

Besondere Bedingungen zur Unfallversicherung Classicschutz Besitz und Familie

Vertragspartner

Diese Vertragsgrundlagen gelten für Verträge mit der Generali Versicherung AG, 1010 Wien, Landskronngasse 1-3.

Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5



Unter den Flügeln des Löwen. GENERALI

Inhaltsverzeichnis

Seite

Unfall_Classic

Unfallkapital (UVCP0011)	3
Genesungsgeld (UVCP0012)	3
Spitalgeld nach Unfall (UVCP0013)	3
Kinder-Krebspauschale - Ersthilfe bei bösartiger Krebserkrankung (UVCP0014)	4
Pflege-Pauschale - Ersthilfe ab Pflegestufe 4 (UVCP0015)	4
Knochenbruch-Pauschale (UVCP0016)	5
Unfallrente (UVCU0011)	5
Unfalltod (UVCU0012)	6
Taggeld (UVCU0013)	6
Bergung und Transport (UVCU0014)	6
Behandlungskosten (UVCU0015)	7

Unfallkapital

UVCP0011

1. Die in der Polizza 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 dazudie 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 in der Polizza aufgelistete Verletzungen ("Verletzungskatalog für garantierte Sofortauszahlung") 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. Für Verletzungen einer Wachstumsfuge wird keine garantierte Sofortauszahlung gezahlt.
Verursacht der Unfall
 - mehrere Verletzungen an verschiedenen Körperteilen (Gliedmaßen), 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 (Gliedmaße) 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 Artikel 2 EUVBC 2020 bzw. Artikel 3 EUVBP 2020.
 - b) Sie können die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen verlangen, wobei die Bestimmung des Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2020 (Verminderung des Invaliditätsgrades aufgrund Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) berücksichtigt wird.
Wurde die Pauschalleistung gemäß Punkt 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.

Genesungsgeld

UVCP0012

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 Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2020 (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.

Spitalgeld nach Unfall

UVCP0013

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 Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2020 (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.

Kinder-Krebspauschale - Ersthilfe bei bösartiger Krebserkrankung

UVCP0014

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 Punkt 1 definierten Krebserkrankung, erfolgt die Auszahlung der Pauschalleistung einmalig nach Vorliegen der gesicherten Diagnose bzw. sonstiger Nachweise (die Bestimmungen des Artikel 11, Punkt 2 AUVB 2020 gelten sinngemäß).
3. Der Versicherungsschutz dieser Leistungsart besteht
 - bis zur einmaligen Auszahlung der Pauschalleistung, oder
 - solange die versicherte Person laut Polizze im Rahmen von Unfallschutz AUVB 2020 für Kinder versichert ist. Mit Entfall der Mitversicherung dieser Leistungsart, wird auch die dafür anfallende Prämie nicht mehr verrechnet.
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 in der Polizze eine Wertanpassung oder Werterhöhung vereinbart, findet diese auf die Pauschalleistung keine Anwendung.

Pflege-Pauschale - Ersthilfe ab Pflegestufe 4

UVCP0015

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 (Artikel 5, Punkt 1 AUVB 2020) gelten sinngemäß.
3. Die Pauschalleistung wird ausbezahlt, wenn die von uns 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 Artikel 11, Punkt 2 AUVB 2020 gelten sinngemäß.
4. Der Versicherungsschutz dieser Leistungsart besteht
 - bis zur einmaligen Auszahlung der Pauschalleistung, oder
 - solange die versicherte Person laut Polizze im Rahmen von Unfallschutz AUVB 2020 für Kinder, Unfallschutz AUVB 2020 für Jugendliche oder Unfallschutz AUVB 2020 für Erwachsene versichert ist.Mit Entfall der Mitversicherung dieser Leistungsart, wird auch die dafür anfallende Prämie nicht mehr verrechnet.

5. Ist in der Polizza eine Wertanpassung oder Werterhöhung vereinbart, findet diese auf die Pauschalleistung keine Anwendung.

Knochenbruch-Pauschale

UVCP0016

Wenn die versicherte Person unfallbedingt einen **Knochenbruch** erleidet und **die Leistung aus der Leistungsart "Genesungsgeld" nicht erbracht wird**, zahlen wir die für diesen Fall in der Polizza vereinbarte Pauschalleistung (bei mehreren Knochenbrüchen nur einmal).

Dieser Betrag wird aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen am Knochenbruch (siehe Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2020) nicht vermindert.

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

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

Ist in der Polizza eine Wertanpassung oder Werterhöhung vereinbart, findet diese auf die Pauschalleistung keine Anwendung.

Unfallrente

UVCU0011

- 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.
- 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** 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.
- Wertsicherung**
Wenn in der Polizza vereinbart, wird die Unfallrente für die Dauer des Leistungsbezuges zum 1. Jänner jedes Jahres um 2 % erhöht.
- 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	366	657
6-10	359	629
11-15	352	599
16-20	344	568
21-25	334	536
26-30	323	502
31-35	310	467
36-40	295	429
41-45	278	391
46-50	259	352
51-55	238	312

Übersicht zu Ablösekapital für lebenslange Unfallrenten		
Alter zum Zeitpunkt des Unfalles	Anzahl der Monatsrenten	
	Gleichbleibende Rente	Rente mit jährlich 2 % Erhöhung
56-60	215	272
61-65	171	209
66-70	147	174
71-75	122	139
76-80	96	106
ab 81	72	77

Unfalltod

UVCU0012

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 Todesfalleistung 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, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben**, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten Beerdigungskosten (Kosten der Überführung des Toten und der Bestattung - einschließlich Grabstelle und Grabstein) maximal bis zur Höhe des gesetzlich verordneten Betrages für Beerdigungskosten ersetzt.
Zum Empfang der **Beerdigungskosten** für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist ohne Rücksicht auf die Regelung der Bezugsberechtigung der **Überbringer der Originalrechnungen** berechtigt.

Taggeld

UVCU0013

1. Wir zahlen Taggeld bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität, bei **völliger (100%iger) Arbeitsunfähigkeit** 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 Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2020 (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 Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person die berufliche Tätigkeit beendet und uns dies in geschriebener Form angezeigt wurde, jedenfalls zu dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person laut Polizze im Rahmen von Classic-Unfallschutz AUVB 2020 Fit lang leben versichert ist.
Mit Entfall der Mitversicherung des Taggeldes, wird auch die dafür anfallende Prämie nicht mehr verrechnet.

Bergung und Transport

UVCU0014

1. **Such-/Rettungs- und Bergeaktionen**
umfassen das Suchen nach der versicherten Person, ihre Bergung und ihr Transport bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum dem Unfallort nächstgelegenen Spital.
Wir leisten Kostenersatz im Falle von Berg- oder See-/Wassernot und nach Unfall/Unfalltod.
Wir ersetzen die Kosten eines Hubschraubereinsatzes nach einem Unfall
 - in Ausübung von Sport und Touristik, oder
 - wenn keine Leistung für Hubschrauberkosten durch einen Sozialversicherungsträger erfolgt.
 Bei einer Versicherungssumme für "Berge- und Transportkosten" von mindestens EUR 10.000,00 werden die Kosten eines Hubschraubereinsatzes in voller Höhe bezahlt.

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.

2. Verletzentransport

- 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 die versicherte Person nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus, wenn die versicherte Person außerhalb des Wohnsitzes verunfallt ist;
- c) zusätzlich versichert ist auch der medizinisch notwendige Transport von einem Krankenhaus in ein anderes Krankenhaus.

Nach einem Unfall organisieren wir den Verletzentransport und leisten Kostenersatz bis zur Versicherungssumme für konzessionierte Transportunternehmen (auch Krankenwagen, Krankentaxi) und öffentliche Verkehrsmittel.

3. Nottransport aus dem Ausland nach Österreich

Die Kosten eines medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransports werden von uns ersetzt - bei Organisation über unsere Notfallnummer in voller Höhe.

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 ersetzen wir die Kosten der Überführung - bei Organisation über unsere Notfallnummer in voller Höhe.

Hinweise zum Versicherungsschutz für "Berge- und Transportkosten":

Voraussetzungen für den Kostenersatz

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

Wir ersetzen Kosten

- zu 100 % abzüglich der Vergütung durch einen Sozialversicherungsträger (Voreinreichung);
- zu 70 %, wenn keine Voreinreichung bei einem Sozialversicherungsträger erfolgt.

Wir ersetzen keine Kosten, soweit von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde.

Wir ersetzen jedoch Kosten, wenn Ersatzansprüche aus einer bei unserem Unternehmen abgeschlossenen Krankenversicherung bestehen.

Grundlage für den Kostenersatz

Die für "Berge- und Transportkosten" vereinbarte Versicherungssumme steht einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung. Alle oben beschriebenen Kostenersätze werden - sofern nichts anderes bestimmt ist - bis zur Höhe der Versicherungssumme erbracht.

Verzicht auf Leistungskürzung

Bei Leistungen für Bergung und Transport wird Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2020 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

Wertsicherung des Kostenersatzes

Die Prämie und die Versicherungssumme für "Bergung und Transport" 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 bzw. Kostensenkung) verglichen.

Ergibt dieser Vergleich eine Änderung, werden Prämie und Versicherungssumme im Ausmaß der festgestellten Änderung angepasst.

Wir werden Ihnen in diesem Fall eine Neufassung der Polizze mit der geänderten Prämie und der geänderten Versicherungssumme übermitteln. Zugleich mit der Polizze werden wir Sie über Ihr Widerspruchsrecht und die Rechtsfolgen informieren, die mit der Erhebung des Widerspruchs bzw. mit dessen Unterlassung verbunden sind. Sie sind berechtigt, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Polizze der Wertanpassung zu widersprechen. Bei fristgerechtem Widerspruch verändert sich die Versicherungssumme in dem Verhältnis, in dem sich die Prämie durch die Wertanpassung verändert hätte.

Widersprechen Sie nicht fristgerecht der Wertanpassung, gilt die Umstellung auf die geänderte Prämie und die geänderte Versicherungssumme als genehmigt.

1. **Heilbehandlungen zur Behebung der Unfallfolgen**, die nach ärztlicher Verordnung notwendig sind:
Hierzu zählen auch
 - a) physikalische Behandlungen (medizinische Rehabilitation)
 - 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:
Kosten für Zahnersatz werden bis zu 30 % (bei Personen, die laut Polizze im Rahmen von Unfallschutz AUVB 2020 für Kinder versichert sind, bis zu 100 %) der Versicherungssumme ersetzt.
2. **Leihgebühren** für Heilbehelfe (z.B. Krücken, Rollstuhl, etc.).
3. **Kosmetische Operationen**
zur Behebung der Unfallfolgen - Kostenersatz bis zu EUR 10.000,00.
4. **Kosten der Begleitperson im Krankenhaus**
für die Dauer der stationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

Hinweise zum Versicherungsschutz für "Behandlungskosten":

Voraussetzungen für den Kostenersatz

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

Wir ersetzen Kosten

- zu 100 % abzüglich der Vergütung durch einen Sozialversicherungsträger (Voreinreichung);
- zu 70 %, wenn keine Voreinreichung bei einem Sozialversicherungsträger erfolgt.

Wir ersetzen keine Kosten, soweit von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde.

Wir ersetzen jedoch Kosten, wenn Ersatzansprüche aus einer bei unserem Unternehmen abgeschlossenen Krankenversicherung bestehen.

Grundlage für den Kostenersatz

Die für "Behandlungskosten" vereinbarte Versicherungssumme steht einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung. Alle oben beschriebenen Kostenersätze werden - sofern nichts anderes bestimmt ist - bis zur Höhe der Versicherungssumme erbracht.

Verzicht auf Leistungskürzung

Bei Kostenersatz bis zu 10% der Versicherungssumme für Behandlungskosten wird Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2020 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/ Gebrechen) nicht angewendet.

Einschränkung des Kostenersatzes für Heilbehandlungen:

Keine Leistungen werden erbracht für die Folgen von Ausbeißen 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 zur Verbesserung der Fortbewegung.

Wertsicherung des Kostenersatzes

Die Prämie und die Versicherungssumme für "Behandlungskosten" 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 bzw. Kostensenkung) verglichen.

Ergibt dieser Vergleich eine Änderung, werden Prämie und Versicherungssumme im Ausmaß der festgestellten Änderung angepasst. Wir werden Ihnen in diesem Fall eine Neufassung der Polizze mit der geänderten Prämie und der geänderten Versicherungssumme übermitteln. Zugleich mit der Polizze werden wir Sie über Ihr Widerspruchsrecht und die Rechtsfolgen informieren, die mit der Erhebung des Widerspruchs bzw. mit dessen Unterlassung verbunden sind.

Sie sind berechtigt, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Polizze der Wertanpassung zu widersprechen. Bei fristgerechtem Widerspruch verändert sich die Versicherungssumme in dem Verhältnis, in dem sich die Prämie durch die Wertanpassung verändert hätte.

Widersprechen Sie nicht fristgerecht der Wertanpassung, gilt die Umstellung auf die geänderte Prämie und die geänderte Versicherungssumme als genehmigt.