

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung 2022 (AUVB 2022 – U 009)

Stand 04/2023

Personenbezogene Ausdrücke in diesem Dokument umfassen jedes Geschlecht gleichermaßen.

Wichtig: Bitte lesen Sie alle Gesetzesstellen, die im Anhang abgedruckt sind, weil darauf in den folgenden Versicherungsbedingungen Bezug genommen wird.

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

- Artikel 1 Gegenstand der Versicherung
- Artikel 2 Versicherungsfall
- Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich
- Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich
- Artikel 5 Versicherungsperiode, Beginn und Voraussetzungen des Versicherungsschutzes
- Artikel 6 Unfallbegriff

Versicherungsleistungen

- Artikel 7 Leistungsbaustein Dauernde Invalidität
- Artikel 7 A Dauernde Invalidität Leistungen bis 600 %
- Artikel 7 B Dauernde Invalidität Leistungen bis 300 % und 100 %
- Artikel 7 C Leistungsbaustein Invaliditäts-Vollversicherung
- Artikel 7 D Leistungsbaustein Unfallrente
- Artikel 8 Leistungsbaustein Todesfall
- Artikel 8 A Leistungen Waisenrente
- Artikel 9 Leistungsbaustein Taggeld
- Artikel 10 Leistungsbaustein Spitalgeld Plus
- Artikel 11 Leistungsbaustein Unfallkosten
- Artikel 11 A Leistungsbaustein Unfallpauschale
- Artikel 11 B Leistungen Begleitkosten
- Artikel 11 C Leistungsbaustein HIV-Infektionsrisiko
- Artikel 11 D Leistungsbaustein Unfallkosten Plus
- Artikel 11 E Leistungsbaustein Knochenbruch
- Artikel 11 F Leistungsbaustein Hepatitis C-Infektion
- Artikel 11 G Leistungsbaustein Fixkostenpauschale
- Artikel 12 Leistungen bei Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose
- Artikel 13 Zusatzleistungen
- Artikel 14 Fälligkeit der Leistungen des Versicherers
- Artikel 15 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- Artikel 16 Erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der versicherten Person
- Artikel 17 Ausschlüsse und Einschränkungen vom Versicherungsschutz
- Artikel 18 Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- Artikel 19 Beitragszahlung
- Artikel 19 A Meldung und Einschluss neugeborenes Kind
- Artikel 20 Pflichten des Versicherungsnehmers während der gesamten Vertragsdauer
- Artikel 21 Pflichten des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalls

Sonstige Bestimmungen

- Artikel 22 Vertragsdauer und Verlängerung, Ablaufkündigung
- Artikel 23 Kündigung nach Versicherungsfall
- Artikel 24 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- Artikel 25 Form von Anzeigen und Erklärungen; Änderung der Anschrift
- Artikel 26 Gebühren

Präambel

Versicherungsnehmer	ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherungsunternehmen abschließt.
Versicherte Person	ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalls versichert ist.
Versicherungsbeitrag	ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Anhang A

Nachstehende Gesetzesstellen, die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind im Anhang im vollen Wortlaut wiedergegeben:

1. **Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)**
2. **Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG)**

Anhang B

Tabelle Darstellung der Leistungen für den Leistungsbaustein Dauernde Invalidität

Artikel 1 Gegenstand der Versicherung

Versicherungsschutz besteht, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

Die Versicherungsleistungen (Leistungsbausteine und Leistungen) ergeben sich aus Artikel 7 bis Artikel 15 und können grundsätzlich im Rahmen einer Unfallversicherung versichert werden. Welche Leistungsbausteine und Leistungen tatsächlich versichert wurden und mit welchen Versicherungssummen, ist im Versicherungsvertrag (Mitgliedsschein) ersichtlich.

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.
Der Versicherungsschutz erlischt bei Erreichen der definierten Altersgrenze gemäß Vereinbarung im Versicherungsvertrag (Mitgliedsschein).
- 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 Familienstands und Wohnsitzes der versicherten Personen sind dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben.
Der Versicherungsschutz erlischt bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gemäß Vereinbarung im Versicherungsvertrag (Mitgliedsschein).
- 1.3. Alleinerzieher-Unfallversicherung
Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für ihre im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder, das sind leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder.
Änderungen des Familienstands und Wohnsitzes der versicherten Personen sind dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben.
Der Versicherungsschutz erlischt bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gemäß Vereinbarung im Versicherungsvertrag (Mitgliedsschein).
- 1.4. Alleinerzieher Plus-Unfallversicherung
Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person sowie für ihre im Mitgliedsschein angeführten und im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder, das sind 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.
Änderungen des Familienstands und Wohnsitzes der versicherten Personen sind dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben. Ebenso ist dem Versicherer der Wegfall des Bezugs der Familienbeihilfe unverzüglich in geschriebener Form zu melden.
Der Versicherungsschutz erlischt bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gemäß Vereinbarung im Versicherungsvertrag (Mitgliedsschein).

- 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, das sind leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder.
Änderungen des Familienstands und Wohnsitzes der versicherten Personen sind dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben.
Der Versicherungsschutz erlischt bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gemäß Vereinbarung im Versicherungsvertrag (Mitgliedsschein).
- 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, das sind 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.
Änderungen des Familienstands und Wohnsitzes der versicherten Personen sind dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form bekannt zu geben. Ebenso ist dem Versicherer der Wegfall des Bezugs der Familienbeihilfe unverzüglich in geschriebener Form zu melden.
Der Versicherungsschutz erlischt bei Erreichen der definierten Altersgrenzen gemäß Vereinbarung im Versicherungsvertrag (Mitgliedsschein).

Artikel 2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalls (siehe Artikel 6).

Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht weltweit.

Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich

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

Artikel 5 Versicherungsperiode, Beginn und Voraussetzungen des Versicherungsschutzes

- 5.1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn der Jahresbeitrag vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.
Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr.
Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die im Mitgliedsschein ausgewiesene Versicherungsdauer endet.
- 5.2. Beginn und Voraussetzungen des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag einschließlich Steuern (im Folgenden kurz: Beitrag) rechtzeitig – das heißt innerhalb von 14 Tagen – oder ohne schuldhaften Verzug zahlt.
Die nähere Bestimmung des Beginns der oben genannten Frist von 14 Tagen, die weiteren Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit bei Zahlungsverzug oder bei nur teilweiser Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags, die Bestimmung des Beginns des Versicherungsschutzes bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung sowie weitere Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs sind in den **§§ 38 und 39a VersVG** geregelt.
Die Beitragszahlung inklusive Zahlungsfrist ist in Artikel 19 geregelt.

