58,0 %	58 %
42 %	80 %	80,0 %	80 %	61 %	61,0 %	61 %
43 %	85 %	85,0 %	85 %	64 %	64,0 %	64 %
44 %	90 %	90,0 %	90 %	67 %	67,0 %	67 %
45 %	95 %	95,0 %	95 %	70 %	70,0 %	70 %
46 %	100 %	100,0 %	100 %	73 %	73,0 %	73 %
47 %	105 %	105,0 %	105 %	76 %	76,0 %	76 %
48 %	110 %	110,0 %	110 %	79 %	79,0 %	79 %
49 %	115 %	115,0 %	115 %	82 %	82,0 %	82 %
50 %	120 %	120,0 %	120 %	85 %	85,0 %	85 %

Invaliditätsgrad	Dauernde Invalidität - Leistung bis 600 %			Dauernde Invalidität - Leistung bis 300 %		
	Variante standard	Variante basis	Variante premium	Variante standard	Variante basis	Variante premium
	gemäß Art. 7 A.1.	gemäß Art. 7 A.2.	gemäß Art. 7 A.3.	gemäß Art. 7 B.1.	gemäß Art. 7 B.2.	gemäß Art. 7 B.3.
51 %	125 %	125,0 %	125 %	88 %	88,0 %	88 %
52 %	130 %	130,0 %	130 %	91 %	91,0 %	91 %
53 %	135 %	135,0 %	135 %	94 %	94,0 %	94 %
54 %	140 %	140,0 %	140 %	97 %	97,0 %	97 %
55 %	145 %	145,0 %	145 %	100 %	100,0 %	100 %
56 %	150 %	150,0 %	150 %	103 %	103,0 %	103 %
57 %	155 %	155,0 %	155 %	106 %	106,0 %	106 %
58 %	160 %	160,0 %	160 %	109 %	109,0 %	109 %
59 %	165 %	165,0 %	165 %	112 %	112,0 %	112 %
60 %	170 %	170,0 %	170 %	115 %	115,0 %	115 %
61 %	177 %	177,0 %	177 %	119 %	119,0 %	119 %
62 %	184 %	184,0 %	184 %	123 %	123,0 %	123 %
63 %	191 %	191,0 %	191 %	127 %	127,0 %	127 %
64 %	198 %	198,0 %	198 %	131 %	131,0 %	131 %
65 %	205 %	205,0 %	205 %	135 %	135,0 %	135 %
66 %	212 %	212,0 %	212 %	139 %	139,0 %	139 %
67 %	219 %	219,0 %	219 %	143 %	143,0 %	143 %
68 %	226 %	226,0 %	226 %	147 %	147,0 %	147 %
69 %	233 %	233,0 %	233 %	151 %	151,0 %	151 %
70 %	240 %	240,0 %	240 %	155 %	155,0 %	155 %
71 %	247 %	247,0 %	247 %	159 %	159,0 %	159 %
72 %	254 %	254,0 %	254 %	163 %	163,0 %	163 %
73 %	261 %	261,0 %	261 %	167 %	167,0 %	167 %
74 %	268 %	268,0 %	268 %	171 %	171,0 %	171 %
75 %	275 %	275,0 %	275 %	175 %	175,0 %	175 %
76 %	285 %	285,0 %	285 %	180 %	180,0 %	180 %
77 %	295 %	295,0 %	295 %	185 %	185,0 %	185 %
78 %	305 %	305,0 %	305 %	190 %	190,0 %	190 %
79 %	315 %	315,0 %	315 %	195 %	195,0 %	195 %
80 %	325 %	325,0 %	325 %	200 %	200,0 %	200 %
81 %	340 %	340,0 %	340 %	205 %	205,0 %	205 %
82 %	355 %	355,0 %	355 %	210 %	210,0 %	210 %
83 %	370 %	370,0 %	370 %	215 %	215,0 %	215 %
84 %	385 %	385,0 %	385 %	220 %	220,0 %	220 %
85 %	400 %	400,0 %	400 %	225 %	225,0 %	225 %
86 %	415 %	415,0 %	415 %	230 %	230,0 %	230 %
87 %	430 %	430,0 %	430 %	235 %	235,0 %	235 %
88 %	445 %	445,0 %	445 %	240 %	240,0 %	240 %
89 %	460 %	460,0 %	460 %	245 %	245,0 %	245 %
90 %	475 %	475,0 %	475 %	250 %	250,0 %	250 %
91 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
92 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
93 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
94 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
95 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
96 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
97 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
98 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
99 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %
100 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %