

Vertragsgrundlage bilden die vereinbarten Rahmenverträge. Ergänzend gelten die allgemeinen Bedingungen. Regelungen in den Rahmenverträgen gehen den allgemeinen Bedingungen vor und es wird ausdrücklich klargestellt, dass lediglich die in dem Rahmenvertrag vereinbarten Leistungen versichert sind. Diese Leistungen sind jeweils in der aktuellen Broschüre dargestellt.

Vertragsgrundlagen zur Unfallversicherung

Allgemeine Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016),
Ergänzende Versicherungsbedingungen für den Premium-Unfallschutz
(EUVBP 2016) und Besondere Bedingungen
in der Fassung 9/2016



Unter den Flügeln des Löwen.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016)	3
Bitte beachten Sie:	3
Artikel 1 Was ist versichert?	3
Artikel 2 Was gilt als Versicherungsfall?	3
Artikel 3 Wo gilt die Versicherung?	3
Artikel 4 Wann gilt die Versicherung?	3
Artikel 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz?	4
Artikel 6 Was ist ein Unfall?	4
Artikel 7 Wann sind unsere Leistungen fällig?	5
Artikel 8 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?	5
Artikel 9 Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person?	6
Artikel 10 Was ist nicht versichert? Was ist eingeschränkt versichert?	7
Artikel 11 Wofür wird keine Leistung erbracht? Wann wird die Leistung gekürzt?	9
Artikel 12 Wann sind die Prämien zu bezahlen? Wofür werden Gebühren verrechnet? In welchen Fällen kann eine Prämienfreistellung vereinbart werden?	9
Artikel 13 Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?	10
Artikel 14 Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten? Welche Folgen hat eine Nichtbeachtung dieser Vorschriften?	11
Artikel 15 Was gilt als Versicherungsperiode? Wie lange dauert der Vertrag und wann verlängert er sich?	12
Artikel 16 Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?	12
Artikel 17 Wer sind die Vertragspartner?	13
Artikel 18 Wer ist versichert?	13
Ergänzende Bedingungen für den Premium-Unfallschutz (EUVBP 2016)	14
Artikel 1 Was ist ein Unfall? (Ergänzung zu Art. 6 AUVB 2016)	14
Artikel 2 Was ist nicht versichert? Was ist eingeschränkt versichert? (Ergänzung zu Art. 10, Pkt. 1.5. AUVB 2016)	14
Artikel 3 Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“? Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?	15
Besondere Bedingungen	16
Besondere Bedingung UVCP0001 Unfallkapital	16
Besondere Bedingung UVPU0001 Unfallrente	17
Besondere Bedingung UVPU0002 Unfalltod	18
Besondere Bedingung UVPU0003 Taggeld	18
Besondere Bedingung UVCP0002 Genesungsgeld	19
Besondere Bedingung UVCP0003 Spitalgeld nach Unfall	19
Besondere Bedingung UVPU0004 Spitalgeld mit Betreuungsgeld nach Unfall	20
Besondere Bedingung UVCP0004 Kinder-Krebspauschale – Ersthilfe bei bösartiger Krebserkrankung	20
Besondere Bedingung UVCP0005 Pflege-Pauschale – Ersthilfe ab Pflegestufe 4	21
Besondere Bedingung UVPU0005 Unfallassistance und Unfallkosten	21
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)	27

Allgemeine Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016)

Bitte beachten Sie:

Versicherungsnehmer(in)

ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt. Für diese Person wird in den AUVB die persönliche Anrede „Sie“ verwendet.

Versicherte Person

ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.

Verweise auf gesetzliche Bestimmungen

Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind unter „Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)“ im vollen Wortlaut wiedergegeben.

Form von Erklärungen

Alle Erklärungen und Informationen von Ihnen, versicherten Personen und sonstigen Dritten im Zusammenhang mit dem Versicherungsvertrag bedürfen zu ihrer Gültigkeit der geschriebenen Form (schriftlich jedoch ohne Unterschrift). Die Erklärungen und Informationen müssen dem Empfänger zugehen, von ihm dauerhaft aufbewahrt werden können (ausdrucken oder abspeichern, wie etwa bei Fax oder Email, aber nicht SMS-Nachrichten) und aus dem Text muss die Person des Erklärenden zweifelsfrei hervorgehen. Schriftliche Erklärungen und Informationen (mit Unterschrift) sind selbstverständlich auch gültig, bloß mündliche aber unwirksam.

Rücktrittserklärungen gem. §§ 3, 3a KSchG können in jeder beliebigen Form abgegeben werden.

Artikel 1

Was ist versichert?

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Art und Umfang des Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Polizze, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Ergänzenden Bedingungen, den vereinbarten Besonderen Bedingungen und den gesetzlichen Bestimmungen.

Artikel 2

Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6 AUVB 2016, Was ist ein Unfall?)

Artikel 3

Wo gilt die Versicherung?

Den örtlichen Geltungsbereich des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze. Sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde, besteht Versicherungsschutz auf der ganzen Welt.

Artikel 4

Wann gilt die Versicherung?

Den zeitlichen Geltungsbereich des Vertrages entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze. Sofern nichts Abweichendes vereinbart wurde, besteht Versicherungsschutz während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes rund um die Uhr.

Artikel 5

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Art. 12 AUVB 2016 geregelt.

Waren Sie an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne Ihr Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a VersVG.

Artikel 6

Was ist ein Unfall?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (**Unfallereignis**) unfreiwillig eine **Gesundheitsschädigung** erleidet.

Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur **Rettung von Menschenleben** oder Sachen erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.

Bei **Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe** wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen von Gasen oder Dämpfen mehrere Stunden lang unfreiwillig ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufskrankheiten.

- 1.1. Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. **Herzinfarkt**), sind versichert, 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.
Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Gehirns entstanden sind (z.B. **Schlaganfall**, ischämischer Insult), sind versichert, 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 sind.
 - 1.2. **Bandscheibenhernien** jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden, und
 - diese 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; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
 - 1.3. **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
2. Als Unfall gelten auch:
 - 2.1. **Verrenkungen** von Gliedern sowie **Zerrungen und Zerreißen** von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 Anwendung.
 - 2.2. Folgen des **Verschluckens von Gegenständen**;

- 2.3. Folgen der **versehentlichen Einnahme** von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
- 2.4. Unfälle, die durch einen **Herzinfarkt** oder **Schlaganfall** der versicherten Person herbeigeführt wurden.

Artikel 7

Wann sind unsere Leistungen fällig?

1. Unsere Geldleistungen werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Steht unsere Leistungspflicht fest, lässt sich aber aus Gründen die Sie nicht verschuldet haben, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Anzeige des Versicherungsfalles nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.
4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies zu beachten:

Die dauernde Invalidität muss

- **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten sein und
- **innerhalb von 15 Monaten** nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und bei uns geltend gemacht werden. Aus dem ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen.

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

Artikel 8

Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?

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 Krankheit oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein **Schiedsgutachter**, sofern
 - dies Sie bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und
 - diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn
 - sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht;
 - der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder
 - der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß Pkt. 7 (siehe unten) mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.

In diesen Fällen entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage.

3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch uns zu.
Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen werden wir den Anspruchsberechtigten in unserer Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der von uns im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist.
Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 14, Pkt. 2 a), b), e) und f) AUVB 2016 gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Pkt. 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangen wir die Entscheidung des Schiedsgutachters, so tragen wir dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5% der für Unfalltod und Unfallkapital (jeweils Maximalleistung) zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25% des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des Ihnen mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) tragen wir die Kosten des Schiedsgutachters.

Artikel 9

Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person?

Verschlechtert sich der auf dem Antrag anzugebende Gesundheitszustand der versicherten Person während der Vertragslaufzeit erheblich, sind wir berechtigt, den Versicherungsvertrag nach Maßgabe der Bestimmungen des § 1d VersVG anzupassen.

Dies kann durch Änderung der vereinbarten Leistungen (Summenreduktion, Ausschluss oder Anpassung einzelner Leistungsarten) und/oder mittels Prämienzuschlags erfolgen.

Tritt durch die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigung mangelnde Versicherbarkeit der versicherten Person ein, sind wir innerhalb eines Monats ab Kenntnis vom Gesundheitszustand berechtigt, den Vertrag hinsichtlich der versicherten Person mit einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.

Mangelnde Versicherbarkeit liegt vor, wenn die Eintrittswahrscheinlichkeit und/oder -häufigkeit des Versicherungsfalles um ein Vielfaches höher liegt, als in der Unfallversicherung kalkuliert.

Artikel 10

Was ist nicht versichert?

Was ist eingeschränkt versichert?

1. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle:

- 1.1. der versicherten Person als **Luftfahrzeugführer** (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges und bei der Benützung von Raumfahrzeugen;
- 1.2. die beim Versuch oder der Begehung **gerichtlich strafbarer Handlungen** durch die versicherte Person eintreten, für die **Vorsatz** Tatbestandsmerkmal ist;
- 1.3. die unmittelbar oder mittelbar durch **Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse** verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 14. Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

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

- 1.4. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von **Nuklearwaffen**, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie, oder
 - durch den **Einfluss ionisierender Strahlen** im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
- 1.5. der versicherten Person infolge
 - einer **Bewusstseinsstörung**,
 - eines **epileptischen Anfalls**, oder
 - eines anderen **Krampfanfalls**, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift.

Bewusstseinsstörung:

Bewusstseinsstörungen sind alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die auf Alkohol, Suchtgiften oder Medikamenten beruhen, 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.

Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die verursacht werden durch

- einen Herzinfarkt,
 - einen Schlaganfall oder
 - eine krankheitsbedingte Bewusstseinsstörung (z.B. Blutdruckschwankung, Blutzuckerschwankung, Ohnmachtsanfall).
- 1.6. bei **Heilmaßnahmen** oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen versicherten Unfall veranlasst waren.
 - 1.7. bei einer **entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung** und dem Training dafür. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person
 - als von der österreichischen **Sporthilfe** geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart,

- bei Ausübung des **Fußballsports** in einer der beiden höchsten Spielklassen in Österreich,
 - bei Ausübung einer anderen **Mannschaftssportart** in der höchsten Spielklasse in Österreich,
- erleidet. Unfälle beim Training für eine der genannten Sportarten sind ebenfalls nicht versichert.

1.8. bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:

- Bergsteigen mit außergewöhnlichem Risiko (Klettern im freien Gelände ab Schwierigkeitsgrad 5 UIAA, Free-Solobegehungen (Klettern ohne Sicherung), Eisfallklettern);
- Tauchgänge mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchgänge ab 40 Metern, Eistauchen, Tauchexpeditionen) außer als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz;
- Bewerbe im Mountainbike (Downhill, Four Cross, Dirt Jump) einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten;
- Teilnahme an Expeditionen;
- Rekordversuche in den Bereichen Geschwindigkeit, Tauchen, Luftfahrt und Alpinistik;
- als Mitglied eines Nationalkaders (inkl. Nachwuchskader) auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns bei der Ausübung dieser Sportart.

1.9. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges beteiligt

- beim Fahren auf Rennstrecken oder Trainingsanlagen für Motorsport;
- an **Fahrtveranstaltungen** einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.

2. Für Unfälle bei den unten angeführten Tätigkeiten wird **eingeschränkt Versicherungsschutz**

geboten. Dabei gelten für im Vertrag vereinbarte Leistungsarten die nachstehenden Versicherungssummen als vereinbart. Sind im Vertrag höhere Versicherungssummen (Maximalleistung) vereinbart, gilt der übersteigende Teil als nicht vereinbart:

– Unfallkapital	EUR 100.000,-- (Maximalleistung)
– Zusatzkapital	EUR 50.000,--
– Unfallrente	EUR 500,--
– Unfalltod	EUR 50.000,--
– Taggeld	EUR 0,--
– Genesungsgeld	EUR 1.000,--
– Spitalgeld	EUR 0,--
– Spitalgeld mit Betreuungsgeld nach Unfall	EUR 0,--
– Unfallassistance und Unfallkosten	EUR 3.000,--
– Bergung und Transport	EUR 3.000,--
– Behandlungskosten	EUR 1.000,--

Dieser eingeschränkte Versicherungsschutz besteht für Unfälle

2.1. der versicherten Person als **Pilot** und sonstiges Besatzungsmitglied bei Linienfluggesellschaften;

2.2. der versicherten Person als **Berufssportler** oder von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung folgender sportlicher Betätigungen und dem Training:

- Schwimmen;
- Wasserball;
- Wasserspringen;
- Segeln;
- Schießsport;
- Tanzsport;
- Fechten;
- Beachvolleyball;
- Golf.

2.3. der im Rahmen von „**Unfallschutz AUVB 2016 für Kinder**“ versicherten Person bei der Ausübung der in Pkt. 1.7. – 1.9. angeführten Aktivitäten bzw. Sportarten.

Artikel 11

Wofür wird keine Leistung erbracht?

Wann wird die Leistung gekürzt?

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Haben **Krankheiten oder Gebrechen** bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 30% beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
3. Für organisch bedingte **Störungen des Nervensystems** wird eine Leistung von uns erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
Ausgeschlossen sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (z.B. **Psychosen, Neurosen**), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Artikel 12

Wann sind die Prämien zu bezahlen?

Wofür werden Gebühren verrechnet?

In welchen Fällen kann eine Prämienfreistellung vereinbart werden?

1. Die **erste** oder die einmalige **Prämie** samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.

Die **Folgeprämien** sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG.

2. Neben der Prämie verrechnen wir Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Ihr Verhalten veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren). Die zum jeweiligen Durchführungstermin gültigen Gebühren für diese Mehraufwendungen werden auf der Homepage <https://www.generali.at/service/gebuehren-versicherung.html> veröffentlicht; das Informationsblatt senden wir Ihnen auf Wunsch auch gerne zu.

Prämienfreistellungen

3. Wenn Sie während der Vertragsdauer **arbeitslos** werden, wird der Versicherungsschutz ab dem 4. Monat des Bezuges von Arbeitslosengeld, maximal für 12 Monate prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Arbeitslosengeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Arbeitsmarktservice (AMS) nachzuweisen.
4. Wenn Sie während der Vertragsdauer zum **Präsenzdienst oder Zivildienst** einberufen werden, wird der Versicherungsschutz für diesen Zeitraum prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, die Ableistung des Präsenz- bzw. Zivildienstes haben Sie entsprechend nachzuweisen.
5. Wenn Sie während der Vertragsdauer **Kinderbetreuungsgeld** beziehen, wird der Versicherungsschutz maximal für die Dauer von 12 Monaten prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Sozialversicherungsträgers nachzuweisen.

6. In allen Fällen der Prämienfreistellung ist eine Beantragung erstmals nach einer Vertragsdauer von einem Jahr möglich, sofern der Grund für die Prämienfreistellung nicht bereits zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bestanden hat.
In allen drei Fällen der Prämienfreistellung wird kein Taggeld gezahlt. Innerhalb einer Vertragsdauer von 10 Jahren werden Prämienfreistellungen für maximal 24 Monate geboten.
7. Sollten Sie während der Dauer eines als **Kinderunfallversicherung** abgeschlossenen Vertrages sterben, so wird der Vertrag mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, prämienfrei weitergeführt.

Artikel 13

Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung der versicherten Person, sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Tätigkeit.
2. Ergibt sich für die **neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung** der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif
 - eine niedrigere Prämie, so ist nur diese vom Zugang der Anzeige an zu bezahlen.
 - eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung der volle Versicherungsschutz.

Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer – dem höheren Risiko – angepassten Prämie. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unseres Änderungsvorschlags ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die von uns vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Wir werden Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung erforderlichen Prämie zurückbleibt. Wir verzichten einmalig auf diese Kürzung der Versicherungssummen beim ersten Versicherungsfall, der **innerhalb der vereinbarten Vertragslaufzeit** (siehe Art. 15, Pkt. 2 AUVB 2016) auf die erstmalige Änderung der im Antrag angegebenen Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung folgt.

- dass grundsätzlich kein Versicherungsschutz besteht, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung.

Artikel 14

Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten? Welche Folgen hat eine Nichtbeachtung dieser Vorschriften?

1. Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles

Um dem Eintritt des Versicherungsfalles oder einer Erhöhung des Umfangs der Versicherungsleistung vorzubeugen, ist folgende Obliegenheit einzuhalten:

Die versicherte Person besitzt als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung nach österreichischem Recht, die zum Lenken dieses Kraftfahrzeuges vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

Versichert sind jedoch Unfälle bei der Verwendung von landwirtschaftlichen Fahrzeugen auf Flächen ohne öffentlichen Verkehr auch dann, wenn die kraftfahrrechtliche Berechtigung für das Lenken auf Straßen mit öffentlichem Verkehr nicht vorhanden ist.

Wird diese Obliegenheit zumindest leicht fahrlässig verletzt, sind wir insoweit leistungsfrei, als die Verletzung einen Einfluss auf die Höhe der Versicherungsleistung oder den Eintritt des Versicherungsfalles gehabt hat.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Nach Eintritt des Versicherungsfalles sind deshalb folgende Obliegenheiten einzuhalten:

- a) Nach einem Unfall, haben Sie oder die versicherte Person 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.
- b) Sie oder die versicherte Person haben nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.
- c) Ein Unfall ist uns unverzüglich – spätestens innerhalb einer Woche – in geschriebener Form anzuzeigen.
- d) Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von drei Tagen in geschriebener Form zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.
- e) Ein von uns übersandtes Unfallmeldeformular müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- f) Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
- g) Ist auch Spitalgeld nach Unfall versichert oder besteht ein Anspruch auf Genesungsgeld so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- h) Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind uns die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Die Belege gehen in unser Eigentum über.

3. Wird eine der in Pkt. 2 angeführten Obliegenheiten mit dem Vorsatz verletzt, unsere Leistungspflicht zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu erschweren, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung befreit.

4. Wird eine der Obliegenheiten in Pkt. 2 mit einem anderen als den in Pkt. 3 beschriebenen Vorsatz oder grobfahrlässig verletzt, so sind wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als die Verletzung der Obliegenheit auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung oder den Umfang der zu erbringenden Leistung einen Einfluss gehabt hat.

Artikel 15

Was gilt als Versicherungsperiode? Wie lange dauert der Vertrag und wann verlängert er sich?

1. Versicherungsperiode

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

Dieser Zeitraum beginnt mit dem in der Police vereinbarten Versicherungsbeginn und wird **Versicherungsjahr** genannt.

2. Vertragsdauer und Vertragsverlängerung

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

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, dann verlängert sich der Versicherungsvertrag automatisch auf unbestimmte Zeit, wenn der Versicherungsvertrag nicht spätestens einen Monat vor dem Ende der vereinbarten Vertragsdauer von einem Vertragspartner gekündigt wird.

Die Kündigung wird erst mit Zugang beim anderen Vertragspartner wirksam und ist rechtzeitig, wenn sie spätestens ein Monat vor Ablauf des Versicherungsvertrages einlangt.

Langt die Kündigung rechtzeitig ein, endet der Versicherungsvertrag mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer.

Erfolgt jedoch keine Kündigung, können in der Folge beide Vertragspartner den sodann auf unbestimmte Zeit abgeschlossenen Versicherungsvertrag jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres (siehe oben Pkt. 1) unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist kündigen.

Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb Ihres Unternehmens gehören (Verbraucherverträgen), gilt zudem Folgendes:

- 2.1 Wir verpflichten uns, Sie frühestens fünf Monate und spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber zu informieren, dass Sie den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen können. Weiters verpflichten wir uns, Sie über die mit der Kündigungsmöglichkeit verbundenen Rechtsfolgen (siehe unten Pkt. 2.2 und 2.3) zu informieren.
- 2.2 Sie haben ab Zugang dieser Verständigung (siehe den vorstehenden Pkt. 2.1), aber auch schon davor, die Möglichkeit, ihren Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zu kündigen. Ihre Kündigungserklärung ist nur dann wirksam, wenn sie spätestens einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer in geschriebener Form bei uns einlangt.
- 2.3 Wenn Ihre Kündigung nicht spätestens ein Monat vor Ablauf der Vertragsdauer bei uns einlangt, verlängert sich der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit. Der sodann auf unbestimmte Zeit abgeschlossene Versicherungsvertrag kann von beiden Vertragspartnern unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres gekündigt werden.

Artikel 16

Wann kann der Vertrag gekündigt werden?

Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben, oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung von uns vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in Pkt. 1 genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder seine Anerkennung verzögern. Weiters können Sie nach Entscheidung des Schiedsgutachters bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats:

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 7 AUVB 2016);
- nach Zustellung der Entscheidung des Schiedsgutachters (Art. 8 AUVB 2016);
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht; von Ihnen vorzunehmen.

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

3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
4. **Erlischt der Vertrag**, weil die versicherte Person verstorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 17

Wer sind die Vertragspartner?

Vertragspartner dieser Unfallversicherung sind

- **Sie, als Versicherungsnehmerin bzw. Versicherungsnehmer**
und
- **wir, die Generali Versicherung AG, als Versicherer.**

1. Die **Rechte** aus diesem Vertrag werden ausschließlich von den **Vertragspartnern** ausgeübt.
2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten (Art. 14 AUVB 2016) verantwortlich.

Artikel 18

Wer ist versichert?

1. Versichert werden können Personen mit dauerndem Aufenthalt in Österreich. Falls die versicherte Person ihren dauernden Aufenthalt außerhalb Österreichs nimmt, sind wir berechtigt, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis zu kündigen. Dieses Recht steht auch Ihnen zu.

2. Besteht bei unserem Unternehmen eine Unfallversicherung für zumindest einen Elternteil, wird der für ein **neugeborenes Kind** beantragte Versicherungsschutz für die ersten 6. Lebensmonate prämienfrei geboten.
3. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
4. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als **für Rechnung des anderen** genommen, das bedeutet, dass diesem die Versicherungsleistung zusteht. Die diesbezüglichen Vorschriften der §§ 75 ff VersVG – Versicherung für fremde Rechnung – sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.
5. Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen **für eigene Rechnung** genommen (die Versicherungsleistung steht Ihnen zu), so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

Ergänzende Bedingungen für den Premium-Unfallschutz (EUVP 2016)

In Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 2016) gilt vereinbart:

Artikel 1

Was ist ein Unfall?

(Ergänzung zu Art. 6 AUVB 2016)

1. Unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken bzw. Ersticken unter Wasser sowie **tauchtypische Gesundheitsschädigungen** (Barotraumen (kompressionsbedingt und dekompensionsbedingt, auch Gasembolie), Dekompensionskrankheit) sind versichert, auch wenn kein Unfallereignis festgestellt werden kann.
2. **Krankheiten** gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch auf:

- Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose, wenn die Erkrankung eingetreten ist und serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn bzw. spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.
Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht.
- Folgen des **Wundstarrkrampfes** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Art. 6, Pkt. 1 AUVB 2016 verursacht wurden.
- **Wundinfektionen** infolge einer Unfallverletzung

Artikel 2

Was ist nicht versichert?

Was ist eingeschränkt versichert?

(Ergänzung zu Art. 10, Pkt. 1.5. AUVB 2016)

Bewusstseinsstörung:

Es besteht Versicherungsschutz, wenn eine Bewusstseinsstörung durch **Alkoholisierung** verursacht wird – beim Führen von Kraftfahrzeugen zu Land, Wasser und in der Luft jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallszeitpunkt unter 1,3 Promille liegt.

Artikel 3

Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“? Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

1. Dauernde Invalidität (DI) liegt vor, wenn die versicherte Person durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer **körperlichen** oder **geistigen Leistungsfähigkeit** beeinträchtigt ist.
Der Eintritt dauernder Invalidität ist notwendige Voraussetzung für Zahlungen aus den Leistungsarten „**Unfallkapital**“, „**Zusatzkapital**“ und „**Unfallrente**“.

Kein Anspruch auf diese Leistungsarten besteht, wenn die versicherte Person **unfallbedingt innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall **stirbt**.

2. Die dauernde Invalidität muss
 - **innerhalb eines Jahres** nach dem Unfall eingetreten sein und
 - **innerhalb von 15 Monaten** nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und bei uns geltend gemacht werden. Aus dem ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen.
3. Maßgeblich für die Ermittlung der dauernden Invalidität ist der Zustand der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung bzw. zum Zeitpunkt der Erstellung des medizinischen Gutachtens.

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten zur Bemessung des **Invaliditätsgrades** ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Bewertungsgrundlagen (Gliedertaxe):

eines Armes	70%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers oder Mittelfingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines	70%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	60%
sofern jedoch die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	80%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	20%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50%
des Geruchssinnes	10%
des Geschmackssinnes	10%
der Milz	10%
einer Niere	20%
beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	50%
der Stimme	30%
des Magens	20%

Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

4. Bei **Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung** gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

6. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.
7. Steht der **Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig** fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
8. 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 und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Besondere Bedingungen

Besondere Bedingung UVCP0001 Unfallkapital

1. Die in der Polize angeführten Versicherungssummen sind die Basis für die Berechnung unserer Versicherungsleistung. Die Versicherungsleistung errechnet sich durch Multiplikation des ärztlich festgestellten Grades der dauernden Invalidität (DI) mit der für diesen Invaliditätsgrad festgelegten Versicherungssumme.

Bitte beachten Sie dazu das **Berechnungsbeispiel** im Antrag oder die Berechnungsbeispiele auf unserer Homepage unter: <https://www.generali.at/privatkunden/gesundheit-unfall/unfallschutz/>
Eine **Tabelle mit allen Leistungsbeträgen** für jeden Invaliditätsgrad finden Sie auf unserer Homepage unter: <https://www.generali.at/privatkunden/gesundheit-unfall/unfallschutz/>

2. Garantierte Sofortauszahlung

- a) Für im Antrag aufgelistete Verletzungen („Verletzungskatalog“) gilt eine garantierte Sofortauszahlung vereinbart.
Tritt eine dieser Verletzungen aufgrund eines Unfalls ein, wird die dafür vereinbarte Pauschalleistung nach Vorliegen eines ärztlichen Befundberichts sofort ausbezahlt.
Verursacht der Unfall
 - mehrere Verletzungen an verschiedenen Körperteilen (Gliedermaßen), werden die jeweiligen Pauschalbeträge zusammengerechnet. Die Versicherungsleistung ist in diesem Fall mit der Versicherungssumme für Unfallkapital bei einem Invaliditätsgrad von 100% begrenzt.
 - mehrere Verletzung an einem Körperteil (Gliedermaße) wird der Pauschalbetrag für die am höchsten bewertete Verletzung ausbezahlt.
 - eine Verletzung, welche im Verletzungskatalog nicht angeführt ist, erfolgt die Bemessung einer dauernden Invalidität gemäß Art. 2 EUVBC 2016 bzw. Art. 3 EUVBP 2016.
- b) Sie können die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen verlangen, wobei die Bestimmung des Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung des Invaliditätsgrades aufgrund Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) berücksichtigt wird.

Wurde die Pauschalleistung gemäß Pkt. a) zuvor ausbezahlt,

- erfolgt eine weitere Zahlung nur, wenn aufgrund eines festgestellten höheren Invaliditätsgrades die dafür ermittelte Versicherungsleistung die bereits ausbezahlte Pauschalleistung übersteigt;
 - können wir die erbrachte Mehrleistung zurückfordern, wenn aufgrund eines festgestellten niedrigeren Invaliditätsgrades die dafür ermittelte Versicherungsleistung unter der bereits ausbezahlten Pauschalleistung liegt.
3. Entsteht aufgrund eines Unfalles innerhalb von 2 Jahren eine **schwere Entstellung des Gesichtes** (z.B. Narben), die eine eindeutige Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens oder eine schwere psychische Belastung der versicherten Person zur Folge hat, zahlen wir 5% der Maximalleistung.

Besondere Bedingung UVPU0001 Unfallrente

1. Wir zahlen die Unfallrente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person.
Die **Rentenzahlung** erfolgt monatlich im Vorhinein. Die Rentenzahlung erfolgt rückwirkend ab dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat.
Die Rentenzahlung **endet** mit Ablauf der vereinbarten Dauer, jedenfalls jedoch mit dem Tod der versicherten Person.
2. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden nicht zusammengerechnet.
Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der **unfallkausale Invaliditätsgrad gesunken** oder die **Berufsunfähigkeit weggefallen** oder auf weniger als 50% vermindert ist, besteht ab dem Tag dieser Feststellung Anspruch auf den jeweils niedrigeren Rentenbetrag bzw. erlischt der Anspruch auf die Rente. Bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Rentenzahlungen werden von uns nicht zurückverlangt.
3. **Wertsicherung**
Wenn im Vertrag (Polizze) vereinbart, wird die Unfallrente für die Dauer des Leistungsbezuges zum 1. Jänner jedes Jahres um 2% erhöht.
4. Sie können statt der lebenslangen Rente die **Auszahlung des Ablösekapitals** (siehe unten „Übersicht zu Ablösekapital für lebenslange Unfallrenten“) verlangen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt dieser Erklärung das 18. Lebensjahr vollendet hat. Das Ablösekapital richtet sich nach dem zum Zeitpunkt des Unfalls vollendeten Lebensjahr der versicherten Person.
Ist ein Anspruch auf Unfallrente entstanden, zahlen wir das Ablösekapital frühestens nach Ablauf von 4 Jahren nach dem Unfall aus.
Die Auszahlung des Ablösekapitals muss innerhalb von 5 Jahren nach dem Unfall beantragt werden. Vollendet eine **minderjährige versicherte Person** das 18. Lebensjahr nach Ablauf von 4 Jahren nach dem Unfall, muss das Ablösekapital innerhalb eines Jahres ab diesem Zeitpunkt beantragt werden. Die bis zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Ablösekapitals bereits geleisteten **Rentenzahlungen** werden auf das Ablösekapital **angerechnet**.

Übersicht zu Ablösekapital für lebenslange Unfallrenten:

Alter zum Zeitpunkt des Unfalles	Anzahl der Monatsrenten	
	Gleichbleibende Rente	Rente mit jährlich 2 % Erhöhung
0-5	220	328
6-10	219	323
11-15	217	317
16-20	215	310
21-25	213	302
26-30	210	293
31-35	205	281
36-40	200	268
41-45	193	253
46-50	184	236
51-55	174	217
56-60	161	195
61-65	131	154
66-70	114	131
71-75	96	106
76-80	77	82
ab 81	48	48

5. Unfallrente bei Berufsunfähigkeit

a) **Berufsunfähigkeit** liegt vor, wenn die versicherte Person

- aufgrund der Unfallfolgen voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen zu mindestens 50% außerstande ist, ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit (so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war) auszuüben,
- und keine andere Ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt.

Eine berufliche Tätigkeit entspricht nicht der bisherigen Lebensstellung, wenn sie deutlich geringere Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und auch hinsichtlich Vergütung und Wertschätzung spürbar unter dem Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinkt.

Hat die versicherte Person ihren Beruf innerhalb von 12 Monaten vor Eintritt der Berufsunfähigkeit gewechselt, muss die Berufsunfähigkeit in jeder beruflichen Tätigkeit gegeben sein.

b) Für **Selbständige/Betriebsinhaber** oder diesen hinsichtlich Leistungsbefugnisse in einem Betrieb gleichgestellte Arbeitnehmer ist für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit zusätzlich zu lit a) Voraussetzung, dass auch nach einer wirtschaftlich angemessenen und zumutbaren Umorganisation des Arbeitsplatzes keine Betätigungsmöglichkeit mehr verbleibt, die ihrer Ausbildung, Erfahrung und bisherigen Lebensstellung entspricht

Besondere Bedingung UVP0002 Unfalltod

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für Unfalltod vereinbarte Versicherungssumme gezahlt.
Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen bereits erbrachten Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität werden wir nicht zurückverlangen.
2. Für **Personen unter 15 Jahren** werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten **Begräbniskosten** (Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung – einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.
Zum Empfang der Begräbniskosten für Personen unter 15 Jahren ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der **Überbringer der Originalrechnungen** berechtigt.
3. Bei unfallbedingtem Tod einer versicherten und erwerbstätigen Person zahlen wir an jedes ihrer leiblichen oder adoptierten minderjährigen Kinder, sofern diese bei uns unfallversichert sind, eine monatliche **Waisenrente**.

Die **Rentenleistung endet** mit

- dem Tod des bezugsberechtigten Kindes,
- spätestens jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das bezugsberechtigte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Besondere Bedingung UVP0003 Taggeld

1. Wir zahlen Taggeld bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der **Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit** der versicherten Person in ihrem ausgeübten Beruf.
2. Die Leistung wird für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag erbracht.
Wenn die dauernde Invalidität für Kapitalleistungen noch nicht endgültig festgestellt wurde, wird das Taggeld bis zur endgültigen Feststellung längstens bis zum 730. Tag ab dem Unfalltag bezahlt.
3. Bei einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit wird für längstens 10 Tage ab dem Unfalltag Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

4. Übt die versicherte Person im Unfallzeitpunkt **keinen Beruf** aus, wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt.

Die **Mitversicherung des Taggeldes entfällt** mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person die berufliche Tätigkeit beendet, jedenfalls mit Ende des Versicherungsjahres, in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet.

Besondere Bedingung UVCP0002 Genesungsgeld

1. Wir zahlen ein Genesungsgeld, wenn durch einen Unfall eine **stationäre Behandlung** in einem Spital innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfalles medizinisch notwendig wird. Bei Spitalsaufenthalten wird bis zu 10 Tagen pro Versicherungsfall Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

Sind aufgrund eines Unfalles **mehrere stationäre Behandlungen** notwendig, werden für die Bemessung der Höhe des Genesungsgelds die Aufenthaltstage zusammengerechnet. Für jeden Unfall wird maximal die Versicherungssumme als Genesungsgeld gezahlt.

Als **Spitäler** gelten Krankenanstalten, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind, sowie Krankengeschichten führen, weiters Rehabilitationszentren, Werksspitäler und Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres.

Nicht als Spitäler gelten z.B. Anstalten zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege und deren Krankenabteilungen, Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, ferner Krankenanstalten für psychische Erkrankungen.

2. Wenn die versicherte Person unfallbedingt einen **Knochenbruch** erleidet und die Leistung gemäß Pkt. 1 nicht erbracht wird, zahlen wir die für diesen Fall in der Polizze vereinbarte Pauschalleistung (bei mehreren Knochenbrüchen nur einmal). Dieser Betrag wird aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen am Knochenbruch (siehe Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016) nicht vermindert.

Der Knochenbruch (auch knöcherner Abriss einer Sehne, Knochensplitterungen und ähnliche Verletzungen) muss unmittelbar nach dem Unfallereignis radiologisch dokumentiert und ärztlich behandelt werden.

Das Genesungsgeld nach Knochenbruch wird auch gezahlt, wenn bei versicherten Personen vor Vollendung des 18. Lebensjahres durch einen Unfall eine **Wachstumsfuge verletzt** und daraufhin behandelt wird.

Besondere Bedingung UVCP0003 Spitalgeld nach Unfall

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in **medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung** in einem Spital befindet, gezahlt.

Bei Spitalsaufenthalten wird bis zu 10 Tagen pro Versicherungsfall Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

Die Leistung wird längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag erbracht.

Als **Spitäler** gelten Krankenanstalten, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind, sowie Krankengeschichten führen, weiters Rehabilitationszentren, Werksspitäler und Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres.

Nicht als Spitäler gelten z.B. Anstalten zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege und deren Krankenabteilungen, Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, ferner Krankenanstalten für psychische Erkrankungen.

Besondere Bedingung UVPU0004 Spitalgeld mit Betreuungsgeld nach Unfall

1. **Spitalgeld** wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person unfallbedingt in **medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung** in einem Spital befindet, gezahlt. Bei Spitalsaufenthalten wird bis zu 10 Tagen pro Versicherungsfall Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

Die Leistung wird für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag erbracht.

Als **Spitäler** gelten Krankenanstalten, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind, sowie Krankengeschichten führen, weiters Rehabilitationszentren, Werksspitäler und Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres.

Nicht als Spitäler gelten z.B. Anstalten zur Pflege wegen Alters, Geriatrie oder mangels häuslicher Pflege und deren Krankenabteilungen, Kuranstalten, Erholungs- und Genesungsheime, ferner Krankenanstalten für psychische Erkrankungen.

2. **Betreuungsgeld** wird bezahlt im unmittelbaren Anschluss an eine Leistung gemäß Pkt. 1 für jeden Kalendertag, an dem aufgrund des Versicherungsfalles
 - a) die berufstätige versicherte Person **völlig (100%ig) arbeitsunfähig** ist. Völlige (100%ige) Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn eine ausgeübte berufliche Tätigkeit nach objektivem ärztlichem Urteil in keiner Weise ausgeübt werden kann und auch tatsächlich nicht ausgeübt wird. Übt die versicherte Person im Unfallzeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt.
 - b) die versicherte Person – welche zum Unfallzeitpunkt das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat – am **Schulunterricht nicht** teilnehmen kann.

Bei völliger (100%iger) Arbeitsunfähigkeit bzw. Verhinderung des Schulbesuchs wird bis zu 10 Tagen pro Versicherungsfall Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

Das Betreuungsgeld wird innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag bezahlt:

- je Krankenhausaufenthalt: ab Entlassung bis zu durchgehend 28 Tagen;
- bei mehreren Krankenhausaufenthalten aufgrund des Versicherungsfalles: bis zu 42 Tagen.

Die Mitversicherung des Betreuungsgeldes entfällt mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person die berufliche Tätigkeit beendet, jedenfalls mit Ende des Versicherungsjahres, in dem sie das 70. Lebensjahr vollendet.

Besondere Bedingung UVCP0004 Kinder-Krebspauschale – Ersthilfe bei bösartiger Krebserkrankung

1. Krebs im Sinne dieser Besonderen Bedingung ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen - bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen – Befundes bestätigt sein.

2. Erkrankt ein versichertes Kind an einer der in Abs. 1 definierten Krebserkrankung, erfolgt die Auszahlung der Pauschalleistung einmalig nach Vorliegen der gesicherten Diagnose bzw. sonstiger Nachweise (die Bestimmungen des Art. 14, Pkt. 2 AUVB 2016 gelten sinngemäß).
3. Der Versicherungsschutz dieser Leistungsart besteht
 - bis zur einmaligen Auszahlung der Pauschalleistung, oder
 - solange die Prämie für Unfallschutz für Kinder vereinbart ist.
4. Kein Anspruch auf Pauschalleistung besteht, wenn
 - erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten;
 - eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
5. Ist im Vertrag eine Wertanpassung oder Werterhöhung vereinbart, findet diese auf die Pauschalleistung keine Anwendung.

Besondere Bedingung UVCP0005 Pflege-Pauschale – Ersthilfe ab Pflegestufe 4

1. Versicherungsschutz besteht für Pflegebedarf des Versicherten in Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.
Pflegebedarf im Sinne dieser Besonderen Bedingung ist gegeben, wenn
 - der Versicherte wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich der Betreuung und Hilfe bedarf,
 - der Pflegebedarf durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich beträgt und
 - der Pflegebedarf voraussichtlich für einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten besteht.

Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

Bei der Beurteilung des Pflegebedarfes von Kindern und Jugendlichen ist nur jenes Maß an Pflege zu berücksichtigen, das über das erforderliche Ausmaß von gleichaltrigen nicht behinderten Kindern und Jugendlichen hinausgeht.

2. Die Bestimmungen über die Ausschlüsse vom Versicherungsschutz (Art. 10, Pkt. 1 AUVB 2016) geltend sinngemäß.
3. Die Pauschalleistung wird ausbezahlt, wenn die vom Versicherer geforderten Nachweise erbracht sind. Diese müssen, sofern nichts anderes vereinbart ist, insbesondere enthalten: Vor- und Zuname der pflegebedürftigen Person, ärztliche Diagnose, Name und Anschrift des behandelnden Arztes, die durchschnittliche Dauer der Pflege im Monat (Anzahl der Stunden) und die Art der Pflege. Soweit nach dem Bundespflegegeldgesetz Nachweise erstellt bzw. Bescheide erlassen wurden oder Urteile ergangen sind, sind diese vorzulegen.
Die Bestimmungen des Art. 14, Pkt. 2 AUVB 2016 gelten sinngemäß.
4. Der Versicherungsschutz dieser Leistungsart besteht
 - bis zur einmaligen Auszahlung der Pauschalleistung, oder
 - solange die Prämie für Unfallschutz für Erwachsene vereinbart ist.
5. Ist im Vertrag eine Wertanpassung oder Werterhöhung vereinbart, findet diese auf die Pauschalleistung keine Anwendung.

Besondere Bedingung UVPU0005 Unfallassistance und Unfallkosten

A. Bergung und Transport

1. **Such-/Rettungs- und Bergeaktionen**

umfassen das Suchen nach der versicherten Person, ihre Bergung und ihren Transport bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

Im Notfall, bei Berg- oder See-/Wassernot und nach Unfall/Unfalltod stellen wir die Verbindung zu einer hierfür eingerichteten Organisation (z.B. Berg-, Wasserrettung) her und leisten Kostenersatz bis zur 5-fachen Versicherungssumme.

2. **Hubschrauberrettung**

Nach einem Unfall oder im Notfall stellen wir die Verbindung zu einer hierfür eingerichteten Organisation (z.B. Bergrettung) her.

Wir leisten Kostenersatz nach einem Unfall oder Notfall

- in Ausübung von Sport und Touristik, oder
- wenn keine Leistung für Hubschrauberkosten durch einen Sozialversicherungsträger erfolgt.

Wir leisten vollen Kostenersatz bei einer Versicherungssumme von mindestens EUR 3.000,--, ansonsten bis zur 5-fachen Versicherungssumme.

3. **Nottransport aus dem Ausland nach Österreich**

Nach einem Unfall organisieren wir den medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransport und leisten Kostenersatz – voll (Nottransport von uns organisiert), sonst bis zur 5-fachen Versicherungssumme.

Medizinisch begründet ist ein Nottransport, wenn eine lebensbedrohende Unfallverletzung vorliegt oder die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.

4. **Überführung der versicherten Person an ihren letzten Wohnort in Österreich**

Nach Unfalltod organisieren wir die Überführung und leisten Kostenersatz – voll (Überführung von uns organisiert), oder bis zur 5-fachen Versicherungssumme.

5. **Verletzentransport**

Nach einem Unfall organisieren wir den Verletzentransport und leisten Kostenersatz für den Transport der verletzten Person

- a) zur Behandlung durch einen Arzt oder im Krankenhaus, wenn die versicherte Person diese nicht aus eigener Kraft aufsuchen kann;
- b) von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus, wenn die versicherte Person außerhalb des Wohnsitzes verunfallt ist;
- c) von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Wir leisten Kostenersatz

- bis zur Versicherungssumme für konzessionierte Transportunternehmen (auch Krankenwagen, Krankentaxi) und öffentliche Verkehrsmittel;
- bis EUR 250,00 je Versicherungsfall für amtliches Kilometergeld bei Fahrten mit dem Privat-PKW.

6. **Mehrkosten der unfallbedingt planwidrigen Rückreise der versicherten Person an ihren Wohnort in Österreich**

Nach einem Unfall organisieren wir und leisten Kostenersatz für

- a) die planwidrige Rückreise der versicherten Person aufgrund der erforderlichen **Heilbehandlung vor Ort** – Kostenersatz in voller Höhe, wenn von uns organisiert, sonst bis zur Versicherungssumme;
- b) die planwidrige Rückreise auch für die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen im Zuge eines **Nottransportes** aus dem Ausland – Kostenersatz bis zur Versicherungssumme;
- c) die Hotelübernachtung einer Begleitperson über den geplanten Zeitpunkt der Rückreise hinaus bei stationären Heilbehandlungen von mitreisenden Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr; Kostenersatz bis zu EUR 100,- pro Nacht und maximal bis zur Höhe der Versicherungssumme;
- d) **die Rückreise der Kinder** mit Begleitung für mitreisende Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr zum ständigen Wohnsitz infolge Todes oder einer andauernden Heilbehandlung nach einem Unfall von verantwortlichen Familienangehörigen – Kostenersatz bis zur Versicherungssumme.

B. Heilbehandlung, Pflege und Hilfsdienste

7. Heilbehandlungen

Wir ersetzen die Kosten zur Behebung der Unfallfolgen, die nach ärztlicher Verordnung notwendig sind:

Hierzu zählen auch

a) **physikalische Behandlungen** (medizinische Rehabilitation):

Kostenersatz

- bei Bewilligung durch einen Sozialversicherungsträger bis zur Versicherungssumme;
- ohne Bewilligung durch einen Sozialversicherungsträger bis zur 5-fachen Versicherungssumme.

b) erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie der Wiederbeschaffung bzw. Reparatur festsitzender, nicht abnehmbarer Zahnersätze und andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche, erstmalige Anschaffungen:

Kostenersatz bis zur Versicherungssumme;

für Zahnersatz 30% (bei versicherten Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr 100%) der Versicherungssumme.

c) **Leihgebühren** für Heilbehelfe (z.B. Krücken, Rollstuhl, etc.);

Kostenersatz bis zur Versicherungssumme

Einschränkung des Kostenersatzes für Heilbehandlungen:

Keine Leistungen werden erbracht für die Folgen von Ausbeißern von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen. Weiters werden nicht ersetzt: Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines abnehmbaren Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sowie für die Anschaffung von Trainingsgeräten oder Geräten zu Verbesserung der Fortbewegung.

8. Kosmetische Operationen

Nach einem Unfall leisten wir Kostenersatz für kosmetische Operationen zur Behebung der Unfallfolgen bis zur 5-fachen Versicherungssumme.

9. Druckkammerbehandlungen

Wir ersetzen die Kosten für Druckkammerbehandlungen nach Unfall (Art. 6 AUVB 2016) und tauchtypischen Gesundheitsschädigungen (Art. 1, Pkt. 1 EUVBP 2016) bis zur 5-fachen Versicherungssumme.

10. Kosten der Begleitperson im Krankenhaus

ersetzen wir nach einem Unfall für die Dauer der stationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr bis zur Versicherungssumme.

11. Dolmetscher für Heilbehandlung:

Nach einem Unfall organisieren wir einen Dolmetscher und leisten Kostenersatz bis zu 20% der Versicherungssumme.

12. Psychologische Betreuung

Wir organisieren im deutschsprachigen Raum die psychologische Betreuung

- der versicherten Person, wenn diese einen Unfall mit einer voraussichtlichen dauernden Invalidität von mindestens 30% erleidet;
- der nahen Angehörigen (Eltern, Ehegatte, Lebensgefährte, eingetragener Partner, Kinder) bei Unfalltod der versicherten Person

und leisten Kostenersatz bis 20% der Versicherungssumme.

13. Pflege und Hilfsdienste

Nach einem Unfall organisieren wir die Pflege der versicherten Person und Hilfsdienste an deren Wohnsitz durch dafür ausgebildete und gesetzlich befugte Personen oder dafür zugelassene Einrichtungen.

Wir leisten Kostenersatz für

- Pflege bis zur Versicherungssumme,
- Hilfsdienste bis zu 30% der Versicherungssumme.

a) **Pflegebedürftigkeit** liegt vor, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles (Art. 6 AUVB 2016) derart hilflos ist, dass sie zumindest für drei der gewöhnlichen und regelmäßig

wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Zu diesen Grundverrichtungen zählen:

- Aufstehen und Zubettgehen,
- An- und Auskleiden,
- Körperpflege,
- Zubereitung und Aufnahme der Nahrung,
- Aufsuchen der Toilette,
- Einnahme von Medikamenten und Wundpflege.

Eine versicherte Person gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn sie dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann.

- b) Anspruch auf **Hilfsdienste** besteht, wenn die versicherte Person
- sich unfallbedingt nicht an ihrem Wohnsitz aufhält, oder
 - unfallbedingt außerstande ist, eine der unten angeführten Tätigkeiten zu verrichten, und
 - kein anderes im gemeinsamen Haushalt lebendes Familienmitglied in der Lage ist, diese zu übernehmen.

Im Rahmen der Hilfsdienste werden folgende Tätigkeiten übernommen:

- Essensversorgung;
- Betreuung der im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr;
- Versorgung der im gemeinsamen Haushalt lebenden Haustiere (Kleintiere wie Hunde, Katzen, Vögel, etc.);
- Chauffeurdienst für notwendige Behördenwege, Kindergarten- oder Schulbesuch durch im gemeinsamen Haushalt lebende Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

C. REHAB-Management nach Unfall

14. Nach einem Unfall unterstützen wir bei medizinischer, sozialer und beruflicher Rehabilitation in Österreich, innerhalb von 4 Jahren – für Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr innerhalb von 5 Jahren – vom Unfalltag an durch

- **Beratung, Begleitung, Organisation** und
- **Kostenersatz**, wenn voraussichtlich mit dauernder Invalidität
 - von mindestens 30% zu rechnen ist: bis 5-fache Versicherungssumme;
 - bis 29% zu rechnen ist: bis Versicherungssumme.

- a) **Medizinische Rehabilitation**, wie

- ärztliche Begleitung der Rehabilitationsmaßnahmen;
- Physio-, Logo-, Bewegungs-, Wärme- und Kälte-, Elektro- sowie Unterwassertherapie und Massagen durch zur freiberuflichen Heilbehandlung am Kranken Berechtigte;
- Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen.

- b) **Soziale Rehabilitation**, wie

- **Soziale Einrichtungen:** Hilfestellung bei Kontakten zu Ämtern/Behörden, Sozialversicherungsträgern, Versicherungen, Organisationen für Transport, Pflege, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, etc.;
- **Wohnung:** Analyse und Planung von notwendigen baulichen Adaptierungen des Wohnraumes (kein Kostenersatz für Umbau selbst), sowie Kontakte zu spezialisierten Bauunternehmen und Architekten;
- **Mobilität:** Hilfestellung bei Beschaffung eines behindertengerechten Fahrzeugs (kein Kostenersatz für Ankauf oder Umbau selbst), Hilfestellung bei Organisation eines Behinderten-Parkplatzes, Hilfestellung bei Inanspruchnahme der öffentlichen Verkehrsmittel.

- c) **Berufliche Rehabilitation**, wie

- Perspektivenentwicklung mit umfangreicher Diagnostik, Berufsorientierung und Berufsfindung, möglichen Fördermaßnahmen;
- Maßnahmen zur beruflichen Qualifizierung: Arbeitsrelevante Maßnahmen der Bildung und beruflichen Praxis;

D. 24h-Notfall-Management

15. Unter der in der Polizze angeführten Notfallnummer bieten wir

a) im Notfall:

Informationen über **Gesundheitsdienste**, Ärzte und Krankenhäuser (Telefon-, Faxnummern und Adressen) und **Apotheken in Europa** (Telefon-, Faxnummern und Adressen)
Herstellung der Verbindung zu **Notfalleinrichtungen in Österreich** (z.B. Rettung, Polizei, Feuerwehr, Bergrettung, Vergiftungszentrale).

b) nach einem Unfall:

Informationen über Möglichkeiten der weitergehenden ärztlichen Behandlung und Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen.

Bitte beachten Sie!

Definitionen:

Notfall

liegt vor, wenn die versicherte Person von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Epidemie am Aufenthaltsort, Zwangslage durch Witterungseinflüsse) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

Bergnot

liegt vor, wenn die versicherte Person in alpinem Gelände durch dafür typische Gefahren (z.B. Lawine, Steinschlag, Wettersturz, Verlust der Orientierung) in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

See-/Wassernot

liegt vor, wenn die versicherte Person durch außergewöhnliche Wassermassen (z.B. Überschwemmung, Sturmflut) oder außergewöhnliche Wetterverhältnisse (z.B. Sturm, Unwetter) während des Aufenthalts auf Wasserflächen in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

Voraussetzungen für den Kostenersatz

Wir ersetzen nachgewiesene Unfallkosten, die innerhalb von 4 Jahren (bei versicherten Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr innerhalb von 5 Jahren) vom Unfalltag an gerechnet entstehen.

Wir ersetzen Unfallkosten

- zu 100% abzüglich der Vergütung durch einen Sozialversicherungsträger (Voreinreichung);
- zu 80%, wenn keine Voreinreichung bei einem Sozialversicherungsträger erfolgt.

Wir ersetzen keine Unfallkosten, soweit von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde. Wir ersetzen jedoch Unfallkosten, wenn Ersatzansprüche aus einer bei unserem Unternehmen abgeschlossenen Krankenversicherung bestehen.

Grundlage für den Kostenersatz

Die Versicherungssumme für „Unfallassistance und Unfallkosten“ steht einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung.

Der Kostenersatz für

- Such-/Rettungs- und Bergeaktionen (Pkt. 1),
- Hubschrauberrettung (Pkt. 2),
- Nottransport aus dem Ausland (Pkt. 3),
- Überführung (Pkt. 4),
- kosmetische Operationen (Pkt. 8),
- Druckkammerbehandlung (Pkt. 9) und
- REHAB-Management (Pkt. 14)

wird jeweils zusätzlich – nicht zu Lasten der Versicherungssumme – erbracht.

Verzicht auf Leistungskürzung

Bei Leistungen für Bergung und Transport (Abschnitt A) sowie bei Kostenersatz bis zu 10% der Versicherungssumme für Heilbehandlung, Pflege und Hilfsdienste (Abschnitt B) wird Art. 11, Pkt. 2 AUVB 2016 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

Wertsicherung des Kostenersatzes

Die Unfallkosten sind wertgesichert. Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung werden von uns laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrunde liegenden Rechnungsbeträge (rechnungsmäßiger Schaden) mit den zu erwartenden Rechnungsbeträgen (tatsächlich angefallener Schaden zuzüglich

feststellbarer Kostenerhöhung) verglichen. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung, werden Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst.

Die neuen Prämien und Leistungen werden zum Ersten des Monats wirksam, der der Benachrichtigung in geschriebener Form folgt. Sie sind berechtigt, innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung in geschriebener Form der Wertanpassung zu widersprechen. In diesem Fall verändern sich die Versicherungssummen in dem Verhältnis, in dem sich die Prämien durch die Wertanpassung verändert haben.

Organisation von Leistungen

Wir können die Verfügbarkeit eines bestimmten Behandlers, Dienstleisters oder einer bestimmten Einrichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt oder in einem bestimmten Umfang leider nicht garantieren. Unsere Organisationsleistung ist von der personellen Ausstattung und der Auslastung der geeigneten Personen bzw. Einrichtungen abhängig.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

§ 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.

§ 5b

- (1) Gibt der Versicherungsnehmer seine Vertragserklärung dem Versicherer oder seinem Beauftragten persönlich ab, so hat dieser ihm unverzüglich eine Kopie dieser Vertragserklärung auszuhändigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer kann binnen zweier Wochen vom Vertrag zurücktreten, sofern er
 1. entgegen Abs. 1 keine Kopie seiner Vertragserklärung erhalten hat,
 2. die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Festsetzung der Prämie, soweit diese nicht im Antrag bestimmt ist, und über vorgesehene Änderungen der Prämie nicht vor Abgabe seiner Vertragserklärung erhalten hat oder
 3. die in den § 252, § 253 und § 255 VAG 2016 und, sofern die Vermittlung durch einen Versicherungsvermittler in der Form „Versicherungsagent“ erfolgte, die in den §§ 137f Abs. 7 bis 8 und 137g GewO 1994 unter Beachtung des § 137h GewO 1994 vorgesehenen Mitteilungen nicht erhalten hat.
- (3) Dem Versicherer obliegt der Beweis, daß die in Abs. 2 Z 1 und 2 angeführten Urkunden rechtzeitig ausgefolgt und die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten rechtzeitig erfüllt worden sind.
- (4) Die Frist zum Rücktritt nach Abs. 2 beginnt erst zu laufen, wenn die in Abs. 2 Z 3 angeführten Mitteilungspflichten erfüllt worden sind, dem Versicherungsnehmer der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind und er über sein Rücktrittsrecht belehrt worden ist.
- (5) Der Rücktritt bedarf zu seiner Rechtswirksamkeit der geschriebenen Form; es genügt, wenn die Erklärung innerhalb der Frist abgesendet wird. Das Rücktrittsrecht erlischt spätestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins einschließlich einer Belehrung über das

Rücktrittsrecht. Hat der Versicherer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm hierfür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.

(6) Das Rücktrittsrecht gilt nicht, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt.

§ 5c

- (1) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er vom Versicherungsvertrag oder seiner Vertragserklärung ohne Angabe von Gründen binnen 14 Tagen in geschriebener Form zurücktreten. Hat der Versicherer dem Versicherungsnehmer vorläufige Deckung gewährt, so gebührt ihm dafür die ihrer Dauer entsprechende Prämie.
- (2) Die Frist zur Ausübung des Rücktrittsrechts beginnt mit dem Tag zu laufen, an dem dem Versicherungsnehmer
 1. der Versicherungsschein und die Versicherungsbedingungen einschließlich der Bestimmungen über die Prämienfestsetzung oder -änderung,
 2. die in § 252, § 253 und § 255 VAG 2016 sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und
 3. eine Belehrung über das Rücktrittsrecht zugegangen sind.
- (3) Das Rücktrittsrecht nach Abs. 1 steht dem Versicherungsnehmer nicht zu, wenn die Vertragslaufzeit weniger als sechs Monate beträgt. Es erlischt spätestens einen Monat nach dem Zugang des Versicherungsscheins und einer Belehrung über das Rücktrittsrecht.

§ 23

- (1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- (2) Erlangt der Versicherungsnehmer davon Kenntnis, daß durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.
- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25

- (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.

- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26

Die Vorschriften der §§ 23 bis 25 sind nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer zu der Erhöhung der Gefahr durch das Interesse des Versicherers oder durch ein Ereignis, für das der Versicherer haftet, oder durch ein Gebot der Menschlichkeit veranlaßt wird.

§ 27

- (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28

- (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29

Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, daß das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30

Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 38

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. 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 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 75

- (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Aushändigung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.
- (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines

Versicherungsscheines ist.

§ 76

- (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.
- (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.
- (3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77

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

§ 78

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

§ 79

- (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.
- (2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, daß der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

§ 184

- (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

Besondere Bedingung UVKU1513

Zusatzbedingung für die Kollektiv-Unfallversicherung

1. Versicherungsformen

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

- ohne Namensangabe oder
- mit Namensangabe der versicherten Personen.

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1. Versicherungssummen

Vereinbart sind

- fixe Versicherungssummen oder
- das Vielfache (Teil) des Jahresbezuges der einzelnen versicherten Person

2.2. Jahresbezug

2.2.1. Begriffsbestimmung

Anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z.B. Gefahren-, Montage-, Schmutzzulage, Weggelder usw.).

Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nichtwiederkehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und Betriebsveranstaltungen.

2.2.2. Jahresbezug als Versicherungssumme

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

2.2.3. Als Maximalleistung der einzelnen versicherten Person wird bei einem unfallkausalen Invaliditätsgrad von 100% für „Unfallkapital“, „Zusatzkapital“, „Unfallrente“ (Kapitalwert) zusammen ein Betrag von EUR 2.500.000,--, für „Unfalltod“ ein Betrag von EUR 1.500.000,-- bestimmt.

2.3. Kumulrisiko

Erleiden mehrere durch denselben Versicherungsvertrag versicherte Personen durch dasselbe Unfallereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung, so gilt ein Betrag von EUR 5.000.000,-- als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser versicherten Personen den Betrag von EUR 5.000.000,--, so wird die Leistung für jede einzelne versicherte Person im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

2.4. Erlöschen des Versicherungsschutzes

Ohne das sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für die einzelne versicherte Person mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.

3. Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe

3.1. Versicherte Personen

Versichert sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der versicherten Personen hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis besteht.

Wird im Leistungsfall festgestellt, dass zur Zeit des Unfalles die Anzahl der Personen höher war als die in der Polizze angeführte, so wird die Versicherungsleistung anteilmäßig gekürzt.

3.2. Prämienregulierung

3.2.1. Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrundegelegt.

Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode hat der Versicherungsnehmer die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung hat der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Erhalt der Anfrage des Versicherers nachzukommen.

Der Versicherer hat nach Empfang der Angaben des Versicherungsnehmers die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

3.2.2. Hat der Versicherungsnehmer die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so hat der Versicherer die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen, oder eine Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, so viel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, andernfalls so viel wie die Prämie für jedes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorangeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so hat der Versicherer den etwa zu viel gezahlten Betrag zurückzuerstatten.

3.2.3. Einblicksrecht des Versicherers

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

4. Kollektivunfallversicherung mit Namensangabe

4.1. Versicherte Personen

Versichert sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekanntgegeben werden.

4.2. An- und Abmeldung

Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach Zusage des Versicherungsschutzes durch den Versicherer in Kraft.

Personen, die nicht mehr versichert sein sollen, sind beim Versicherer abzumelden.

5. Eingeschränkte Anwendung der AUVB 2016

Für die Kollektivunfallversicherung gelten folgende Bestimmungen der AUVB 2016 als nicht vereinbart:

- Art. 9 (Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person?);
- Art. 12, Pkt. 3 – 7 (Prämienfreistellungen);

- Art. 13 (Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?);
- Art. 16, Pkt. 4 (Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?)

Besondere Bedingung UVKU1572

Sondervereinbarung für die Kollektivunfallversicherung des Österreichischen Alpenvereins ab 01.01.2018

1. Versicherungsschutz für Bergungskosten

1.1. Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Bergungskosten, wenn die versicherte Person in unwegsamem Gelände

einen Unfall gemäß Artikel 6 der AUVB 2016 erleidet,

- von einem Notfall betroffen ist, oder
- in Berg-, oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt oder tot geborgen werden muss.

Unwegsames Gelände bedingt eine Bergung zur nächstgelegenen, mit einem normalen KFZ (Rettungsfahrzeug) befahrbaren Straße, bzw. zum Übergabepunkt an ein anderes Rettungsmittel oder bis zum – dem Unfallort nächstgelegenen – medizinisch erforderlichen Arzt oder Spital. „Forststraßen“ und „Forstwege“ sind im Sinne dieser Definition als unwegsames Gelände zu verstehen. Unfälle in nicht unwegsamem Gelände, wie z. B. auf öffentlichen Straßen, Sportplätzen, oder in Haus und Garten, sind vom Versicherungsschutz nicht umfasst. Ein Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person von einer unmittelbaren Gefahr für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit, wie z. B. akuten Erkrankung oder Zwangslage durch Witterungseinflüsse, in unwegsamem Gelände bedroht ist.

Bergnot liegt vor, wenn die versicherte Person in alpinem Gelände durch dafür typische Gefahren (z. B. Lawine, Steinschlag, Wettersturz, Verlust der Orientierung) in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

Wassernot liegt vor, wenn die versicherte Person durch außergewöhnliche Wassermassen (z.B. Überschwemmung, Sturmflut), außergewöhnliche Wetterverhältnisse (z. B. Sturm, Unwetter) oder während des Aufenthalts auf Wasserflächen in eine Zwangs- oder Notlage gerät, sofern im Zuge dessen die versicherte Person in unmittelbaren (Körper-)kontakt mit der Wasserfläche kommt.

1.2. Versicherungssumme

In Abweichung von AUVB 2016, Besondere Bedingung UVPU0005, Artikel A Bergung und Transport, Punkte 1 und 2 beträgt die Versicherungssumme für Bergungskosten EUR 25.000,00 pro Person und Versicherungsfall.

Bergungskosten sind jene Kosten der ortsansässigen Rettungsorganisationen (bei grenznahen Ereignissen auch die Kosten der Rettungsorganisationen des Nachbarlandes), die notwendig werden, wenn der Versicherte einen Notfall/Unfall erleidet oder in Berg-, oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt aus unwegsamem Gelände geborgen werden muss (dasselbe gilt sinngemäß auch für den Todesfall).

Versichert sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.

Die durch Mitglieder ausgelösten Fehlalarme und die dadurch entstehenden Kosten sind aus dem Titel Bergungskosten mit jeweils max. 250,00 EUR versichert. (es liegt weder ein Unfall, noch ein Notfall, noch eine Berg- bzw. Wassernot vor).

1.3. Ausschlüsse/Abänderungen

In Abänderung zu AUVB 2016 Besondere Bedingung UVPU0005 Artikel A Bergung und Transport gilt Seenot als nicht versichert.