Artikel 6 Unfallbegriff

- 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, diese Einwirkungen erfolgen allmählich

- 6.2.3. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Bändern, Sehnen und Gelenkscapseln sowie Meniskusverletzungen und Achillessehnenrisse.
Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, insbesondere auch durch abnutzungsbedingte Einflüsse mit Krankheitswert, findet Artikel 18.3. Anwendung.
- 6.3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Eine Ausnahme besteht für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Punkt 6.1.
Für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis sowie Borreliose gelten besondere Regelungen jeweils ausschließlich im Rahmen und im Umfang des Artikel 12.
- 6.4. Unfälle als Folge eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls sind mitversichert.
- 6.5. Unfälle bei der Ausübung des Tauchsports bis zu einer Tauchtiefe von maximal 45 Meter. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person im Besitz eines gültigen Tauchscheins (Brevets) eines anerkannten Verbands wie PADI, SSI, CMAS oder NAUI ist.
Nicht versichert sind berufliches bzw. wettkampfmäßiges Tauchen, Eis- und Höhlen-, Wrack-, Nacht-, Hai-, Apnoe- und Solotauchen (siehe Artikel 17.10.).
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
> Barotraumata
> Caisson-Krankheit
Allmähliche Einwirkungen bleiben in jedem Fall ausgeschlossen. Die Kosten für die Behandlung in einer Dekompressionskammer gelten als Heil- bzw. Bergungskosten.
- 6.6. Selbsttötung und Selbsttötungsversuch gelten nicht als Unfall.

Artikel 7 Leistungsbaustein Dauernde Invalidität

- 7.1. Voraussetzungen für die Leistung
- > Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt (= Begriff der dauernden Invalidität).
 - > Die dauernde Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichts, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, beim Versicherer geltend gemacht worden.
 - > Bei Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder deren Folgen, insbesondere auch durch abnutzungsbedingte Einflüsse mit Krankheitswert, findet Artikel 18.3. Anwendung.
 - > Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
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.
- 7.2. Höhe der Leistung und Invaliditätsgrade
- 7.2.1. Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression.
Für die nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten die folgenden Invaliditätsgrade:

Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit	Invaliditätsgrad
eines Arms	80 %
eines Arms unterhalb des Ellenbogengelenks oder einer Hand	60 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines kleinen Fingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beins	70 %
eines Beins 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 Versicherungsfalls bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	80 %
des Gehörs eines Ohrs	30 %
sofern das Gehör des anderen Ohrs vor Eintritt des Versicherungsfalls bereits verloren war	50 %
des Geruchssinns	10 %
des Geschmackssinns	10 %
der Milz	10 %
einer Niere	20 %

Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Punkt 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 prozentuell vom ganzen Körper danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
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.
- 7.4. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrads für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 18.
- 7.5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt. Diese Leistung ist mit der im Versicherungsvertrag vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall begrenzt.
In diesem Fall wird keine Sofortleistung gemäß Punkt 7.7. erbracht.
- 7.6. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
- 7.7. Sofortleistung
- 7.7.1. Für Verletzungen gemäß des nachstehend genannten Verletzungskatalogs erbringt der Versicherer bereits bei erstmaliger Anspruchsstellung nach dem Unfall eine Sofortleistung als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme für Dauernde Invalidität.
- 7.7.2. Für die Sofortleistung gelten für die jeweiligen Verletzungen die untenstehenden Invaliditätsgrade (Sofortleistungsgrade). Dabei sind Mehr- oder Minderleistungen, die sich durch eine allfällig vereinbarte Progression ergeben können, nicht berücksichtigt. Die vertraglich vereinbarte Progression sowie die dementsprechenden Sofortleistungsgrade je Verletzung sind im Mitgliedsschein ersichtlich.

Art der Verletzung

Sofortleistungsgrad

Bei völligem Verlust (Amputation)

eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines kleinen Fingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Milz	10 %
einer Niere	20 %

Bei erstmaligem, vollständigem Riss oder Durchtrennung (Ruptur)

eines Kreuz- und Seitenbands im Knie	6 %
eines Kreuzbands im Knie	5 %
eines Seitenbands im Knie	4 %
eines Meniskus	2 %
einer Achillessehne	3 %
eines Bands im Innen- und Außenknöchel (Fuß)	4 %

Bei erstmaligem Bruch (Fraktur)

eines Schulterhauptgelenks (Glenohumeralgelenk) inklusive Schulterblatt/Oberarmkopf	4 %
eines großen und/oder kleinen Rollhöckers des Oberarmkopfs	2 %
eines Ellbogengelenks	5 %
eines Handgelenks (distale Radiusfraktur)	5 %
eines Hüftgelenks	7 %
eines Beckens	7 %
eines Kniegelenks (Femorotibialgelenk)	5 %
eines Innen- oder Außenknöchels (Fuß)	4 %
eines Innen- und Außenknöchels (Fuß)	5 %
eines Schlüsselbeins	3 %
eines Oberarmknochens (Humerus)	5 %
eines Oberschenkel(hals)knochens	6 %
eines Halswirbels	8 %
eines Brustwirbels	5 %
eines Lendenwirbels	6 %

- 7.7.3. Tritt eine dieser oben genannten Verletzungen infolge eines Unfalls ein, wird die Sofortleistung nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte (z.B. medizinischer Befundbericht, Arztbrief, Entlassungsbericht vom Spital, Röntgen-, CT- oder MRT-Befund) sofort ausgezahlt, sofern nach diesen Unterlagen medizinisch davon auszugehen ist, dass die versicherte Person nicht aufgrund der Unfallfolgen im ersten Jahr stirbt.

Die Sofortleistung wird pro Verletzung aus dem Verletzungskatalog an einer Gliedmaße, an der Wirbelsäule oder an einem Körperorgan nur einmalig vom Versicherer gezahlt.

Sollten in den vorgelegten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen, Vorverletzungen oder Gebrechen dokumentiert sein, die nahelegen, dass sie an den Unfallfolgen mitgewirkt haben, behält sich der Versicherer vor, den Anspruch auf Sofortleistung durch ein medizinisches Sachverständigengutachten überprüfen zu lassen.

- 7.7.4. Verursacht der Unfall

> mehrere Verletzungen aus dem Verletzungskatalog an verschiedenen Körperteilen, Gliedmaßen oder Körperorganen, werden die jeweiligen Sofortleistungsgrade entsprechend des Verletzungskatalogs zusammengerechnet. Daraus wird auf Basis der vertraglichen Progression die Sofortleistung ermittelt. Die Versicherungsleistung ist in diesem Fall mit der Versicherungssumme für Dauernde Invalidität bei einem Sofortleistungsgrad (Invaliditätsgrad) von maximal 50 % begrenzt.

> mehrere Verletzungen an einem Körperteil, an der Wirbelsäule oder an einer Gliedmaße, wird die Sofortleistung von der am höchsten bewerteten Verletzung entsprechend des Verletzungskatalogs ermittelt.

> eine Verletzung, die nicht im Verletzungskatalog angeführt ist, kann die versicherte Person zur Feststellung einer möglichen dauernden Invalidität – und somit einer möglichen Leistung – frühestens ein Jahr nach dem Unfalltag ein medizinisches Sachverständigengutachten verlangen.

- 7.7.5. Ungeachtet der bereits erhaltenen Sofortleistung für die dauernde Invalidität kann die versicherte Person frühestens ein Jahr nach dem Unfalltag die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen vom Versicherer zu beauftragenden medizinischen Sachverständigengutachter verlangen. Stehen die Unfallfolgen aus medizinischer Sicht bereits früher eindeutig fest, kann dies auch bereits innerhalb eines Jahres erfolgen.

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

Wenn sich durch das medizinische Sachverständigengutachten

> eine höhere Leistung als die bereits ausgezahlte Sofortleistung ergibt, zahlt der Versicherer die Differenz zur bereits geleisteten Sofortleistung nachträglich aus.

> die gleiche Leistung wie die bereits ausgezahlte Sofortleistung ergibt, kommt kein weiterer Betrag zur Auszahlung.

> eine niedrigere oder gar keine Leistung als die bereits ausgezahlte Sofortleistung ergibt, behält sich der Versicherer das Recht vor, die zu viel gezahlte Leistung zurückzufordern.

- 7.7.6 Der Versicherer zahlt keine Sofortleistung bei Verletzung einer Wachstumsfuge, bei reiner Knochenabsplitterung oder bei einem Haarriss.

Die Sofortleistung entfällt, wenn die versicherte Person unfallkausal innerhalb von 48 Stunden nach dem Unfall stirbt.

Sollte die versicherte Person eine Sofortleistung erhalten haben und innerhalb eines Jahres ab dem Unfalltag unfallkausal versterben, wird die bereits ausgezahlte Sofortleistung einer etwaigen Leistung für Todesfall angerechnet, und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Sollte die Leistung für Todesfall geringer ausfallen als die bereits gezahlte Sofortleistung, kommt es zu keiner Rückforderung der zu viel gezahlten Leistung.

Artikel 7 A Dauernde Invalidität Leistungen bis 600 %

In Ergänzung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Artikel 7.2. ff erbringt der Versicherer 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 %, sind die Bestimmungen gemäß Punkt 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 %, sind die Bestimmungen gemäß Punkt 7 A.1. gültig.

Artikel 7 B Dauernde Invalidität Leistungen bis 300 % und 100 %

In Ergänzung der Regelungen über die Höhe der Versicherungsleistungen in Artikel 7.2. ff erbringt der Versicherer 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 %, sind die Bestimmungen gemäß Punkt 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 %, sind die Bestimmungen gemäß Punkt 7 B.1. gültig.
- 7 B.4. Variante standard für Dauernde Invalidität – Leistung bis 100 %
- Für jeden Invaliditätsgrad zwischen 0 % und 100 % wird die Leistung entsprechend dem Invaliditätsgrad erbracht.

Artikel 7 C Leistungsbaustein Invaliditäts-Vollversicherung

- 7 C.1. Invaliditäts-Vollversicherung – Leistung ab 50 % Invaliditätsgrad
- Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikel 7 von mindestens 50 %, wird die hierfür vereinbarte Versicherungssumme ausgezahlt.
- 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 Artikel 18.3. Anwendung.

7 C.2. Invaliditäts-Vollversicherung – Leistung ab 35 % Invaliditätsgrad

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

Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikel 7 von mindestens 35 %, jedoch weniger als 50 %, gelangt die halbe vereinbarte Versicherungssumme zur Auszahlung.

Für Invaliditätsgrade unter 35 % wird keine Leistung erbracht.

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

Artikel 7 D Leistungsbaustein Unfallrente

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

Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikel 7 von mindestens 50 %, 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 Artikel 18.3. Anwendung.

Die Unfallrente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung (gemäß Artikel 14), rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten zu. Der Versicherer ist berechtigt, innerhalb von vier 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 gezahlte Rentenleistungen werden vom Versicherer jedoch nicht zurückverlangt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.

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

Im Fall 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 Zeitraums (Garantiezeit) fortgesetzt.

7 D.1.2. Temporäre Unfallrente mit zehn Jahren Laufzeit (mindestens sechs Jahre lang)

Der Anspruch auf Rentenleistung erlischt mit Ablauf der vereinbarten Rentendauer von zehn Jahren.

Bei Ableben des Rentenbeziehers innerhalb dieser Laufzeit werden die Rentenzahlungen innerhalb von sechs Jahren nach Fälligkeit der ersten Unfallrente an die für den Ablebensfall begünstigte Person bis zum Ablauf dieses Zeitraums (Garantiezeit) fortgesetzt.

7 D.1.3. Temporäre Unfallrente mit 25 Jahren Laufzeit (mindestens 16 Jahre lang)

Der Anspruch auf Rentenleistung erlischt mit Ablauf der vereinbarten Rentendauer von 25 Jahren.

Bei Ableben des Rentenbeziehers innerhalb dieser Laufzeit werden die Rentenzahlungen innerhalb von 16 Jahren nach Fälligkeit der ersten Unfallrente an die für den Ablebensfall begünstigte Person bis zum Ablauf dieses Zeitraums (Garantiezeit) fortgesetzt.

7 D.2. Unfallrente – monatliche Leistung ab 35 % Invaliditätsgrad

Führt ein Unfall zu einer dauernden Invalidität im Sinne des Artikel 7 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die vereinbarte Unfallrente gezahlt.

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad im Sinne des Artikel 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 Artikel 18.3. Anwendung.

Die Unfallrente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung (gemäß Artikel 14), rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten lebenslang zu. Der Versicherer ist berechtigt, innerhalb von vier 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 gezahlte Rentenleistungen werden vom Versicherer jedoch nicht zurückverlangt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.

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 Zeitraums (Garantiezeit) fortgesetzt.

Artikel 8 Leistungsbaustein Todesfall

- 8.1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalls 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 Artikel 18.3. Anwendung.
- 8.2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für Dauernde Invalidität (siehe Artikel 7) aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Dauernde Invalidität kann der Versicherer 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 durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrags für Beerdigungskosten rückerstattet. Zum Empfang der Beerdigungskosten ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Rechnungen berechtigt.
- 8.4. Sterben beide Ehepartner oder Lebensgefährten durch dasselbe versicherte Unfallereignis, wird im Rahmen der Familien- bzw. Familien Plus-Unfallversicherung die doppelte Versicherungssumme für den Todesfall je versicherter Person an die bezugsberechtigten Kinder, das sind leibliche Kinder, Wahlkinder (adoptierte Kinder) oder Stiefkinder einmalig ausgezahlt, sofern zumindest eines dieser Kinder im selben Unfallvertrag mitversichert ist. Alle anderen oben genannten Bedingungen bleiben davon unberührt.

Artikel 8 A Leistungen Waisenrente

Stirbt ein, im Rahmen der Alleinerzieher-, Alleinerzieher Plus-, Familien-, bzw. Familien Plus-Unfallversicherung versicherter Ehepartner oder Lebensgefährtin innerhalb eines Jahres ab dem Unfalltag durch ein versichertes Unfallereignis, und wurde im Versicherungsvertrag für alle erwachsenen versicherten Personen eine Versicherungssumme von mindestens EUR 30.000,- für den Leistungsbaustein Todesfall abgeschlossen, leistet der Versicherer zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme für den Todesfall eine monatliche Waisenrente von insgesamt EUR 200,-, sofern zumindest ein im selben Unfallvertrag versichertes Kind, das ist ein leibliches Kind, Wahlkind (adoptiertes Kind) oder Stiefkind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Sterben beide Ehepartner oder Lebensgefährten durch dasselbe versicherte Unfallereignis, leistet der Versicherer 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).

Artikel 9 Leistungsbaustein Taggeld

- 9.1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von zwei 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. Hinsichtlich der Verpflichtung, Veränderungen der Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung anzuzeigen, wird auf Artikel 20.1. verwiesen.
- 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 Leistungsbaustein Spitalgeld Plus

- 10.1. Spitalgeld Plus wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalls in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von vier 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 Unfalls werden wie ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt gewertet.

Für die Geltendmachung des Leistungsanspruchs ist dem Versicherer eine Aufenthaltsbestätigung zu übermitteln (siehe Artikel 21.1.6.).

Artikel 11 Leistungsbaustein Unfallkosten

- 11.1. Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Unfallkosten rückerstattet, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit sie nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Die entsprechenden ärztlichen vom Sozialversicherungsträger genehmigten Verordnungen und die Rechnungen einschließlich der Bestätigungen über die Kostenrückerstattung des Sozialversicherungsträgers sind dem Versicherer zu überlassen.

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 bodengebundenen Verletztentransports 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, wird der Versicherer bei unfallkausalem Zahnverlust die Kosten eines Zahnersatzes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, limitiert mit der Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme, rückerstatten.

Als versichert gelten auch Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B. Krücken, Rollstuhl) bis zur vereinbarten Versicherungssumme. Nicht erstattet werden Gebühren für eine hinterlegte Kautions.

Es besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung der Kosten mit den Rechnungserstellern.

Nicht rückerstattet werden:

- > Kosten der Sonderklasse in Spitälern und Krankenanstalten
- > Kosten der ärztlichen Behandlung und Kosten des Aufenthalts in einer nicht-öffentlichen Ambulanz oder Krankenanstalt bzw. 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, Eigenbluttherapie
- > Kosten für die Anschaffung von Trainingsgeräten oder Geräten zur Verbesserung der Fortbewegung
- > Kosten für diverse Wohnungs- und Hausumbauten, Kosten für Handwerker und Möbelbeschaffung
- > Kosten für Alltagshilfen und Heilbehelfe, für die keine vom Sozialversicherungsträger genehmigte Verordnung vorliegt
- > Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungs- bzw. Aufbaumitteln
- > 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 Garagen
 - > 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-, Wasser- oder Feuersnot geraten ist und unverletzt oder verletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg-, See-, Wasser- oder Feuersnot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.

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

11.1.3. Rückholkosten

Das sind die unfallbedingten Kosten des medizinisch begründeten oder ärztlich empfohlenen Verletztentransports der außerhalb ihres Wohnorts verunfallten versicherten Person von dem Krankenhaus, in das die versicherte Person nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort in Österreich bzw. zu dem, 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 gezahlt.

11.2. Hubschrauberbergungskosten

Zusätzlich zu den Bergungskosten nach Punkt 11.1.2. werden die notwendigen Kosten einer Bergung mit einem Rettungshubschrauber bis zu einem Betrag von EUR 15.000,- rückerstattet, soweit sie nicht von einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

11.3. Nottransportkosten

Es werden betraglich unbeschränkt die Kosten eines ärztlich angeordneten Nottransports 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 vom Versicherer bestimmte Organisation (Kontakt und Inanspruchnahme ausschließlich über die auf der Notfallkarte angeführte Notfallnummer) vorzunehmen, die auch über die Notwendigkeit der Durchführung entscheidet.

Der Versicherer übernimmt die Kosten des Nottransports unabhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten und ohne Anrechnung auf diese.

Kein Anspruch auf Kostenübernahme besteht, wenn die versicherte Person die Kosten des Nottransports anderweitig ersetzt erhält oder wenn eine andere als die vom Versicherer bestimmte Organisation für den Nottransport beauftragt wird.

11.4. Rehabilitationsbeihilfe

Zusätzlich zu den versicherten Unfallkosten nach Punkt 11.1. zahlt der Versicherer nach einem Unfall eine Beihilfe von EUR 500,-, wenn sich die versicherte Person innerhalb von vier 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 vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit sie nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Soweit Zähne betroffen sind, gehören alle Zähne zum äußeren Erscheinungsbild.

Der Versicherer erstattet 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 Rechnungen einschließlich der Bestätigungen über die Kostenrückerstattung des Sozialversicherungsträgers sind dem Versicherer zu überlassen.

Es besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung der Kosten mit den Rechnungserstellern.

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 Unfalls gemäß Artikel 6 nach der 15. Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erlitten, leistet der Versicherer einen Pauschalbetrag von EUR 1.000,-.

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 Berufs zugelassene Personen (Diplompsychologe, Psychiater etc.) in Anspruch, leistet der Versicherer 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 Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) ist für die Eintragung in das entsprechende Verzeichnis zuständig, welches auch online abgefragt werden kann (<https://ipp.ehealth.gv.at/>).

Artikel 11 A Leistungsbaustein Unfallpauschale

Der Versicherer erbringt nach einem versicherten Unfall, der einen sofortigen, mindestens 21-tägigen ununterbrochenen, stationären Spitalsaufenthalt (siehe Artikel 10.2.) medizinisch bedingt, eine einmalige Unfallpauschale in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Beträgt die Spitalsaufenthaltsdauer mindestens 14 Tage, aber weniger als 21 Tage, leistet der Versicherer eine einmalige Unfallpauschale in Höhe der halben vereinbarten Versicherungssumme.

Für die Geltendmachung des Leistungsanspruchs ist dem Versicherer eine Aufenthaltsbestätigung zu übermitteln (siehe Artikel 21.1.6.).

Artikel 11 B Leistungen Begleitkosten

Wurde ein versichertes Kind, welches das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aufgrund eines versicherten Unfalls zu einer medizinisch notwendigen 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 vier Jahren ab dem Unfalltag).

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

Die entsprechenden Rechnungen sind dem Versicherer zu überlassen.

Artikel 11 C Leistungsbaustein HIV-Infektionsrisiko

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 leistet der Versicherer 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, 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 Leistungsbaustein Unfallkosten Plus

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Unfallkosten Plus rückerstattet, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit sie nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

Die entsprechenden ärztlichen, vom Sozialversicherungsträger genehmigten Verordnungen und die Rechnungen einschließlich der Bestätigungen über die Kostenrückerstattung des Sozialversicherungsträgers sind dem Versicherer zu überlassen.

Der Leistungsbaustein Unfallkosten Plus enthält auch die Leistungen des Leistungsbausteins Unfallkosten (siehe Artikel 11). Die für den Leistungsbaustein Unfallkosten Plus vereinbarte Versicherungssumme steht bis zu dieser Höhe auch für die Leistungen des Leistungsbausteins Unfallkosten (siehe Artikel 11.1.) zur Verfügung.

Zusätzlich zu den Unfallkosten sind im Rahmen der Unfallkosten Plus versichert:

- 11 D.1. Behandlungskosten: Das sind Kosten für Behandlungen in Privatkliniken sowie Kosten für privatärztliche Behandlungen in öffentlichen Spitälern.

Nimmt die versicherte Person nach einem versicherten Unfall ärztliche Behandlungen in nicht-öffentlichen Ambulanzen/Krankenanstalten/Spitälern/privaten Sanatorien oder privatärztliche Behandlungen in öffentlichen Spitälern in Anspruch, werden die nicht vom Sozialversicherungsträger ersetzten Behandlungskosten bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme rückerstattet.

Aufenthaltskosten: Das sind Kosten des Aufenthalts in Privatkliniken sowie Aufzählungskosten für Sonderklasse im Zweibettzimmer in öffentlichen Spitälern.

Nimmt die versicherte Person nach einem versicherten Unfall ärztliche Behandlung in nicht-öffentlichen Ambulanzen/Krankenanstalten/Spitälern/privaten Sanatorien oder privatärztliche Behandlungen in öffentlichen Spitälern in Anspruch, werden die nicht vom Sozialversicherungsträger ersetzten Aufenthaltskosten bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme rückerstattet.

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

- 11 D.2. Rückholkosten ohne medizinische Begründung
In Erweiterung des Artikel 11.1.3. sind Rückholkosten innerhalb der hierfür vereinbarten Versicherungssumme auch versichert, wenn der unfallbedingte bodengebundene 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 diese nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

- 11 D.4. Kosten für Komplementär- und Alternativmedizin-Behandlungen
Abweichend zu Artikel 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 angewendet 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
- > Eigenbluttherapie

Nicht rückerstattet werden:

- > Aufzahlungskosten für Sonderklasse im Einbettzimmer in Spitälern und Krankenanstalten
- > Fahrtkosten

Es besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung der Kosten mit den Krankenhäusern bzw. Rechnungserstellern.

Artikel 11 E Leistungsbaustein Knochenbruch

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 oder eines Bands und Knochenabsplitterung. 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 Leistungsbaustein Hepatitis C-Infektion

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 leistet der Versicherer 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 inklusive Laborwerteüberwachung begeben hat und weiters, dass nach Ablauf der üblichen Inkubationszeit, längstens nach sechs 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, 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 Leistungsbaustein Fixkostenpauschale

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

Mehrere Arbeitsunfähigkeitszeiträume wegen desselben Unfalls 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 Wartefrist vorzulegen ist.

Der Versicherer ist 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. Hinsichtlich der Verpflichtung, Veränderungen der Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung anzuzeigen, wird auf Artikel 20.1. verwiesen.

Artikel 12 Leistungen bei Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose

Über Artikel 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.

Als Zeitpunkt des Versicherungsfalls gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden in Zusammenhang mit der allenfalls auch erst später als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.

Der Versicherungsschutz ist auf die Leistungsbausteine Dauernde Invalidität oder Todesfall beschränkt. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme, jedenfalls aber mit EUR 40.000,- begrenzt. Eine allfällige vereinbarte Progression kommt dabei nicht zur Anwendung.

Artikel 13 Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 21.1. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen davon sind Fahrtkosten und Kosten nach Artikel 21.1.4. sowie Kosten für Gutachten, die nicht vom Versicherer beauftragt wurden.

Artikel 14 Fälligkeit der Leistungen des Versicherers

- 14.1. Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötig sind.
- 14.2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
- 14.3. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
- 14.4. Für Leistungen wegen Eintritts einer dauernden Invalidität sind überdies die Bestimmungen des Artikel 7.5. und 7.6. zu beachten.

Artikel 15 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

- 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 der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.

- 15.2. Gemäß **§ 184 VersVG** 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 dem nachfolgenden Punkt 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 dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen sechs Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne von Punkt 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 wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
- 15.4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer 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 Artikel 21.1.3. bis 21.1.5. gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. 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 von Punkt 15.1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
- 15.7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, trägt der Versicherer dessen Kosten allein.
- Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 25 % der für Tod und Dauernde Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 50 % des strittigen Betrags 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, wie in Punkt 15.2. beschrieben, trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

Artikel 16 Erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands der versicherten Person

Verschlechtert sich der auf dem Antrag anzugebende Gesundheitszustand der versicherten Person während der Vertragslaufzeit erheblich und bewirkt damit der individuelle Gesundheitszustand der versicherten Person eine wesentliche Erhöhung der Gefahr, behält sich der Versicherer das Recht vor, den Versicherungsvertrag nach Maßgabe der Bestimmungen des **§ 1d VersVG** anzupassen.

Eine solche wesentliche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalls oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird.

Die Vertragsanpassung kann ausschließlich durch Änderung der vereinbarten Leistungen (Ausschluss oder Anpassung einzelner Leistungsbausteine) im Rahmen und im Umfang des **§ 1d VersVG** erfolgen.

Artikel 17 Ausschlüsse vom Versicherungsschutz und Einschränkungen des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz umfasst nicht:

- 17.1. Unfälle, die die versicherte Person erleidet
- > als verantwortlicher Pilot eines Luftfahrzeugs. Luftfahrzeuge sind Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen, gleichgültig, ob sie schwerer als Luft (z.B. Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber und Fallschirme) oder leichter als Luft (z.B. Luftschiffe und Freiballone) sind.
 - > als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs
 - > bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit
 - > als Fluggast in Luftfahrzeugen, die nicht für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind
 - > bei Benützung von ferngesteuerten Luftfahrzeugen
 - > bei der Benützung von Raumfahrzeugen
- 17.2. Unfälle, die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person entstehen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist
- 17.3. Unfälle, die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
- > Kriegsereignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung
 - > bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten
 - > Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen
 - > inneren Unruhen, Bürgerkrieg
 - > Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Rebellen, Aufführer, Aufständischen daran teilgenommen hat
- Ausgenommen von diesem 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 oder
 - > bei Rückführungsflügen als Begleitperson
- erleidet, insoweit gewährt, als eine Leistung beschränkt auf die Leistungsbausteine Todesfall oder Dauernde Invalidität erbracht wird. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme, jedenfalls aber mit EUR 200.000,- begrenzt.
- 17.4. Unfälle, die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
- > atomaren, biologischen oder chemischen Waffen
 - > Einwirkung von Kernenergie
 - > dem Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, sofern die Bestrahlung nicht durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst war.
- 17.5. 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, Suchtmitteln oder Medikamenten, 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.

Es besteht jedoch Versicherungsschutz, wenn die Bewusstseinsstörung durch Alkoholisierung verursacht wird, sofern

- > beim Lenken oder Inbetriebnahme von motorisierten Fahrzeugen (Kraftfahrzeugen) zu Land, Wasser und in der Luft zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 0,8 Promille bzw. der Atemalkoholgehalt nicht mehr als 0,4 mg/l,
- > bei allen anderen Unfällen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt nicht mehr als 1,5 Promille bzw. der Atemalkoholgehalt nicht mehr als 0,75 mg/l beträgt.

Für andere Bewusstseinsstörungen, die nicht auf Alkohol, Suchtmitteln oder Medikamenten, beruhen (z.B. Kreislaufkollaps, Ohnmachtsanfall, Blutdruckschwankungen, Blutzuckerschwankungen), besteht Versicherungsschutz.

- 17.6. Gesundheitsschäden, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen vom Versicherungsschutz umfassten Unfall medizinisch bedingt waren.
- 17.7. Gesundheitsschäden verursacht durch eine unabsichtliche Einnahme verdorbener, bakteriell oder virologisch belasteter Lebensmittel (z.B. Nahrungsmittelvergiftung, Salmonelleninfektion).
- 17.8. Unfälle, die im freien Gelände oder in gesperrten Abschnitten durch Lawinen verursacht werden, wenn zum Unfallzeitpunkt für das betroffene Gebiet Lawinenwarnstufe vier oder höher nach der Europäischen Gefahrenskala für Lawinen gegolten hat. Dieser Ausschluss gilt nicht für Rettungskräfte im Einsatz.
- 17.9. Unfälle, die bei der Benützung von Explosivkörpern entstehen,
 - > die gesetzlich verboten sind bzw. für die keine ausreichende behördliche Genehmigung vorliegt oder
 - > wenn die versicherte Person zur Benützung gesetzlich oder behördlich nicht berechtigt ist.
- 17.10. Unfälle, die die versicherte Person bei nachstehenden Sportarten bzw. Freizeitaktivitäten erleidet:
 - > als Berufs- und Profisportler: Das sind Personen, die aus der Sportausübung ihr überwiegendes Einkommen für den Lebensunterhalt beziehen (mindestens EUR 1.100,- netto pro Monat).
 - > bei der Ausübung bzw. beim Training von sportlichen Aktivitäten, für die ein Entgelt bzw. ein Spesenersatz geleistet wird
 - > als Kadersportler des ÖSV (Österreichischer Skiverband)
 - > als im Mannschaftssport tätiger Sportler der jeweils beiden höchsten nationalen Spielklassen (z.B. Fußball, Handball, Basketball, Eishockey)
 - > bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Sportwettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Skisports, des Snowboardens sowie Freestyle-Skiings, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns sowie bei offiziellen Trainings für diese Veranstaltungen
 - > bei Freestyle-Skiing/Skiakrobatik, Freeriding/Freeride Off Piste und Gras-Skirennen
 - > bei Kampfsportarten mit Vollkontakt (z.B. Boxen, Cagefight, Kick-, Muay-Thai-Boxen)
 - > bei Wettbewerben/Wettkämpfen/Turnieren betreffend Kampfsportarten mit Semikontakt (z.B. Taekwondo, Judo, Karate, Kung-Fu, Wing Tsun, Jeet Kune Do, Hapkido, Aikido, Kendo, Iaido, Krav Maga, Jiu-Jitsu in jeglicher Form)
 - > bei Mannschaftssportarten mit erhöhtem Körperkontakt wie Rugby und alle Arten von Football (z.B. American Football)
 - > beim Höhlenforschen/-klettern/-wandern, Mixed-, Eis-, Speed-, Wettkampf-Klettern, Buildering, Free-Solo/Freeclimbing (ohne Sicherung), Outdoorbouldern
 - > bei der Teilnahme an Expeditionen und Rekordversuchen
 - > beim beruflichen oder wettkampfmäßigen Tauchen
 - > beim Tauchen tiefer als 60 Meter sowie bei Tauchgängen mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchen mit der Verwendung von Mischgas, Eis-, Höhlen-, Wrack-, Nacht-, Hai-, Apnoe- und Solotauchen)
 - > bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben, Wertungsfahrten, Teilnahme an Rallyes und den jeweils dazugehörigen Trainingsfahrten, weiters bei jeglichem Fahren auf Rennstrecken und Motocross-Strecken
 - > beim Vielseitigkeitsreiten/Eventing/Military, Western-, Rodeoreiten
 - > bei Wettbewerben/Wettkämpfen/Turnieren betreffend Skateboarden, Speedskaten, Inlineskaten
 - > bei Wettbewerben/Wettkämpfen/Turnieren betreffend Mountainbike (Downhill, BMX, Four Cross, Dirt Jump, Freeriding)
 - > bei Risiko- und Extremsportarten (z.B. Fallschirmspringen, Paragleiten/Gleitschirmfliegen, Drachen-, Hängegleiten, Basejumping, Scad Diving, Hornschlitten-Rennen, Hochsee-Regatta, jegliche Formen von Land-, Buggykite, Airboarding, Snowbiking, Tragschrauber/Autogyro/Gyrocopter, Reitball, Radball, Motoball, Horseball, Pferdepolo, Radpolo, Houserunning)

Risiko- und Extremsportarten definieren sich durch folgende Eigenschaften:

- > außerordentliche körperliche Strapazen und Konfrontation mit widrigen Naturkräften
- > ungewohnte Körperlagen und -zustände (z.B. freier Fall, hohe Geschwindigkeiten und Beschleunigungskräfte, Rotationsbewegungen, extreme Seitenlagen, die völlig neue Körperorientierungen verlangen)
- > ungewisser Handlungsausgang (Das bedeutet, wenn der Erfolg und Misserfolg einer Tätigkeit bzw. Handlung gleich wahrscheinlich sind.)
- > unvorhersehbare Situationsbedingungen
- > generelle Verletzungs- und Todesfallgefahr

Ohne besondere Vereinbarung besteht eingeschränkter Versicherungsschutz für:

17.11. Unfälle bei der Ausübung der nachstehenden Sondersportarten bzw. Freizeitaktivitäten, wenn es sich nachweislich um die einmalige Ausübung unter folgenden Voraussetzungen handelt:

- > während einer Urlaubsreise als Freizeit-Angebot
- > während eines Firmenevents oder anlassbezogen als Geschenk

Als Sondersportarten bzw. Freizeitaktivitäten gelten:

- > freies (Go-)Kartfahren auf Kartstrecken
- > Paragleiten
- > Tandemspringen
- > Ballonfahrten als Begleitperson, jedoch nicht als Ballonführer
- > geführtes Reiten mit einem Guide
- > Skydiving/Bodyflying (Indoor)
- > Bungeejumping/Rocketbungeejumping
- > Zipline
- > House-Running
- > Rafting/Canyoning/Kitesurfen/Hydrospeed
- > Flyboarding über Wasser, Fliteboard/E-Foil/Wingfoil
- > Tauchen bis 25 Meter (ohne Brevet)
- > Höhlentrekking als Führung mit einem Guide
- > Bike- und Funparks (Downhill und Mountainbiken auf speziell angefertigten Strecken)
- > Hindernislauf/Crosslauf/Geländelauf (z.B. Dirt-Run)

Versicherungsschutz wird während der Vertragsdauer (Vertragslaufzeit) nur einmalig je angeführter Aktivität insoweit gewährt, als eine Leistung beschränkt auf die Leistungsbausteine Dauernde Invalidität oder Todesfall erbracht wird. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme, jedenfalls aber mit EUR 200.000,- begrenzt.

17.12. Im Übrigen sind Sondersportarten bzw. Freizeitaktivitäten nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn mit dem Versicherer eine besondere Vereinbarung im Versicherungsvertrag geschlossen wurde.

Artikel 18 Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- 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 Invaliditätsgrads wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.
Die Vorinvalidität wird nach Artikel 7.2. und 7.3. bemessen.
- 18.3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnutzungsbedingte Einflüsse (mit)verursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist bei den Leistungsbausteinen Dauernde Invalidität (Artikel 7), Invaliditäts-Vollversicherung (Artikel 7 C) und Unfallrente (Artikel 7 D) der Prozentsatz des Invaliditätsgrads und beim Leistungsbaustein Todesfall (Artikel 8) 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 abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
- 18.4. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und

diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.

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 und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.

- 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 es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt, 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 Wirbilverrenkungen 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 anlagebedingt waren.

Artikel 19 Beitragszahlung

Der erste oder der einmalige Beitrag einschließlich Steuern ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags (Zugang des Mitgliedsscheins oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach Aufforderung zur Beitragszahlung zu zahlen.

Die nicht rechtzeitige Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags berechtigt den Versicherer gemäß den Voraussetzungen des **§ 38 VersVG** zum Rücktritt vom Vertrag.

Die Folgebeiträge sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu zahlen. Die Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs mit Folgebeiträgen sind in den **§§ 39 und 39a VersVG** geregelt.

Artikel 19 A Meldung und Einschluss neugeborenes Kind

Das dem Versicherer gemeldete neugeborene Kind des Versicherungsnehmers gilt ab dem Zeitpunkt seiner Abnabelung in seinen ersten sechs Lebensmonaten mit einer Versicherungssumme von EUR 40.000,- für den Leistungsbaustein Dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 B.1. als beitragsfrei mitversichert.

Alle anderen eventuell im Vertrag des Versicherungsnehmers vereinbarten Leistungsbausteine und Leistungen gelten nicht für das beitragsfrei eingeschlossene neugeborene Kind.

Artikel 20 Pflichten des Versicherungsnehmers während der gesamten Vertragsdauer

- 20.1. Anzeige gefahrerhöhender Änderung von Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität:
- 20.1.1. Veränderungen der dem Versicherer bekanntgegebenen Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrerhöhung im Sinne der **§§ 23 oder 27 VersVG** verbunden ist. Eine solche erhebliche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalls oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird.
- Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung, Nebenbeschäftigung.
- 20.1.2. Ergibt sich für eine dem Versicherer bekanntgegebene neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der versicherten Person nach dem Tarif, der dem Vertrag zugrunde liegt:
- a. ein niedrigerer Beitrag, ist ab Zugang der Anzeige nur dieser zu zahlen. Im Übrigen kommen in diesem Fall die Bestimmungen des **§ 41a VersVG** zur Anwendung.
 - b. ein höherer Beitrag, besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung,

Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung eines dem höheren Risiko angepassten Beitrags.

Dazu hat der Versicherer unverzüglich nach Zugang der Anzeige oder sonst erfolgter Kenntniserlangung ein Änderungsangebot und für den Fall der Ablehnung desselben die Kündigung des Versicherungsvertrags in geschriebener Form zu übermitteln. Ein solches Angebot mit Beitragserhöhung ist vom Versicherer unter Zugrundelegung des im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags geltenden Tarifs des Versicherers zu erstellen.

Ein Angebot des Versicherers zur Änderung des Versicherungsvertrags gilt als abgelehnt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach seinem Zugang vom Versicherungsnehmer angenommen wird. Bei Ablehnung des Änderungsangebots gilt der Versicherungsvertrag als vom Versicherer gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag einen Monat nach Ablauf der Monatsfrist zur Annahme des Änderungsangebots. Im Änderungsangebot hat der Versicherer auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hinzuweisen.

- c. dass die Übernahme der höheren Gefahr nach den im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen einen höheren Beitrag nicht möglich ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der höheren Gefahr kündigen. Diese Kündigung muss in geschriebener Form und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat erfolgen.

20.2. Kraftfahrrechtliche Berechtigung:

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des **§ 6 Absatz 1 und 2 VersVG** bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeugs die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeugs erforderlich ist. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

Artikel 21 Pflichten des Versicherungsnehmers nach Eintritt des Versicherungsfalls

- 21.1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des **§ 6 Absatz 3 VersVG** bewirkt, werden bestimmt:
- 21.1.1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form, sofern nicht die Schriftform vereinbart ist, anzuzeigen. Zu Erklärungen in geschriebener Form und Schriftform siehe Artikel 25.1.
- 21.1.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von drei Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 21.1.3. 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.
- 21.1.4. Es sind dem Versicherer alle verlangten, sachdienlichen Auskünfte zu erteilen, und nach Möglichkeit ist zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.
- 21.1.5. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 21.1.6. Ist auch Spitalgeld Plus oder Unfallpauschale versichert, ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital (siehe Artikel 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.

Artikel 22 Vertragsdauer und Verlängerung, Ablaufkündigung

- 22.1. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.
- 22.2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer. Die Vertragsdauer (Vertragslaufzeit) verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens ein Monat vor Ablauf gekündigt wird (Ablaufkündigung). Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragsdauer 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 der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten

Vertragsdauer darüber informieren wird, dass dieser den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann. Dabei wird der Versicherer auch auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen des Punkt 22.2.

Artikel 23 Kündigung nach Versicherungsfall

- 23.1. Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn
- > innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als ein Versicherungsfall eintritt und die Summe aus den Versicherungsleistungen das Fünffache des Jahresbeitrags dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem der fünffache Jahresbeitrag durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist.
- oder
- > ein Versicherungsfall eintritt, zu dem der Versicherer eine Versicherungsleistung anerkannt hat, die das Zwanzigfache des Jahresbeitrags jener Versicherungsperiode erreicht, in der der Versicherungsfall eingetreten ist. Die Kündigung hat binnen eines Monats nach Anerkenntnis der Versicherungsleistung zu erfolgen.
- oder
- > eine Versicherungsleistung wegen eines arglistig erhobenen Anspruchs abgelehnt wird.
- 23.2. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag kündigen
- > wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung schuldhaft verzögert oder
 - > nach Anerkennung dem Grunde nach und nach erbrachter Versicherungsleistung oder
 - > nach Entscheidung des Schiedsgutachters und nach Rechtskraft eines Gerichtsurteils über einen Deckungsanspruch aus diesem Vertrag.
- Der Versicherungsnehmer kann per sofort, jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
- Bei Kündigung des Versicherungsvertrags steht dem Versicherer der anteilige Beitrag bis zur Wirksamkeit der Vertragsauflösung zu.

Artikel 24 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

- 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 **§§ 74 bis 80 VersVG** – Versicherung für fremde Rechnung – 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, ist zur Gültigkeit des Vertrags 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, 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 Form von Anzeigen und Erklärungen, Änderung der Anschrift

- 25.1. Form von Anzeigen und Erklärungen
- Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen an den Versicherer ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.
- Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Texts in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder – sofern vereinbart – elektronische Kommunikation).

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß **§ 4 Absatz 1 SVG** zugehen muss.

25.2. Änderung der Anschrift

Der Versicherungsnehmer hat eine Änderung seiner Anschrift dem Versicherer bekanntzugeben. Solange der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht bekannt gibt und der Versicherer keine Kenntnis von der neuen Anschrift des Versicherungsnehmers hat, gelten Erklärungen des Versicherers an die ihm vom Versicherungsnehmer zuletzt bekannt gegebene Anschrift als dem Versicherungsnehmer in jenem Zeitpunkt zugegangen, in welchem sie ohne Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wären.

Artikel 26 Gebühren

Die Beitragszahlung hat an den Versicherer kostenfrei zu erfolgen.

Der Versicherer berechnet keine zusätzlichen Gebühren, außer Mehraufwendungen, die vom Versicherungsnehmer veranlasst werden (z.B. Mahngebühren bei Beitragszahlungsverzug, Ausstellung von Duplikaten, nachträgliche Vinkulierungsänderungen).

Der Versicherungsnehmer kann die Höhe der aktuellen Gebühren jederzeit beim Kundenservice des Versicherers erfragen, der Homepage www.oebv.com entnehmen oder auf Wunsch zugesandt erhalten.

Anhang A

Der in den folgenden Gesetzestexten verwendete Begriff „Prämie“ deckt sich bei Versicherungsvereinen auf Gegenseitigkeit mit dem Begriff „Beitrag“.

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

§ 1d. (1) Ein Versicherungsverhältnis darf in Ansehung eines versicherbaren Risikos nicht deswegen abgelehnt oder gekündigt werden oder deshalb von einer höheren Prämie abhängig gemacht werden, weil der Versicherungsnehmer oder der Versicherte behindert (§ 3 Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz, BGBl. I Nr 82/2005) ist.

(2) Ein Prämienzuschlag darf nur dann vorgesehen werden, wenn der Gesundheitszustand einen bestimmenden Faktor für die Risikokalkulation in dem betreffenden Versicherungszweig darstellt und der individuelle Gesundheitszustand der versicherten Person eine wesentliche Erhöhung der Gefahr bewirkt. Ein Prämienzuschlag darf nur in dem Ausmaß erfolgen, das sich anhand der Risikokalkulation in dem konkreten Versicherungszweig aufgrund der Gefahrenerhöhung errechnet.

(3) Der Versicherer hat dem Versicherungsnehmer gegenüber offenzulegen, aufgrund welcher (insbesondere statistischer) Daten er zu einer wesentlichen Erhöhung der Gefahr kommt und aufgrund welcher Änderung in der versicherungsmathematischen Berechnung sich der Prämienzuschlag oder die mangelnde Versicherbarkeit des Risikos nach Abs. 1 ergibt. Fehlen statistische Daten oder sind die Daten unzureichend, so ist die Gefahrenerhöhung auf der Grundlage von für den individuellen Gesundheitszustand der versicherten Person relevantem und verlässlichem medizinischen Wissen darzulegen, wenn der Versicherungsnehmer dies verlangt. Die Gründe für die konkrete Gefahrenerhöhung und den Prämienzuschlag sind in einer gesonderten Urkunde auszuweisen; diese ist dem Versicherungsnehmer spätestens mit dem Versicherungsschein zu übermitteln.

(4) Die vorstehenden Absätze lassen die Bestimmungen des Bundes-Behindertengleichstellungsgesetzes unberührt und gelten sinngemäß auch für den Fall, dass der mit oder für eine behinderte Person abgeschlossene Versicherungsvertrag Wartefristen, einen Risikoausschluss oder Verminderungen des Leistungsumfangs aufweist.

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

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

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

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

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

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

§ 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 Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.
- § 29. Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.
- § 30. Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.
- § 38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.
- § 39. (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung ohne Beachtung dieser Vorschriften ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes 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.
- § 41a. (1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages oder nach Abschluss des Vertrages wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, dass die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.
- (2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.
- § 74. (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer abschließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung).

- (2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Vertragschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.
- § 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.
- § 80. (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.
- (2) Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, dass unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.
- § 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.

2. Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG)

- § 4. (1) Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesondere solche, die die Beiziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.

Anhang B

Tabelle Darstellung der Leistungen für den Leistungsbaustein Dauernde Invalidität

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

Invaliditäts-grad	Leistung bis 600 %			Leistung bis 300 %			Leistung bis 100 %
	Variante standard gem. Art. 7 A.1.	Variante basis gem. Art. 7 A.2.	Variante premium gem. Art. 7 A.3.	Variante standard gem. Art. 7 B.1.	Variante basis gem. Art. 7 B.2.	Variante premium gem. Art. 7 B.3.	Variante standard gem. Art. 7 B.4.
51 %	125 %	125,0 %	125 %	88 %	88,0 %	88 %	51 %
52 %	130 %	130,0 %	130 %	91 %	91,0 %	91 %	52 %
53 %	135 %	135,0 %	135 %	94 %	94,0 %	94 %	53 %
54 %	140 %	140,0 %	140 %	97 %	97,0 %	97 %	54 %
55 %	145 %	145,0 %	145 %	100 %	100,0 %	100 %	55 %
56 %	150 %	150,0 %	150 %	103 %	103,0 %	103 %	56 %
57 %	155 %	155,0 %	155 %	106 %	106,0 %	106 %	57 %
58 %	160 %	160,0 %	160 %	109 %	109,0 %	109 %	58 %
59 %	165 %	165,0 %	165 %	112 %	112,0 %	112 %	59 %
60 %	170 %	170,0 %	170 %	115 %	115,0 %	115 %	60 %
61 %	177 %	177,0 %	177 %	119 %	119,0 %	119 %	61 %
62 %	184 %	184,0 %	184 %	123 %	123,0 %	123 %	62 %
63 %	191 %	191,0 %	191 %	127 %	127,0 %	127 %	63 %
64 %	198 %	198,0 %	198 %	131 %	131,0 %	131 %	64 %
65 %	205 %	205,0 %	205 %	135 %	135,0 %	135 %	65 %
66 %	212 %	212,0 %	212 %	139 %	139,0 %	139 %	66 %
67 %	219 %	219,0 %	219 %	143 %	143,0 %	143 %	67 %
68 %	226 %	226,0 %	226 %	147 %	147,0 %	147 %	68 %
69 %	233 %	233,0 %	233 %	151 %	151,0 %	151 %	69 %
70 %	240 %	240,0 %	240 %	155 %	155,0 %	155 %	70 %
71 %	247 %	247,0 %	247 %	159 %	159,0 %	159 %	71 %
72 %	254 %	254,0 %	254 %	163 %	163,0 %	163 %	72 %
73 %	261 %	261,0 %	261 %	167 %	167,0 %	167 %	73 %
74 %	268 %	268,0 %	268 %	171 %	171,0 %	171 %	74 %
75 %	275 %	275,0 %	275 %	175 %	175,0 %	175 %	75 %
76 %	285 %	285,0 %	285 %	180 %	180,0 %	180 %	76 %
77 %	295 %	295,0 %	295 %	185 %	185,0 %	185 %	77 %
78 %	305 %	305,0 %	305 %	190 %	190,0 %	190 %	78 %
79 %	315 %	315,0 %	315 %	195 %	195,0 %	195 %	79 %
80 %	325 %	325,0 %	325 %	200 %	200,0 %	200 %	80 %
81 %	340 %	340,0 %	340 %	205 %	205,0 %	205 %	81 %
82 %	355 %	355,0 %	355 %	210 %	210,0 %	210 %	82 %
83 %	370 %	370,0 %	370 %	215 %	215,0 %	215 %	83 %
84 %	385 %	385,0 %	385 %	220 %	220,0 %	220 %	84 %
85 %	400 %	400,0 %	400 %	225 %	225,0 %	225 %	85 %
86 %	415 %	415,0 %	415 %	230 %	230,0 %	230 %	86 %
87 %	430 %	430,0 %	430 %	235 %	235,0 %	235 %	87 %
88 %	445 %	445,0 %	445 %	240 %	240,0 %	240 %	88 %
89 %	460 %	460,0 %	460 %	245 %	245,0 %	245 %	89 %
90 %	475 %	475,0 %	475 %	250 %	250,0 %	250 %	90 %
91 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	91 %
92 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	92 %
93 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	93 %
94 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	94 %
95 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	95 %
96 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	96 %
97 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	97 %
98 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	98 %
99 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	99 %
100 %	600 %	600,0 %	600 %	300 %	300,0 %	300 %	100 %