
Allgemeine Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 1997)

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A Versicherungsschutz	2
Artikel 1 Gegenstand der Versicherung	2
Artikel 2 Versicherungsfall	2
Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich	2
Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich	2
Artikel 5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung	2
Artikel 6 Begriff des Unfalles	2
Abschnitt B Versicherungsleistungen	
Artikel 7 Dauernde Invalidität	3
Artikel 8 Millionenschutz, Unfallrente	5
A. Millionenschutz	5
B. Unfallrente	6
Artikel 9 Todesfall	6
Artikel 10 Taggeld	7
Artikel 11 Spitalgeld	7
Artikel 12 Unfallkosten	8
Artikel 13 Sonderleistungen, Zusatzleistungen	9
Artikel 14 Versicherungssummen, Altersgrenzen	10
Artikel 15 Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung	11
Artikel 16 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)	11
Abschnitt C Begrenzungen des Versicherungsschutzes	
Artikel 17 Unversicherbare Personen	12
Artikel 18 Ausschlüsse	12
Artikel 19 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes	13
Abschnitt D Pflichten des Versicherungsnehmers	
Artikel 20 Prämie	14
Artikel 21 Anzeige der Änderung der Tätigkeit (des Berufes, der Beschäftigung, der entgeltlichen sportlichen Betätigung) des Versicherten	15
Artikel 22 Obliegenheiten	15
Abschnitt E Sonstige Vertragsbestimmungen	
Artikel 23 Versicherungsperiode, Vertragsdauer	16
Artikel 24 Kündigung, Erlöschen des Vertrages	16
Artikel 25 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen	17
Artikel 26 Form der Erklärungen	17

Allgemeine Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 1997)

Abschnitt A Versicherungsschutz

– Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn dem Versicherten ein Unfall zustößt.

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

– Artikel 2

Versicherungsfall

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

– Artikel 3

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4

Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Polizza (Art. 20), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die Polizza erst danach ausgehändigt, dann aber die Prämie unverzüglich gezahlt, ist Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor der Einlösung der Polizza beginnen (vorläufige Deckung), ist eine besondere Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Polizza.

Wird die Annahme des Antrages vom Versicherer abgelehnt, ist gleichzeitig die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie.

Artikel 6

Begriff des Unfalles

1. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht.

2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse

- Ertrinken;
- Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkung von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
- Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;
- Wundinfektionen infolge einer Unfallverletzung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten (Infektionen) auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis im Rahmen der Bestimmungen des Art. 13, Pkt. 1.2. sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Pkt. 1.
4. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf die Folgen von Unfällen, die durch einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall des Versicherten herbeigeführt wurden, nicht jedoch auf Herzinfarkte oder Schlaganfälle als Folge eines Unfalles (siehe auch Art. 19, Pkt.1.)
5. Der Versicherungsschutz bezieht sich auch auf Unfälle des Versicherten als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind.
6. 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.

Abschnitt B Versicherungsleistungen

– Artikel 7

Dauernde Invalidität

1. Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles auf Lebenszeit eine dauernde Invalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt.

2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gilt folgende Bestimmung:

2.1. bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit

eines Armes oder einer Hand	70%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers oder Mittelfingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines oder eines Fußes	70%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen	100%
der Sehkraft eines Auges	40%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	
	70%
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%
einer Niere	10%
der Milz	10%

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Pkt. 2.1. anteilig angewendet.

3. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.



3. Lässt sich der Invaliditätsgrad nach Pkt. 2. nicht bestimmen, ist maßgebend, inwieweit die körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit nach medizinischen Gesichtspunkten beeinträchtigt wurde.
4. Mehrere sich aus den Punkten 2. und 3. ergebende Invaliditätsgrade werden zusammengerechnet, wobei je doch aus einem Unfall nicht mehr als 100% der Versicherungsleistung zugrundegelegt werden.
5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
6. Steht der Grad der dauernden Invalidität innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen, und zwar ab zwei Jahren nach dem Unfalltag auch durch die Ärztekommision.
7. Ist der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mindestens mit 25% zu erwarten, leistet die Versicherer Kostenersatz für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung bis zu 5% der für dauernde Invalidität versicherten Summe, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Diese Leistung wird innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag nach Abschluss der Primärbehandlung erbracht.
Kostenersatz für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung wird nur geleistet, wenn dafür eine geeignete Einrichtung in Anspruch genommen wird. Voraussetzung ist, dass vor der Rehabilitationsbehandlung ein entsprechender Antrag von dem Versicherer anerkannt wurde.
Als Antrag genügt eine begründete Verordnung des behandelnden Arztes. Die Versicherer kann vor Erledigung des Antrages auf ihre Kosten die Untersuchung des Antragstellers durch einen von ihr bestimmten Arzt verlangen.
8. Entsteht aufgrund eines Unfalles innerhalb von 2 Jahren eine schwere Entstellung des Gesichtes (ästhetische Schäden wie z.B. Narben), die eine eindeutige Erschwerung des wirtschaftlichen Fortkommens oder eine schwere psychische Belastung des Versicherten zur Folge hat, zahlt der Versicherer, wenn sonst kein Anspruch auf Leistungen für dauernde Invalidität besteht, 5% der für dauernde Invalidität versicherten Summe.
9. Wird durch einen Unfall im Sinne des Artikels 6 eine stationäre Behandlung in einem Spital (Art. 11, Pkt. 2.) innerhalb von zwei Jahren nach Eintritt des Unfalles medizinisch notwendig, dann zahlt der Versicherer eine Sofortleistung abgestuft nach der Dauer des Spitalsaufenthaltes.
Bei einem Spitalsaufenthalt von mehr als 21 Tagen werden 2%, von mehr als 14 Tagen werden 1%, von mehr als 7 Tagen werden 0,5% der für dauernde Invalidität versicherten Summe als Sofortleistung erbracht. Sind aufgrund eines Unfalles mehrere stationäre Behandlungen notwendig, werden für die Bemessung der Höhe der Sofortleistung die Aufenthaltstage zusammengerechnet. Für jeden Unfall werden maximal 2% der für dauernde Invalidität versicherten Summe als Sofortleistung gezahlt.
10. Die Höhe der Versicherungsleistung für einen nach Pkt. 1. - 4. bestimmten Grad der Dauerinvalidität richtet sich nach der in der Polizze angegebenen Leistungsstufe:
 - 10.1. Lineare Invaliditätsleistung ohne Progression
Die Höhe der Leistung entspricht dem Grad der Dauerinvalidität.
 - 10.2. Lineare Invaliditätsleistung ohne Progression ab 20% Invalidität
Die Höhe der Leistung entspricht dem Grad der Dauerinvalidität. Eine Leistung wird ab einem Invaliditätsgrad von 20% erbracht. Für Invaliditätsgrade von weniger als 20% erfolgt keine Leistung.
 - 10.3. Progressive Invaliditätsleistung nach Progressionsstufe I
Übersteigt der gemäß Pkt. 1. - 4. errechnete Invaliditätsgrad 50%, so wird die Leistung für den 50% übersteigenden Teil verdoppelt, für den 75% übersteigenden Teil vervierfacht.
 - 10.4. Progressive Invaliditätsleistung nach Progressionsstufe I ab 20% Invalidität
Übersteigt der gemäß Pkt. 1. - 4. errechnete Invaliditätsgrad 50%, so wird die Leistung für den 50% übersteigenden Teil verdoppelt, für den 75% übersteigenden Teil vervierfacht.
 - 10.5. Progressive Invaliditätsleistung nach Progressionsstufe II
Übersteigt der gemäß Pkt. 1. - 4. errechnete Invaliditätsgrad 25%, so wird die Leistung für den 25% übersteigenden Teil verdoppelt, für den 50% übersteigenden Teil verdreifacht und für den 75% übersteigenden Teil versechsfacht.

10.6. Progressive Invaliditätsleistung nach Progressionsstufe II ab 20% Invalidität

Übersteigt der gemäß Pkt. 1. - 4. errechnete Invaliditätsgrad 25%, so wird die Leistung für den 25% übersteigenden Teil verdoppelt, für den 50% übersteigenden Teil verdreifacht und für den 75% übersteigenden Teil versechsfacht. Eine Leistung wird ab einem Invaliditätsgrad von 20% erbracht. Für Invaliditätsgrade von weniger als 20% erfolgt keine Leistung.

– Artikel 8

Millionenschutz, Unfallrente

A. Millionenschutz

Eine Leistung wird für dauernde Invalidität erbracht. Die für dauernde Invalidität geltenden Bestimmungen finden mit folgenden Abweichungen Anwendung:

1. Abweichend von Art. 7, Pkt. 10. richtet sich die Höhe der Versicherungsleistung für einen nach Art. 7, Pkt. 1.-4. bestimmten Grad der Dauerinvalidität nach folgender Bestimmung:
 - 1.1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht.
 - 1.2. Für Invaliditätsgrade von 50% bis 99% wird die versicherte Summe in voller Höhe bezahlt.
 - 1.3. Bei einem Invaliditätsgrad von 100% wird eine Leistung in Höhe der doppelten Versicherungssumme erbracht.
2. Abweichend von Art. 7, Pkt. 7. leistet die Versicherer Kostenersatz für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung bis zu 5% der für Millionenschutz versicherten Summe, wenn der Invaliditätsgrad mit mindestens 50% zu erwarten ist.
3. Abweichend von Art. 7, Pkt. 8. wird für ästhetische Schäden keine Leistung erbracht.
4. Abweichend von Art. 7, Pkt. 9. wird keine Sofortleistung gezahlt.

B. Unfallrente

Eine Leistung wird für dauernde Invalidität erbracht. Die für dauernde Invalidität geltenden Bestimmungen finden mit folgenden Abweichungen Anwendung:

5. Abweichend von Art. 7, Pkt. 10. richtet sich die Höhe der Versicherungsleistung für einen nach Art. 7, Pkt. 1.-4. bestimmten Grad der Dauerinvalidität nach folgender Bestimmung:
 - 5.1. Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht.
 - 5.2. Eventuell vereinbarte progressive Invaliditätsleistungen und besondere Gliedertaxen bleiben für die Unfallrente unberücksichtigt.
 - 5.3. Abweichend von Art. 7, Pkt. 7. leistet der Versicherer keinen Kostenersatz für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung.
 - 5.4. Abweichend von Art. 7, Pkt. 8. wird für ästhetische Schäden keine Leistung erbracht.
 - 5.5. Abweichend von Art. 7, Pkt. 9. wird keine Sofortleistung gezahlt.
 - 5.6. Abweichend von Art. 19, Pkt. 3. werden Vorgebrechen, die bereits vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt, d.h. auch wenn der Anteil unter 25% beträgt. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden für die Unfallrente nicht zusammengerechnet.
6. Die Unfallrente steht der versicherten Person nach Fälligkeit der Leistung gemäß Artikel 15 zu. Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im vorhinein. Die erste Unfallrente wird rückwirkend ab dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, gezahlt.
 - 6.1. Stirbt der Versicherte unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf die Unfallrente.
 - 6.2. Stirbt der Versicherte aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall bzw. stirbt er unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, wird eine Unfallrente geleistet, wenn aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% zu rechnen gewesen wäre.
Die Unfallrente wird rückwirkend ab dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, bis zu dem Monat, in dem der Versicherte stirbt, an die Erben gezahlt.
7. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfallkausale Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist, erlischt der Anspruch auf die Unfallrente mit dem Tag dieser Feststellung. Bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Rentenzahlungen werden vom Versicherer nicht zurück verlangt.



-
8. Die Zahlung der Unfallrente erlischt mit Ablauf der vereinbarten Dauer, jedenfalls jedoch mit dem Tod der versicherten Person.

– **Artikel 9**

Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung (einschließlich Grabstelle und Grabstein) ersetzt.
4. Zum Empfang der Leistung gem. Pkt. 3. ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der Überbringer der Originalrechnungen berechtigt.

– **Artikel 10**

Taggeld

1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität, abgestuft nach dem Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten in seinem ausgeübten Beruf für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt; wurde das Höchstmaß dieser Leistung ausgeschöpft und ist zu diesem Zeitpunkt der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mit mindestens 50% zu erwarten, zahlt die Versicherer das Taggeld weiter bis zur endgültigen Feststellbarkeit des Grades der dauernden Invalidität, längstens bis 2 Jahre ab dem Unfalltag.

Übt der Versicherte im Unfallszeitpunkt keinen Beruf aus, wird die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bzw. nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt.

2. Pflegegeld

2.1. Wird ein Versicherter nach einem Unfall pflegebedürftig, leistet der Versicherer zusätzlich zum versicherten Taggeld Kostenersatz für die Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. eine dafür eingerichtete Organisation oder in einer dafür geeigneten Einrichtung. Diese Leistung wird für jeden Tag der Pflegebedürftigkeit bis zur Höhe des versicherten Taggeldes längstens bis 2 Jahre ab dem Unfalltag gezahlt, so weit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

2.2. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge eines Unfalles (Artikel 6) so hilflos ist, dass er 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. Ein Versicherter gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn er dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

3. Die Mitversicherung eines Taggeldes und Pflegegeldes entfällt mit dem Ablauf des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet.

– **Artikel 11**

Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich der Versicherte wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, für längstens 365 Tage innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt; wurde das Höchstmaß dieser Leistung ausgeschöpft und ist zu diesem Zeitpunkt der Invaliditätsgrad noch nicht endgültig feststellbar, jedoch mit mindestens 50% zu erwarten, zahlt der Versicherer das Spitalgeld weiter bis zur endgültigen Feststellbarkeit des Grades der dauernden Invalidität, längstens bis 2 Jahre ab dem Unfalltag.



-
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Sanitäts Einrichtungen des Bundesheeres.
 3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

– Artikel 12

Unfallkosten

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssummen werden Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 2 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten,

die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hie zu zählen auch die Kosten von physikalischen Behandlungen, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind auch die Kosten von kosmetischen Operationen, die zur Behebung der Unfallfolgen vorgenommen werden.

Keine Leistungen werden erbracht für die Folgen von Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen.

Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

2. Rehabilitationskosten,

das sind die Kosten für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung nach Abschluss der Primärbehandlung. Kostenersatz für eine medizinische Rehabilitationsbehandlung wird nur geleistet, wenn dafür eine geeignete Einrichtung in Anspruch genommen wird. Voraussetzung ist, dass vor der Rehabilitationsbehandlung ein entsprechender Antrag von dem Versicherer anerkannt wurde.

Als Antrag genügt eine begründete Verordnung des behandelnden Arztes, der Versicherer kann vor Erledigung des Antrages auf ihre Kosten die Untersuchung des Antragstellers durch einen von ihr bestimmten Arzt verlangen.

3. Pflegekosten,

die für einen pflegebedürftigen Versicherten aufgewendet werden. Voraussetzung für den Ersatz der Pflegekosten ist die Vornahme der Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. durch eine dafür eingerichtete Organisation oder eine geeignete Einrichtung.

Für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit gilt Art. 11, Pkt.2.2.

4. Bergungskosten

die notwendig werden, wenn der Versicherte

- 4.1. einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss;
- 4.2. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.
- 4.3. Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital (auch mittels Hubschrauber bzw. durch die Bergrettung).
Die Bergungskosten werden in voller Höhe ersetzt, wenn für Unfallkosten eine Versicherungssumme von mindestens EUR 2.000,-- vereinbart ist.

5. Transportkosten

5.1. Kosten des Verletztentransportes

das sind die nachgewiesenen Kosten des Transportes des verunfallten Versicherten zu einer ärztlichen Behandlung und zurück;



-
- 5.2. Kosten des Verlegungstransportes
das sind die nachgewiesenen Kosten des medizinisch notwendigen Transportes des verunfallten Versicherten innerhalb von Österreich von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus.
- 5.3. Rückholkosten das sind die nachgewiesenen Kosten des Transportes des außerhalb seines Wohnortes erunfallten versicherten von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in welches der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, zu seinem Wohnort bzw. zum seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
6. Kosten der Begleitperson,
die für die Dauer einer stationären Heilbehandlung eines Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr aufgenommen wurde. Diese Kosten der Begleitperson werden ersetzt, sofern für das Kind Unfallkosten versichert sind.
7. Anpassungsklausel
Die Unfallkosten sind wertgesichert.
Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung vergleicht der Versicherer laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrundeliegenden Rechnungsbeträge (rechnungsmäßiger Schaden) mit den zu erwartenden Rechnungsbeträgen (tatsächlich angefallener Schaden zuzüglich feststellbare Kostenerhöhung). Ergibt dieser Vergleich eine Änderung, werden die Leistungen und Prämien dem geänderten Bedarf angepasst.
Die neuen Prämien und Leistungen werden zum Ersten des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers schriftlich der Wertanpassung zu widersprechen. In diesem Fall vermindern sich die Versicherungssummen in dem Verhältnis, in dem sich die Prämien durch die Wertanpassung verändert haben.

– Artikel 13

Sonderleistungen, Zusatzleistungen

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Sonderleistungen

1.1. Nottransport aus dem Ausland

1.1.1. Der Versicherungsschutz umfasst den Ersatz der vollen Kosten eines infolge eines Unfalles erforderlichen, medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransportes aus dem Ausland nach Österreich, auch mittels Rettungsflugzeuges durch eine hierfür eingerichtete Organisation. Die Kosten der medizinischen Behandlung während des Transportes werden ebenso ersetzt.

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

1.1.2. Bei Nottransporten werden auch die Mehrkosten der Rückreise von im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen bzw. des Ehegatten/Lebensgefährten des Versicherten ersetzt (z.B. Verfall einer Fahrkarte, notwendige Benützung der Eisenbahn oder des Flugzeuges).

1.1.3. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten nach Österreich ersetzt.

1.1.4. Die Leistungen gem. Pkt. 1.1.1. bis 1.1.3. werden erbracht, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

1.2. Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis

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

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

Eine Leistung wird nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 73.000,-- begrenzt.

2. Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 22, Pkt. 2. bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Pkt.2.4. - entstehen.

Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird. 4. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.



– Artikel 14

Versicherungssummen, Altersgrenzen

Die vereinbarten Versicherungssummen gelten unter Berücksichtigung folgender Altersgrenzen:

1. Für einen als Kinderunfallversicherung abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 18. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende weibliche versicherte Person um 40%, für die betreffende männliche versicherte Person um 60%. Der Versicherungsnehmer kann durch Umstellung auf die Prämie für Erwachsene die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken. Erfolgt keine Umstellung, reduzieren sich die Versicherungssummen ab Ende des Jahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, für die betreffende versicherte Frau um 53% bzw. für den betreffenden versicherten Mann um 70 %. Bei einer Ausbildung über das 20. Lebensjahr hinaus, erfolgt diese Reduktion mit Ende des Familienbeihilfebezuges.
2. Für eine Jugendunfallversicherung gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Jahres, in dem der Versicherte das 20. Lebensjahr vollendet hat, bei Ausbildung über das 20. Lebensjahr hinaus längstens bis zum Ende des Familienbeihilfebezuges. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende versicherte Frau um 23% bzw. für den betreffenden versicherten Mann um 25 %. Der Versicherungsnehmer kann durch Umstellung auf die Prämie für Erwachsene die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.
3. Für einen Vertrag, der nicht als Seniorenversicherung abgeschlossen wurde, gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem der Versicherte das 70. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende versicherte Frau um 50 % bzw. für den betreffenden versicherten Mann um 25%.
Für einen Vertrag, der nicht als Seniorenversicherung für Ehepaare abgeschlossen wurde, gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem einer der Versicherten das 70. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für beide versicherten Personen um 38 %.

Der Versicherungsnehmer kann gegen einen entsprechenden Prämienzuschlag die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken und den Vertrag als Seniorenunfallversicherung weiterführen.

– Artikel 15

Fälligkeit der Leistung des Versicherers und Verjährung

1. Der Versicherer ist verpflichtet, bei allen Ansprüchen aus der Unfallversicherung innerhalb eines Monats zu erklären, ob er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Frist beginnt mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.
2. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die

– Artikel 16

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch 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 Anlassfallbeigezogenen 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. 22 gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. 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 fest gesetzt 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.

Abschnitt C Begrenzungen des Versicherungsschutzes

– Artikel 17

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 Versicherungsvertragsgesetz (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 18

Ausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benutzung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benutzung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmung des Art. 6, Pkt. 5. fällt;
2. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
3. die dem Versicherten durch mittelbare oder unmittelbare Kriegsereignisse zustoßen,
 - 3.1. wenn der Versicherte an dem Krieg oder Bürgerkrieg aktiv teilnimmt; aktiver Teilnehmer ist auch, wer auf seiten einer kriegsführenden Partei zur Kriegsführung bestimmte Anlagen, Einrichtungen, Geräte, Fahrzeuge, Waffen oder andere Materialien anliefern, abtransportiert oder sonst damit umgeht.
 - 3.2. wenn sich der Versicherte nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges in das Krisengebiet begibt;
 - 3.3. wenn sich der Versicherte wegen seiner Berufsausübung in das Kriegs- oder Bürgerkriegsgebiet begibt;
 - 3.4. wenn der Unfall durch ABC-Waffen (atomare, biologische oder chemische Waffen) verursacht wird;
 - 3.5. wenn der Staat, in dem der Versicherte seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.

Ein allenfalls bestehender Versicherungsschutz endet jedenfalls 14 Tage nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges.

4. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
5. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung.
 - durch Kernenergie

verursacht werden;

6. die der Versicherte infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung seiner psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
7. durch körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein Versicherungsfall hierzu der Anlass war; soweit ein Versicherungsfall der Anlass war, findet Pkt. 5. keine Anwendung.
8. die bei einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung und dem Training entstehen. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn der Versicherte mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.
9. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen.

– Artikel 19

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht. Schlaganfall oder Herzinfarkt gelten in keinem Fall als Unfallfolge.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art.7, Pkte. 2. und 3. bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt.



- Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.
Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
 5. Für Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
 6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.

Abschnitt D Pflichten des Versicherungsnehmers

– Artikel 20

Prämie

1. Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizza oder einer gesonderten Annahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizza). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39 und 39 a VersVG.
2. Stirbt der Versicherungsnehmer während der Dauer eines als Kinderunfallversicherung abgeschlossenen Vertrages, 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.
3. Wird der Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer arbeitslos, so wird der Versicherungsschutz ab dem 4. Monat des Bezuges von Arbeitslosengeld, maximal für 12 Monate prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung ist vom Versicherungsnehmer zu beantragen. Der Bezug des Arbeitslosengeldes ist vom Versicherungsnehmer durch eine entsprechende Bestätigung des Arbeitsamtes nachzuweisen. Eine Prämienfreistellung kann erstmals nach einer Vertragsdauer von einem Jahr beantragt werden. Eine Prämienfreistellung ist darüberhinaus nur möglich, wenn der Versicherungsnehmer zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses kein Arbeitslosengeld bezogen hat.
4. Wird der Versicherungsnehmer während der Vertragsdauer zum Präsenzdienst oder Zivildienst einberufen, so wird der Versicherungsschutz für die Dauer des Präsenz- bzw. Zivildienstes prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung ist vom Versicherungsnehmer zu beantragen. Die Ableistung des Präsenz- bzw. Zivildienstes ist vom Versicherungsnehmer entsprechend nachzuweisen.
5. Bei Prämienfreistellungen gemäß Punkt 3. oder 4. wird kein Taggeld (Artikel 10) gezahlt. Prämienfreistellungen gemäß Punkt 3. und 4. werden innerhalb einer Vertragsdauer von 10 Jahren für maximal 24 Monate geboten.

– Artikel 21

Anzeige der Änderung der Tätigkeit (des Berufes, der Beschäftigung, der entgeltlichen sportlichen Betätigung) des Versicherten

Veränderungen der im Antrag angegebenen Tätigkeit des Versicherten sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Tätigkeit.

1. Ergibt sich für die neue Tätigkeit des Versicherten nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
2. Ergibt sich eine höhere Prämie, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Tätigkeit der volle Versicherungsschutz gewährt.

Tritt ein auf die neue Tätigkeit zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Tätigkeit erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Polizza berechneten Prämie ergeben.

3. Bietet der Versicherer für die neue Tätigkeit grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anv



– Artikel 22

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges kraftfahrrechtlich berechtigt ist;
2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche schriftlich anzuzeigen.
 - 2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
 - 2.3. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
- 2.4. Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
 - 2.5. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
 - 2.6. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
 - 2.7. Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
 - 2.8. Ist auch Spitalgeld versichert oder besteht ein Anspruch auf Sofortleistung, so ist dem Versicherer, wenn der Versicherte in ein Spital (Art. 11, Pkt. 2.) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Bescheinigung der Spitalverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme in das Spital und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.
 - 2.9. Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind dem Versicherer die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Die Belege gehen in das Eigentum des Versicherers über.

Abschnitt E Sonstige Vertragsbestimmungen

– Artikel 23

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Vertragsdauer
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird. Bei Versicherungsverträgen deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), wird der Versicherer den Versicherungsnehmer vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung besonders hinweisen. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

– Artikel 24

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.



Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

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

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

- 1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer in den in 1.1. genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert. Weiters kann der Versicherungsnehmer nach Entscheidung der Ärztekommision 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 Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 16);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 15).

vom Versicherungsnehmer vorzunehmen.

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

- 1.3. Dem Versicherer gebührt die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie.

2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben oder unversicherbar geworden ist (Artikel 17), so gebührt dem Versicherer die bis zur Vertragsbeendigung anteilige Prämie.

– Artikel 26

Form der Erklärungen

Alle Erklärungen des Versicherungsnehmers sind gültig, wenn sie schriftlich erfolgen und beim Versicherer eingelangt sind. Die Erklärungen des Versicherers erfolgen ebenfalls schriftlich.

Übersicht

über Leistungen für dauernde Invaldität gem. Art.7, Pkt. 10. AUVB 1997

Die Leistungen betragen für

Dauerinvaldität: bei	linearer Leistung	Progressions- stufe I	Progressions stufe II
1% bis 25 %.....	entsprechend dem jeweiligen Invaliditätsgrad		
26%	26%	26%	27%
27%	27%	27%	29%
28%	28%	28%	31%
29%	29%	29%	33%
30%	30%	30%	35%
31%	31%	31%	37%
32%	32%	32%	39%
33%	33%	33%	41%
34%	34%	34%	43%
35%	35%	35%	45%
36%	36%	36%	47%
37%	37%	37%	49%
38%	38%	38%	51%
39%	39%	39%	53%
40%	40%	40%	55%
41%	41%	41%	57%
42%	42%	42%	59%
43%	43%	43%	61%
44%	44%	44%	63%
45%	45%	45%	65%
46%	46%	46%	67%



47%	47%	47%	69%
48%	48%	48%	71%
49%	49%	49%	73%
50%	50%	50%	75%
51%	51%	52%	78%
52%	52%	54%	81%
53%	53%	56%	84%
54%	54%	58%	87%
55%	55%	60%	90%
56%	56%	62%	93%
57%	57%	64%	96%
58%	58%	66%	99%
59%	59%	68%	102%
60%	60%	70%	105%
61%	61%	72%	108%
62%	62%	74%	111%
63%	63%	76%	114%
64%	64%	78%	117%
65%	65%	80%	120%
66%	66%	82%	123%
67%	67%	84%	126%
68%	68%	86%	129%
69%	69%	88%	132%
70%	70%	90%	135%
71%	71%	92%	138%
72%	72%	94%	141%
73%	73%	96%	144%
74%	74%	98%	147%
75%	75%	100%	150%
76%	76%	104%	156%
77%	77%	108%	162%
78%	78%	112%	168%
79%	79%	116%	174%
80%	80%	120%	180%
81%	81%	124%	186%
82%	82%	128%	192%
83%	83%	132%	198%
84%	84%	136%	204%
85%	85%	140%	210%
86%	86%	144%	216%
87%	87%	148%	222%
88%	88%	152%	228%
89%	89%	156%	234%
90%	90%	160%	240%
91%	91%	164%	246%
92%	92%	168%	252%
93%	93%	172%	258%
94%	94%	176%	264%
95%	95%	180%	270%
96%	96%	184%	276%
97%	97%	188%	282%
98%	98%	192%	288%
99%	99%	196%	294%
100%	100%	200%	300%

Zusatzbedingung für die Kollektiv-Unfallversicherung UVGU0511

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 Höchstgrenze eines der Berechnung der Versicherungsleistung wie auch der Prämienberechnung zugrundezulegenden einfachen Jahresbezuges gemäß Pkt. 2.2.1. des einzelnen Versicherten wird ein Betrag von EUR 110.000,-- bestimmt.
 - 2.3. Fluggastrisiko Benützen mehrere durch vorliegenden Versicherungsvertrag Versicherte dasselbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko (Art. 6, Pkt. 5 AUVB 1997 bzw. AUVB 1989 bzw. Art. 6, Pkt. 4. AUVB 1996 ein Betrag von EUR 2.906.914,-- als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen. Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von EUR 2.906.914,--, so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten 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, soweit gemäß Art. 17 AUVB 1997 bzw. AUVB 1996 bzw. Art. 16 AUVB 1989 versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, daß bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis besteht.
 - 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.

Zusatzbedingung für die Kollektiv-Unfallversicherung UVGU0511

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, soweit gemäß Art. 17 AUVB 1997 bzw. AUVB 1996 bzw. Art. 16 AUVB 1989 versicherbar, 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.

Der Versicherungsschutz im Rahmen der Kollektivunfallversicherung des Oesterreichischen Alpenvereins be stimmt sich nach der zwischen dem Oesterreichischen Alpenverein und der Generali Versicherung AG abge schlossenen Kollektivunfallversicherung für Bergungsko-sten sowie für Rückholung, Verlegung und Heilbehand lung bzw. für Unfall-Lebensrente, den Allgemeinen Bedingungen für den Unfallschutz (AUVB 1997 idF 04.2015), der Zusatzbedingung für die Kollektivunfallversicherung (UVGU0511) und diesen Besonderen Vereinbarungen.

1. Versicherungsschutz für Bergungskosten

1.1 Die Versicherungssumme für Bergungskosten beträgt EUR 25.000,00 pro Person und Versicherungsfall (Art. 12, Pkt. 4.3., Satz 2 AUVB 1997 gilt nicht vereinbart).

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

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transpor tes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.

1.2. Ausschlüsse

In Erweiterung von Art. 18 AUVB 1997 besteht kein Versicherungsschutz für:

a) Unfälle bei einer berufsmäßigen oder sonstigen entgeltlich ausgeführten Tätigkeit sowie Unfälle der Mit glieder von Rettungsorganisationen bei organisierten Rettungseinsätzen oder sonstigen Tätigkeiten im Auftrag der Rettungsorganisation.

Die entgeltliche Tätigkeit von Mitgliedern des Österreichischen Bergführerverbandes als geprüfter Berg- und Schiführer sowie als behördlich genehmigter und geprüfter Wanderführer ist hierfür ausgenommen.

b) Unfälle bei der Benützung von Kraftfahrzeugen.

Versichert sind aber KFZ-Unfälle auf dem Weg (auch auf indirektem) zu und von Versammlungen und Veranstaltungen des OeAV sowie auf dem Weg zu und von einer satzungsgemäßen (auch privaten) Vereinstätigkeit wie Wandertouren, Bergsteigen, Klettern, Schilaufen, Schitourengehen, Snowboarden, Wildwasserpaddeln, Canyoning und Mountainbike- / Trekkingbiketouren, auch bei (zeitlich nicht be schränkten) Fahrtunterbrechungen, sowie Unfälle 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 Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie beim Training hierzu.

d) Unfälle während der Teilnahme an Expeditionen auf Berge mit einer Höhe von über 6.000m sowie auf Expeditionen in die Arktis, Antarktis und in Grönland.

Trekkingreisen gelten nicht als Expeditionen und sind deshalb versichert, allerdings nur während der ersten acht Wochen. Werden im Rahmen solcher Trekkingreisen auch eintä-gige Gipfelbesteigungen über 6.000m Höhe angeboten, gelten auch diese Besteigungen nicht als Expeditionen. Versicherungs schutz ist gegeben.

2. Versicherungsschutz für Rückholung, Verlegung und Heilbehandlung

2.1. Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz gilt bei Freizeit- und Berufsunfällen sowie bei Krankheit 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.

2.2. Versicherungssummen

Die nachfolgenden Leistungen im Ausland werden während den ersten 8 Wochen jeder Auslandsreise erbracht.

Die nachstehend angeführten Versicherungssummen gelten pro Person und Auslandsreise.

Der Versicherungsschutz umfasst:

2.2.1. die **vollen Kosten eines medizinisch begründeten Krankentransportes** aus dem Ausland in eine Krankenanstalt des Heimatlandes oder an den ständigen Wohnsitz, 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 ständigen Wohnsitzes) erwachsenden Kosten

- einer unaufschiebbaren medizinisch notwendigen **Heilbehandlung** 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 Arzneimittel **EUR 2.000,00** zur Verfügung stehen.

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

Für die **Kosten der stationären Heilbehandlung** tritt der Versicherer in Vorleistung. Eine **Vorleistung** wird nur an das Krankenhaus geleistet.

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**

Verlegungskosten von Verletzten/Erkrankten und Überführungskosten von Toten im Inland **ohne Summenbegrenzung**, wenn eine **Bergung vorausgegangen** ist.

Verlegungskosten sind Transportkosten von einer Krankenanstalt zu einer dem ständigen Wohnsitz nahegelegenen Krankenanstalt oder an den ständigen Wohnsitz selbst.

Überführungskosten sind die Transportkosten eines Verstorbenen zu dessen letzten Wohnort.

2.2.5. Die Transporte gemäß Pkt. 2.2.1., 2.2.3. und 2.2.4. müssen von der auf der Mitgliedskarte angeführten Vertragsorganisation organisiert werden, ansonsten werden max. EUR 750,00 vergütet.

2.2.6. Bei offiziellen Radveranstaltungen 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) Heilbehandlungen, 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 von übermäßigem Alkoholenuss sowie Missbrauch von Sucht-giften 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 an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Schibob-, 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 Wettkletterverbandes);
- k) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen bei der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Ralleys) und den dazugehörigen Trainingsfahrten;
- l) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmsprüngen.

Es besteht jedoch Versicherungsschutz für Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen, die der Versicherte als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet (ausgenommen Motorsegler und Ultralights).

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;

- m) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen die infolge schädigender Wirkung von Kernenergie entstehen;
- n) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen der Mitglieder von Rettungsorganisa-tionen, die bei organisierten Rettungseinsätzen oder sonstigen Tätigkeiten im Auftrag der Rettungsorganisation entstehen;
- o) Heilbehandlungen von Krankheiten und Unfallfolgen aus der Teilnahme an Expeditionen gemäß Pkt. 1.2.d.).

Hinweis:

KFZ-Unfälle im Ausland sind im Rahmen der unter Pkt. 2.2. angeführten Leistungen generell versichert, sofern sie nicht bei der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Ralleys) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen.

3. Subsidiaritätsklausel

Die Deckung aus Pkt. 1 und 2 besteht subsidiär. Dies bedeutet, dass Leistungen nur dann und in jenem Ausmaß erbracht werden, als dafür nicht eine andere Versicherung (Sozialversicherung, Privatversicherung) Leistungen zu erbringen hat oder tatsächlich Leistungen erbringt. Ein Anspruch besteht nicht, wenn eine Leistung für die versicherte Person unentgeltlich erbracht wurde oder zu erbringen wäre.

4. Unfall-Lebensrente

(optional – gilt nur, wenn dieser Versicherungsbaustein abgeschlossen wurde)

4.1. Die Unfallrente wird bei unfallbedingter dauernder Invalidität von mindestens 50% lebenslang – jedoch mindestens 20 Jahre (Garantiedauer) – monatlich im Voraus bezahlt. Stirbt der Versicherte vor Ablauf der Garantiedauer, so wird die Rente bis zum Ende der Ga-rantiedauer an den/die Erben – sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde – bezahlt.

Für versicherte Personen bis zum 15. Lebensjahr wird anstelle der monatlichen Rente eine einmalige Kapitalzahlung ausbezahlt.



4.2. Gliedertaxe

Abweichend von Art. 7, Pkt. 2.1. AUVB 1997 gilt für die Bemessung des Invaliditätsgrades folgende Bestimmung vereinbart:

Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit:

– eines Armes ab Schultergelenk	70%
– eines Armes bis oberhalb Ellenbogengelenk	65%
– eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenkes oder einer Hand	60%
– eines Daumens	20%
– eines Zeigefingers	10%
– eines anderen Fingers	5%
– eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels	70%
– eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	60%
– eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels oder eines Fußes	50%
– einer großen Zehe	5%
– einer anderen Zehe	2%
– der Sehkraft beider Augen	100%
– Sehkraft eines Auges	35%
– sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65%
– des Gehörs beider Ohren	60%
– des Gehörs eines Ohres	15%
– sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45%
– des Geruchsinnes	10%
– des Geschmacksinnes	5%