In Erweiterung von Artikel 10 AUVB 2016 besteht kein Versicherungsschutz für:

- a) Unfälle/Krankheiten bei berufsmäßigen oder sonstigen entgeltlich ausgeführten Tätigkeiten sowie Unfälle der Mitglieder von Rettungsorganisationen die bei organisierten Rettungseinsätzen und Übungen im Auftrag der Rettungsorganisation entstehen.

Unfälle bei entgeltlichen Tätigkeit von Mitgliedern des Österreichischen Bergführerverbands als geprüfter Berg- und Skiführer sowie als behördlich genehmigter und geprüfter Wanderführer sind jedoch versichert.

- b) Unfälle bei der Benützung von Kraftfahrzeugen

Versichert sind KFZ-Unfälle auf dem direkten und indirekten Weg zu und von Versammlungen und Veranstaltungen des ÖAV sowie auf dem Weg zu und von einer satzungsgemäßen (auch privaten) Vereinstätigkeit (Wandertouren, Bergsteigen, Klettern, Klettersteiggehen, Skifahren, Skitourengehen, Langlaufen, Snowboarden, Wildwasserpaddeln, Canyoning und Mountainbike-/ Trekkingtouren sowie bei der Benützung von Seilbahnen und Liften)

- c) Unfälle bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Skisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Freeriden, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie beim Training hierzu.
- d) Unfälle von versicherten Personen im Rahmen ihrer Eigenschaft als Luftfahrführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigen, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges und bei der Benützung von Raumfahrzeugen;
- e) Unfälle/Krankheiten bei Reisen mit einer geplanten Besteigung von Bergen mit einer Gipfelhöhe über 6.000m sowie Reisen in die Arktis (Destinationen jenseits des nördlichen Polarkreises), Antarktis (Destinationen jenseits des südlichen Polarkreises) und Grönland.

In Abänderung zu Artikel 10 AUVB 2016 Punkt 1.5. gelten Unfälle infolge eines epileptischen Anfalls oder eines anderen Krampfanfalles der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift als versichert.

In Abänderung zu Artikel 10 AUVB 2016 Punkt 1.8. gelten Unfälle bei der Ausübung der Aktivität Bergsteigen mit außergewöhnlichem Risiko (Klettern im freien Gelände ab Schwierigkeitsgrad 5 UIAA, Free Solobegehungen (Klettern ohne Sicherung), Eisfallklettern als versichert.

Rekordversuche im Bereich Alpinistik gelten als mitversichert.

2. Versicherungsschutz für Rückholung, Verlegung und Heilbehandlung

2.1. Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt bei Freizeit- und Berufsunfällen sowie bei akuter Erkrankung oder Tod weltweit in den ersten 8 Wochen einer Auslandsreise.

Für Reisen ins Ausland, die länger als 8 Wochen dauern, bietet der Versicherer eine separate Reiseversicherung an.

Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

Die nachstehend angeführten Versicherungssummen gelten pro Person und Auslandsreise.

2.2. Versicherungssummen

2.2.1. Die vollen Kosten eines medizinisch begründeten Krankentransportes aus dem Ausland in ein Krankenhaus im Land des Hauptwohnsitzes des Verletzten/Erkrankten oder an den Hauptwohnsitz, dazu die Kosten der Mitbeförderung einer dem Transportierten nahestehenden Person. Voraussetzung für eine Rückholung ist neben der Transportfähigkeit des Versicherten

- dass eine lebensbedrohliche Störung des Gesundheitszustandes besteht oder
- dass aufgrund der vor Ort gegebenen medizinischen Versorgung eine dem heimatlichen Standard entsprechende Behandlung nicht sichergestellt ist oder
- dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist.

2.2.2. die im Ausland (nicht im Land des Hauptwohnsitzes) erwachsenen Kosten

- einer unaufschiebbaren medizinisch notwendigen Heilbehandlung (ambulant und stationär) einschließlich ärztlich verordneter Heilmittel,
- eines medizinisch notwendigen Transportes ins nächstgelegene geeignete Krankenhaus

bis zu einer Versicherungssumme von EUR 10.000,00, wobei hiervon für ambulante Heilbehandlungen einschließlich ärztlich verordneter Heilmittel EUR 2.000,00 zur Verfügung stehen.

Für ambulante Heilbehandlung einschließlich ärztlich verordneter Heilmittel gilt eine Selbstbeteiligung von EUR 70,00 pro Person und Auslandsaufenthalt. Diese wird stets von einer Versicherungsleistung des Versicherers abgezogen, also auch im Fall der Leistungspflicht einer weiteren Pflicht- oder Privatversicherung.

Der Versicherer ersetzt die nachgewiesenen Kosten der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

- in Österreich: auf der allgemeinen Gebührenklasse in öffentlichen Krankenhäusern;
- außerhalb Österreichs: in öffentlichen Krankenhäusern.

Ist aufgrund der Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen eines öffentlichen Krankenhauses nicht möglich oder konnte der Versicherte auf die Auswahl des Krankenhauses keinen Einfluss nehmen, ersetzt der Versicherer die nachgewiesenen Kosten der medizinisch notwendigen Heilbehandlung auch in nichtöffentlichen Krankenhäusern. Diese Leistungspflicht endet in dem Zeitpunkt, zu dem eine Verlegung in ein öffentliches Krankenhaus medizinisch vertretbar ist.

Heilbehandlung ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit

wiederherzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern. Die Heilbehandlung endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht.

2.2.3. die vollen Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland zu dessen letzten Wohnort.

2.2.4. Verlegungs- und Überführungskosten im Inland

Wenn eine versicherte Bergung vorausgegangen ist, werden die Verlegungskosten von Verletzten/Erkrankten, sowie Überführungskosten von Verstorbenen im Land des Hauptwohnsitzes des Versicherten ohne Summenbegrenzung übernommen.

Verlegungskosten sind Transportkosten von einem Krankenhaus zu einem dem Hauptwohnsitz nahegelegenen Krankenhaus oder an den Hauptwohnsitz selbst.

Überführungskosten sind die Transportkosten eines Verstorbenen zu dessen letzten Hauptwohnsitz.

2.2.5. Die Transporte gemäß Punkt 2.2.1., 2.2.3. und 2.2.4. sowie bei stationärer Heilbehandlung gemäß Punkt 2.2.2. müssen von der auf der Mitgliedskarte angeführten Vertragsorganisation organisiert werden, ansonsten werden max. EUR 750,00 vergütet.

2.2.6. Bei offiziellen Fahrradveranstaltungen der Sektionen werden auch die Transportkosten im Inland von Verletzten/Erkrankten in ein dem Ereignisort nächstgelegenen Krankenhaus bezahlt, auch wenn keine Bergung vorausgegangen ist.

2.3. Ausschlüsse

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf:

- a) Heilbehandlungen, die bereits vor Antritt der Reise begonnen haben;
- b) Heilbehandlungen von chronischen Krankheiten, außer als Folge akuter Anfälle oder Schübe.
- c) Heilbehandlung, die Zweck des Auslandsaufenthaltes sind;
- d) Zahnbehandlungen, die nicht der Erstversorgung zur unmittelbaren Schmerzbegrenzung dienen;
- e) Schwangerschaftsunterbrechungen sowie -untersuchungen und Entbindungen, ausgenommen jene vorzeitigen Entbindungen, die mindestens zwei Monate vor dem natürlichen Geburtstermin erfolgen. Dies gilt sinngemäß auch für das Frühgeborene;
- f) Heilbehandlungen infolge übermäßigem Alkoholgenuss sowie Missbrauch von Suchtgiften und Medikamenten
- g) Kosmetische Behandlungen, Kurbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen;
- h) Prophylaktische Impfungen;
- i) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art und durch aktive Beteiligung an Unruhen oder vorsätzlich begangene Straftaten entstehen.
- j) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen aus der aktiven Teilnahme gegen Entgelt an öffentlich stattfindenden sportlichen Wettbewerben und dem Training hierzu.
- k) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen aus der aktiven Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Skisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Freeriden, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie beim Training hierzu, ferner Krankheiten und Unfallfolgen aus der aktiven Teilnahme gegen Entgelt an öffentlich stattfindenden sportlichen Wettbewerben sowie dem Training hierzu. (Ausgenommen bei Kletterbewerben als Mitglied des Österreichischen Kletterverbandes);

- l) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die infolge schädigender Wirkung von Kernenergie entstehen.
- m) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen bei der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten.
- n) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfälle bei der Benützung von Luftfahrtgeräten (Zum Beispiel Drachen, Paragleiter), Luftfahrzeugen (private Motor- und Segelflugzeuge) und beim Fallschirmspringen. Versichert aber ist die Benützung als Fluggast von Motorflugzeugen, welche für die Personenbeförderung zugelassen sind (z. B. Verkehrsflugzeuge) - ausgenommen (Motorsegler und Ultra Lights)
Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.
- o) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen der Mitglieder von Rettungsorganisationen, die bei organisierten Rettungseinsätzen und Übungen im Auftrag der Rettungsorganisation entstehen.
- p) Unfälle/Krankheiten bei Reisen mit einer geplanten Besteigung von Bergen mit einer Gipfelhöhe über 6.000m sowie Reisen in die Arktis (Destinationen jenseits des nördlichen Polarkreises), Antarktis (Destinationen jenseits des südlichen Polarkreises) und Grönland.

Hinweis:

KFZ-Unfälle im Ausland sind im Rahmen der unter Punkt 2 angeführten Leistungen generell versichert, sofern sie nicht bei der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen.