

# Vertragsgrundlagen zur Unfallversicherung

Allgemeine Bedingungen  
für den Premium-Unfallschutz (AUVB 2012)  
in der Fassung 7/2015



Unter den Flügeln des Löwen. **GENERALI**

# Allgemeine Bedingungen für den Premium-Unfallschutz (AUVB 2012)

## Inhaltsverzeichnis

	Seite
Bitte beachten Sie: .....	3
Abschnitt A: Versicherungsschutz .....	4
Artikel 1 Was ist versichert? .....	4
Artikel 2 Was gilt als Versicherungsfall? .....	4
Artikel 3 Wo gilt die Versicherung? .....	4
Artikel 4 Wann gilt die Versicherung? .....	4
Artikel 5 Wann beginnt der Versicherungsschutz? .....	4
Artikel 6 Was ist ein Unfall? .....	4
Artikel 7 Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“? Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen? .....	5
Abschnitt B: Versicherungsleistungen.....	7
Artikel 8 Unfallkapital und Berechnung der Versicherungsleistung.....	7
Artikel 9 Zusatzkapital .....	8
Artikel 10 Unfallrente .....	8
Artikel 11 Unfalltod .....	9
Artikel 12 Taggeld .....	9
Artikel 13 Genesungsgeld .....	10
Artikel 14 Spitalgeld nach Unfall.....	10
Artikel 14a Spitalgeld mit Betreuungsgeld nach Unfall .....	10
Artikel 15 Unfallassistance und Unfallkosten .....	11
Artikel 16 Wann sind unsere Leistungen fällig? .....	15
Artikel 17 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten? .....	15
Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes.....	16
Artikel 18 Was gilt bei erheblicher Verschlechterung des Gesundheitszustandes der versicherten Person?.....	16
Artikel 19 Was ist nicht versichert? Was ist eingeschränkt versichert? .....	16
Artikel 20 Wofür wird keine Leistung erbracht? Wann wird die Leistung gekürzt? .....	18
Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers .....	18
Artikel 21 Wann sind die Prämien zu bezahlen? Wofür werden Gebühren verrechnet? In welchen Fällen kann eine Prämienfreistellung vereinbart werden? .....	18
Artikel 22 Was ist bei einem Premium – Unfallschutz für Kinder zu beachten ? .....	19
Artikel 23 Was ist bei einem Premium – Unfallschutz für Jugendliche zu beachten? .....	19
Artikel 24 Was ist bei einer Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten? .....	19
Artikel 25 Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten? Welche Folgen hat eine Nichtbeachtung dieser Vorschriften? .....	20
Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen .....	21
Artikel 26 Was gilt als Versicherungsperiode? Wie lange dauert der Vertrag und wann verlängert er sich? .....	21
Artikel 27 Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?.....	21
Artikel 28 Wer sind die Vertragspartner? .....	22
Artikel 29 Wer ist versichert? .....	22
Anhang: .....	23
Leistungsart „Unfallkapital“ – Leistungsbeträge für alle Invaliditätsgrade .....	23
Übersicht zu Ablösekapital für lebenslange Unfallrenten.....	25
Auszug aus wichtigen gesetzliche Bestimmungen zu den Rücktrittsrechten gemäß §§ 5b und 5c VersVG.....	25
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG).....	28

## 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 im Anhang zu den Versicherungsbedingungen 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.

## Abschnitt A: Versicherungsschutz

### 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, vereinbarten Besonderen Bedingungen und den gesetzlichen Bestimmungen.

### Artikel 2

#### Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6, 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 Artikel 21 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 (siehe Anhang).

### 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. 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.
- 1.2. Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung 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 Mangeldurchblutung 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.

- 1.3. **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.
- 1.4. **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt 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. 20, Pkt. 2 Anwendung.
  - 2.2. Folgen des **Verschluckens von Gegenständen** bei Personen bis zum vollendeten 7. Lebensjahr;
  - 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.
- 3. **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 verursacht wurden.
  - **Wundinfektionen** infolge einer Unfallverletzung.

**Artikel 7**  
**Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“?**  
**Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?**

- 1. Dauernde Invalidität 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.

## Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden beschrieben. Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus der Police.

### Artikel 8

#### Unfallkapital und Berechnung der Versicherungsleistung

1. Die in der Police 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. Dazu folgende Berechnungsbeispiele (Beträge in Euro):

<b>Beispiel 1 - Unfallkapital 10-fach</b>			
	Invaliditätsgrad	Versicherungssumme	
Dauernde Invalidität von	1% bis 19%	100.000,00	
Dauernde Invalidität von	20% bis 39%	200.000,00	
Dauernde Invalidität von	40% bis 69%	500.000,00	
Dauernde Invalidität von	70% bis 89%	700.000,00	
Dauernde Invalidität von	90% bis 100%	1.000.000,00	
Für nachstehend angeführte Unfallfolgen leisten wir daher:			
	Invaliditätsgrad	Versicherungssumme	Leistung
– Verlust einer großen Zehe	5%	100.000,00	5.000,00
– Verlust eines Zeigefingers	10%	100.000,00	10.000,00
– Verlust eines Daumens	20%	200.000,00	40.000,00
– Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Beines um 50% (= 50% Teilinvalidität von 70% Beinwert lt. Gliedertaxe)	35%	200.000,00	70.000,00
– Verlust der Sehkraft eines Auges	60%	500.000,00	300.000,00
– Vollständige Funktionsunfähigkeit eines Beines	70%	700.000,00	490.000,00
– Vollinvalidität	100%	1.000.000,00	1.000.000,00

<b>Beispiel 2 - Unfallkapital Individuell</b>			
	Invaliditätsgrad	Versicherungssumme (frei gewählt)	
Dauernde Invalidität von	1% bis 9%	100.000,00	
Dauernde Invalidität von	10% bis 29%	200.000,00	
Dauernde Invalidität von	30% bis 59%	700.000,00	
Dauernde Invalidität von	60% bis 79%	1.000.000,00	
Dauernde Invalidität von	80% bis 100%	1.500.000,00	
Für nachstehend angeführte Unfallfolgen leisten wir daher:			
	Invaliditätsgrad	Versicherungssumme	Leistung
– Verlust einer großen Zehe	5%	100.000,00	5.000,00
– Verlust eines Zeigefingers	10%	200.000,00	20.000,00
– Verlust eines Daumens	20%	200.000,00	40.000,00
– Einschränkung der Funktionsfähigkeit eines Beines um 50% (= 50% Teilinvalidität von 70% Beinwert lt. Gliedertaxe)	35%	700.000,00	245.000,00
– Verlust der Sehkraft eines Auges	60%	1.000.000,00	600.000,00
– Vollständige Funktionsunfähigkeit eines Beines	70%	1.000.000,00	700.000,00
– Vollinvalidität	100%	1.500.000,00	1.500.000,00

Weitere Berechnungsbeispiele finden Sie im Anhang.

## 2. Pauschalleistung bei erstmaligen Bänder- und Meniskusverletzungen

- a) Bei **erstmaliger Zerreißung** (auch teilweise) von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie erstmaligen Meniskusverletzungen gemäß Art. 6, Pkt. 2.1. gilt – wenn die Gesundheitsschädigung innerhalb von 7 Tagen ab dem Ereignistag medizinisch dokumentiert und ärztlich behandelt wurde – ein **Invaliditätsgrad von 2%** als eingetreten.

Der auf dieser Grundlage ermittelte **Leistungsbetrag** wird für die erste Zerreißung bzw. Meniskusverletzung in der betreffenden Funktionseinheit (Gelenk) ausbezahlt. Bei weiteren Verletzungen in derselben Funktionseinheit wird der Invaliditätsgrad durch einen Sachverständigen festgestellt.

- b) Sie können die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen verlangen, wobei die Bestimmung des Art. 20 (Verminderung des Invaliditätsgrades aufgrund Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen) berücksichtigt wird.

Wurde der Betrag gemäß Pkt. a) zuvor ausbezahlt,

- wird eine weitere Leistung nur für den den Invaliditätsgrad von 2% übersteigenden Teil erbracht;
- können wir – bei Feststellung eines Invaliditätsgrades von unter 2% – die erbrachte Mehrleistung zurückfordern.

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.

## Artikel 9

### Zusatzkapital

#### 1. Zusatzkapital ab 50%

Für einen unfallkausalen Gesamtinvalidittsgrad von 50% bis 99% leisten wir die für „Zusatzkapital“ vereinbarte Versicherungssumme.

Bei einem unfallkausalen Gesamtinvalidittsgrad von 100% wird die für „Zusatzkapital“ vereinbarte Versicherungssumme verdoppelt.

Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht.

#### 2. Zusatzkapital ab 25%

Für einen unfallkausalen Gesamtinvalidittsgrad von 25% bis 49% leisten wir 50% der für „Zusatzkapital“ vereinbarten Versicherungssumme.

Beträgt der festgestellte unfallkausale Gesamtinvalidittsgrad 50% oder mehr leisten wir 100% der für „Zusatzkapital“ vereinbarten Versicherungssumme.

Für Invaliditätsgrade von weniger als 25% wird keine Leistung erbracht.

## Artikel 10

### Unfallrente

#### 1. Unfallrente ab 50%

Ab einem unfallkausalen Gesamtinvalidittsgrad von 50% wird die Unfallrente gezahlt.

Für Invaliditätsgrade von weniger als 50% wird keine Leistung erbracht.

#### 2. Unfallrente ab 30%

Wir zahlen ab einem unfallkausalen Gesamtinvalidittsgrad

1. von 30%....30% der vereinbarten Unfallrente;
2. von 50%...50% der vereinbarten Unfallrente;
3. von 70%....die Unfallrente in voller Höhe.

Für Invaliditätsgrade von weniger als 30% wird keine Leistung erbracht.

#### 3. Unfallrente bei Berufsunfähigkeit

Wir leisten ab einem unfallkausalen Gesamtinvalidittsgrad von 30% die Unfallrente in voller Höhe, wenn die versicherte Person durch den Unfall berufsunfähig ist.

- 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 Monate 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.
4. 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.
5. 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.
6. **Wertsicherung**  
Wenn im Vertrag (Polizze) vereinbart, wird die Unfallrente für die Dauer des Leistungsbezuges zum 1. Jänner jedes Jahres um 2% erhöht.
7. Sie können statt der lebenslangen Rente die **Auszahlung des Ablösekapitals** (siehe Anhang, Seite 25) 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**.

## Artikel 11 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 Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen 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** in Höhe von 0,5% der für „Unfalltod“ vereinbarten Maximalleistung, höchstens jedoch EUR 500,00.
- Die **Rentenleistung endet** mit
- dem Tod des bezugsberechtigten Kindes,
  - spätestens jedoch mit Ablauf des Monats, in dem das bezugsberechtigte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

## Artikel 12 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. 20 (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.

## Artikel 13 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 einem Spitalsaufenthalt von mehr als 15 Tagen werden 100%, von mehr als 10 Tagen werden 50%, von mehr als 5 Tagen werden 25% der Versicherungssumme geleistet.  
Bei Spitalsaufenthalten wird bis zu 10 Tagen pro Versicherungsfall Art. 20 (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 der Sozialversicherungsträger, 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 ein Genesungsgeld in Höhe von **10% der Versicherungssumme** (bei **mehreren Knochenbrüchen** nur einmal).  
Dieser Betrag wird aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen am Knochenbruch (siehe Art. 20) nicht vermindert.

Der Knochenbruch (auch knöcherner Abriss einer Sehne, Knochensplinterungen 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.

## Artikel 14 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. 20 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

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

Die unter Art. 13 „Genesungsgeld“ vorgenommene **Definition von Spitälern** ist auch für diese Leistungsart maßgeblich.

## Artikel 14a 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. 20 (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.

Die unter Art. 13 „Genesungsgeld“ vorgenommene Definition von Spitälern ist auch für diese Leistungsart maßgeblich.

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 ärztlichen 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. 20 (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.

## Artikel 15 Unfallassistance und Unfallkosten

**Notfallnummer aus dem Inland:** 0800/20 444 00  
**Notfallnummer aus dem Ausland:** +431/20 444 00

### A. Bergung und Transport

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.  
Im Notfall (auch 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**  
Im Notfall und nach einem Unfall stellen wir die Verbindung zu einer hierfür eingerichteten Organisation (z.B. Bergrettung) her und leisten Kostenersatz – voll (Versicherungssumme mindestens EUR 3.000,--) oder 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**
  - 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) 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;
  - bis EUR 200,00 je Versicherungsfall für amtliches Kilometergeld bei Fahrten mit dem Privat-PKW.
6. **Mehrkosten der planwidrigen Rückreise der versicherten Person an ihren Wohnort in Österreich**
  - a) aufgrund der erforderlichen **Heilbehandlung vor Ort**.
  - b) im Zuge eines **Nottransportes** aus dem Ausland auch für die im gemeinsamen Haushalt lebenden Familienangehörigen.

- c) bei stationären Heilbehandlungen von mitreisenden Kindern bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden auch die Kosten der **Hotelübernachtung** einer Begleitperson – über den geplanten Zeitpunkt der Rückreise hinaus – übernommen.
- d) **Rückreise der Kinder** mit Begleitung für mitreisende Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr infolge Todes oder einer andauernden Heilbehandlung nach einem Unfall der verantwortlichen Familienangehörigen zum ständigen Wohnsitz.

Nach einem Unfall organisieren wir die Leistungen gemäß Pkt. a) – d) und ersetzen die Mehrkosten für

- Pkt. a): voll (wenn von uns organisiert) oder bis Versicherungssumme;
- Pkt. b) und d): bis Versicherungssumme;
- Pkt. c): max. EUR 70,--/Nacht, bis zur Versicherungssumme

## B. Heilbehandlung, Pflege und Hilfsdienste

### 7. **Heilbehandlungen** zur Behebung der Unfallfolgen, die nach ärztlicher Verordnung notwendig sind:

Hierzu zählen auch

- a) **physikalische Behandlungen** (medizinische Rehabilitation):  
Kostenersatz bis zur 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 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 zu Verbesserung der Fortbewegung.

- 8. **Kosmetische Operationen** zur Behebung der Unfallfolgen:  
Kostenersatz bis zur 5-fachen Versicherungssumme.
- 9. **Druckkammerbehandlungen** nach Unfall und tauchtypischen Gesundheitsschädigungen (Art. 6, Pkt. 1.1.):  
Organisation und Kostenersatz bis zur 5-fachen Versicherungssumme.
- 10. **Kosten der Begleitperson** für die Dauer der stationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr werden bis zur Versicherungssumme ersetzt.
- 11. **Dolmetscher** für Heilbehandlung:  
Nach einem Unfall organisieren wir einen Dolmetscher und leisten Kostenersatz bis zu 20% der Versicherungssumme.
- 12. **Psychologische Betreuung** der versicherten Person, wenn diese einen Unfall mit einer voraussichtlichen dauernden Invalidität von mindestens 30% erleidet; bei Unfalltod auch der nahen Angehörigen (Eltern, Ehegatte, Lebensgefährte, eingetragener Partner, Kinder):  
Wir organisieren die psychologische Betreuung im deutschsprachigen Raum 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) so 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. Medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation in Österreich, innerhalb von 2 Jahren – für Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr innerhalb von 5 Jahren – vom Unfalltag an:
- **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 oben 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, Steinerschlag, 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 2 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. 20 (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.

## **Artikel 16**

### **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 Art. 7, Pkt. 2 und 7 zu beachten.

## **Artikel 17**

### **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 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 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. 26, Pkt. 3 a), b), e) und f) 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.

## Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

### Artikel 18

#### 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 19

#### 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.

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

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. 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 den 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 (Tauchen mit Mischgas, Eistauchen, Haitauchen ohne Schuttkäfig, „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 an **Fahrtveranstaltungen** einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten beteiligt, 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,--                     |
- 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 versicherten Person **vor Vollendung des 15. Lebensjahres** bei der Ausübung der in Pkt. 1.7. – 1.9. angeführten Aktivitäten bzw. Sportarten.

## Artikel 20

### 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.  
Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
3. Organisch bedingte **Störungen des Nervensystems**, sind versichert wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.  
Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (z.B. **Psychosen, Neurosen**), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

## Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

### Artikel 21

### 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 Polizze 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 (siehe Anhang).
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 [www.generali.at](http://www.generali.at) 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 Arbeitsamtes 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 22

### Was ist bei einem Premium – Unfallschutz für Kinder zu beachten?

Für einen als **Premium – Unfallschutz für Kinder** abgeschlossenen Vertrag gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **18. Lebensjahr** vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende Person um 50%.

Durch Umstellung auf die Prämie für Jugendliche können Sie die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizza mit den Prämien für Jugendliche. Sie können innerhalb eines Monats ab Erhalt des Dokuments der Vertragsänderung widersprechen. Der Vertrag wird in diesem Fall mit unveränderten Prämien und reduzierten Versicherungssummen fortgesetzt.

## Artikel 23

### Was ist bei einem Premium – Unfallschutz für Jugendliche zu beachten?

Für einen **Premium – Unfallschutz für Jugendliche** gelten die vereinbarten Versicherungssummen bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person das **22. Lebensjahr** vollendet hat.

Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende Person um 30%.

Durch Umstellung auf die Prämie für Erwachsene können Sie die Beibehaltung der Versicherungssummen bewirken.

Zu diesem Zweck erstellen wir für Sie eine Neufassung der Polizza mit den Prämien für Erwachsene. Sie können innerhalb eines Monats ab Erhalt des Dokuments der Vertragsänderung widersprechen. Der Vertrag wird in diesem Fall mit unveränderten Prämien und reduzierten Versicherungssummen fortgesetzt.

## Artikel 24

### 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 Gefahrerhöhung. Wir werden Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienenerhöhung 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. 28, Pkt. 2) 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 (Gefahrerhöhung) Anwendung.

## Artikel 25

### 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, ist von Ihnen oder der versicherten 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 ist von Ihnen oder der versicherten Person wahrheitsgemäß auszufüllen und uns unverzüglich zurückzusenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
  - f) Werden Ärzte von uns beauftragt, hat sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen zu lassen.
  - g) Ist 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. 3, a) – h) 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.

## **Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen**

### **Artikel 26**

#### **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 Polizze 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 27**

#### **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. 16);
  - nach Zustellung der Entscheidung des Schiedsgutachters (Art. 17);
  - 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 28

### 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. 25) verantwortlich.

## Artikel 29

### 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 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 (siehe Anhang) – 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.

## Anhang:

### Leistungsart „Unfallkapital“ – Leistungsbeträge für alle Invaliditätsgrade

Aus der nachstehenden Tabelle können Sie für jeden Invaliditätsgrad die Leistungsbeträge ersehen, die sich aufgrund der gewählten Versicherungssummen errechnen.

DI-Grad	Unfallkapital 10-fach		Unfallkapital 8-fach		Unfallkapital 7-fach		Unfallkapital Individuell (frei gewählte Vers.Summen)	
	Vers. Summe	Leistung	Ver.Summe	Leistung	Ver.Summe	Leistung	Ver.Summe	Leistung
1%	100.000	1.000	100.000	1.000	100.000	1.000	100.000	1.000
2%	100.000	2.000	100.000	2.000	100.000	2.000	100.000	2.000
3%	100.000	3.000	100.000	3.000	100.000	3.000	100.000	3.000
4%	100.000	4.000	100.000	4.000	100.000	4.000	100.000	4.000
5%	100.000	5.000	100.000	5.000	100.000	5.000	100.000	5.000
6%	100.000	6.000	100.000	6.000	100.000	6.000	100.000	6.000
7%	100.000	7.000	100.000	7.000	100.000	7.000	100.000	7.000
8%	100.000	8.000	100.000	8.000	100.000	8.000	100.000	8.000
9%	100.000	9.000	100.000	9.000	100.000	9.000	100.000	9.000
10%	100.000	10.000	100.000	10.000	100.000	10.000	200.000	20.000
11%	100.000	11.000	100.000	11.000	100.000	11.000	200.000	22.000
12%	100.000	12.000	100.000	12.000	100.000	12.000	200.000	24.000
13%	100.000	13.000	100.000	13.000	100.000	13.000	200.000	26.000
14%	100.000	14.000	100.000	14.000	100.000	14.000	200.000	28.000
15%	100.000	15.000	100.000	15.000	100.000	15.000	200.000	30.000
16%	100.000	16.000	100.000	16.000	100.000	16.000	200.000	32.000
17%	100.000	17.000	100.000	17.000	100.000	17.000	200.000	34.000
18%	100.000	18.000	100.000	18.000	100.000	18.000	200.000	36.000
19%	100.000	19.000	100.000	19.000	100.000	19.000	200.000	38.000
20%	200.000	40.000	200.000	40.000	150.000	30.000	200.000	40.000
21%	200.000	42.000	200.000	42.000	150.000	31.500	200.000	42.000
22%	200.000	44.000	200.000	44.000	150.000	33.000	200.000	44.000
23%	200.000	46.000	200.000	46.000	150.000	34.500	200.000	46.000
24%	200.000	48.000	200.000	48.000	150.000	36.000	200.000	48.000
25%	200.000	50.000	200.000	50.000	150.000	37.500	200.000	50.000
26%	200.000	52.000	200.000	52.000	150.000	39.000	200.000	52.000
27%	200.000	54.000	200.000	54.000	150.000	40.500	200.000	54.000
28%	200.000	56.000	200.000	56.000	150.000	42.000	200.000	56.000
29%	200.000	58.000	200.000	58.000	150.000	43.500	200.000	58.000
30%	200.000	60.000	300.000	90.000	150.000	45.000	700.000	210.000
31%	200.000	62.000	300.000	93.000	150.000	46.500	700.000	217.000
32%	200.000	64.000	300.000	96.000	150.000	48.000	700.000	224.000
33%	200.000	66.000	300.000	99.000	150.000	49.500	700.000	231.000
34%	200.000	68.000	300.000	102.000	150.000	51.000	700.000	238.000
35%	200.000	70.000	300.000	105.000	150.000	52.500	700.000	245.000
36%	200.000	72.000	300.000	108.000	150.000	54.000	700.000	252.000
37%	200.000	74.000	300.000	111.000	150.000	55.500	700.000	259.000
38%	200.000	76.000	300.000	114.000	150.000	57.000	700.000	266.000
39%	200.000	78.000	300.000	117.000	150.000	58.500	700.000	273.000
40%	500.000	200.000	300.000	120.000	150.000	60.000	700.000	280.000
41%	500.000	205.000	300.000	123.000	150.000	61.500	700.000	287.000
42%	500.000	210.000	300.000	126.000	150.000	63.000	700.000	294.000
43%	500.000	215.000	300.000	129.000	150.000	64.500	700.000	301.000
44%	500.000	220.000	300.000	132.000	150.000	66.000	700.000	308.000
45%	500.000	225.000	300.000	135.000	150.000	67.500	700.000	315.000
46%	500.000	230.000	300.000	138.000	150.000	69.000	700.000	322.000
47%	500.000	235.000	300.000	141.000	150.000	70.500	700.000	329.000
48%	500.000	240.000	300.000	144.000	150.000	72.000	700.000	336.000
49%	500.000	245.000	300.000	147.000	150.000	73.500	700.000	343.000
50%	500.000	250.000	500.000	250.000	150.000	75.000	700.000	350.000

## Anhang:

### Leistungsart „Unfallkapital“ – Leistungsbeträge für alle Invaliditätsgrade

Aus der nachstehenden Tabelle können Sie für jeden Invaliditätsgrad die Leistungsbeträge ersehen, die sich aufgrund der gewählten Versicherungssummen errechnen.

DI-Grad	Unfallkapital 10-fach		Unfallkapital 8-fach		Unfallkapital 7-fach		Unfallkapital Individuell (frei gewählte Vers.Summen)	
	Vers. Summe	Leistung	Ver.Summe	Leistung	Ver.Summe	Leistung	Ver.Summe	Leistung
51%	500.000	255.000	500.000	255.000	150.000	76.500	700.000	357.000
52%	500.000	260.000	500.000	260.000	150.000	78.000	700.000	364.000
53%	500.000	265.000	500.000	265.000	150.000	79.500	700.000	371.000
54%	500.000	270.000	500.000	270.000	150.000	81.000	700.000	378.000
55%	500.000	275.000	500.000	275.000	150.000	82.500	700.000	385.000
56%	500.000	280.000	500.000	280.000	150.000	84.000	700.000	392.000
57%	500.000	285.000	500.000	285.000	150.000	85.500	700.000	399.000
58%	500.000	290.000	500.000	290.000	150.000	87.000	700.000	406.000
59%	500.000	295.000	500.000	295.000	150.000	88.500	700.000	413.000
60%	500.000	300.000	500.000	300.000	300.000	180.000	1.000.000	600.000
61%	500.000	305.000	500.000	305.000	300.000	183.000	1.000.000	610.000
62%	500.000	310.000	500.000	310.000	300.000	186.000	1.000.000	620.000
63%	500.000	315.000	500.000	315.000	300.000	189.000	1.000.000	630.000
64%	500.000	320.000	500.000	320.000	300.000	192.000	1.000.000	640.000
65%	500.000	325.000	500.000	325.000	300.000	195.000	1.000.000	650.000
66%	500.000	330.000	500.000	330.000	300.000	198.000	1.000.000	660.000
67%	500.000	335.000	500.000	335.000	300.000	201.000	1.000.000	670.000
68%	500.000	340.000	500.000	340.000	300.000	204.000	1.000.000	680.000
69%	500.000	345.000	500.000	345.000	300.000	207.000	1.000.000	690.000
70%	700.000	490.000	500.000	350.000	300.000	210.000	1.000.000	700.000
71%	700.000	497.000	500.000	355.000	300.000	213.000	1.000.000	710.000
72%	700.000	504.000	500.000	360.000	300.000	216.000	1.000.000	720.000
73%	700.000	511.000	500.000	365.000	300.000	219.000	1.000.000	730.000
74%	700.000	518.000	500.000	370.000	300.000	222.000	1.000.000	740.000
75%	700.000	525.000	500.000	375.000	300.000	225.000	1.000.000	750.000
76%	700.000	532.000	500.000	380.000	300.000	228.000	1.000.000	760.000
77%	700.000	539.000	500.000	385.000	300.000	231.000	1.000.000	770.000
78%	700.000	546.000	500.000	390.000	300.000	234.000	1.000.000	780.000
79%	700.000	553.000	500.000	395.000	300.000	237.000	1.000.000	790.000
80%	700.000	560.000	500.000	400.000	300.000	240.000	1.500.000	1.200.000
81%	700.000	567.000	500.000	405.000	300.000	243.000	1.500.000	1.215.000
82%	700.000	574.000	500.000	410.000	300.000	246.000	1.500.000	1.230.000
83%	700.000	581.000	500.000	415.000	300.000	249.000	1.500.000	1.245.000
84%	700.000	588.000	500.000	420.000	300.000	252.000	1.500.000	1.260.000
85%	700.000	595.000	500.000	425.000	300.000	255.000	1.500.000	1.275.000
86%	700.000	602.000	500.000	430.000	300.000	258.000	1.500.000	1.290.000
87%	700.000	609.000	500.000	435.000	300.000	261.000	1.500.000	1.305.000
88%	700.000	616.000	500.000	440.000	300.000	264.000	1.500.000	1.320.000
89%	700.000	623.000	500.000	445.000	300.000	267.000	1.500.000	1.335.000
90%	1.000.000	900.000	800.000	720.000	700.000	630.000	1.500.000	1.350.000
91%	1.000.000	910.000	800.000	728.000	700.000	637.000	1.500.000	1.365.000
92%	1.000.000	920.000	800.000	736.000	700.000	644.000	1.500.000	1.380.000
93%	1.000.000	930.000	800.000	744.000	700.000	651.000	1.500.000	1.395.000
94%	1.000.000	940.000	800.000	752.000	700.000	658.000	1.500.000	1.410.000
95%	1.000.000	950.000	800.000	760.000	700.000	665.000	1.500.000	1.425.000
96%	1.000.000	960.000	800.000	768.000	700.000	672.000	1.500.000	1.440.000
97%	1.000.000	970.000	800.000	776.000	700.000	679.000	1.500.000	1.455.000
98%	1.000.000	980.000	800.000	784.000	700.000	686.000	1.500.000	1.470.000
99%	1.000.000	990.000	800.000	792.000	700.000	693.000	1.500.000	1.485.000
100%	1.000.000	1.000.000	800.000	800.000	700.000	700.000	1.500.000	1.500.000



## 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	303
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

### Auszug aus wichtigen gesetzliche Bestimmungen zu den Rücktrittsrechten gemäß §§ 5b und 5c VersVG

#### § 5b VersVG:

- (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 §§ 9a und 18b VAG 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 VersVG:**

- (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 §§ 9a und 18b VAG sowie in den §§ 137f Abs. 7 und 8 und 137g in Verbindung mit § 137h GewO 1994 vorgesehenen Informationen und
  3. eine Belehrung über das Rücktrittsrechtzugegangen 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.

### **§ 9a VAG:**

- (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluss eines Direktversicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko vor Abgabe seiner Vertragserklärung schriftlich zu informieren über
  1. Name, Anschrift des Sitzes und Rechtsform des Versicherungsunternehmens, gegebenenfalls auch der Zweigniederlassung, über die der Versicherungsvertrag abgeschlossen wird,
  2. das auf den Vertrag anwendbare Recht oder, wenn das anwendbare Recht frei gewählt werden kann, das vom Versicherungsunternehmen vorgeschlagene Recht,
  3. Bezeichnung und Anschrift der für das Unternehmen zuständigen Aufsichtsbehörde oder sonstigen Stelle, an die den Versicherungsvertrag betreffende Beschwerden gerichtet werden können,
  4. die Laufzeit des Versicherungsvertrages,
  5. die Prämienzahlungsweise und die Prämienzahlungsdauer,
  6. die Umstände, unter denen der Versicherungsnehmer den Abschluss des Versicherungsvertrages widerrufen oder von diesem zurücktreten kann.

...

### **§ 18b VAG:**

- (1) Der Versicherungsnehmer ist bei Abschluss eines Versicherungsvertrages über ein im Inland belegenes Risiko vor Abgabe seiner Vertragserklärung zusätzlich zu den Informationspflichten gemäß § 9a schriftlich zu informieren über
  1. die Leistungen des Versicherers und die dem Versicherungsnehmer hinsichtlich dieser Leistungen zustehenden Wahlmöglichkeiten,
  2. die Voraussetzungen, unter denen der Versicherungsvertrag endet,
  3. die Grundsätze für die Berechnung der Gewinnbeteiligung,
  4. die Rückkaufswerte und die beitragsfreien Versicherungsleistungen,
  5. die Prämienanteile für die Hauptleistung und für Nebenleistungen,
  6. die Kapitalanlagefonds, an denen die Anteilsrechte bestehen, und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte in der fondsgebundenen Lebensversicherung,
  7. die Art der Kapitalanlage, den Bezugswert und die grundlegenden Faktoren, welche zur Berechnung der Versicherungsleistung herangezogen werden, in der indexgebundenen Lebensversicherung,
  8. die Art der Kapitalanlage, die vereinbarte Veranlagungsstrategie sowie die Voraussetzungen einer Änderung der Veranlagungsstrategie in der kapitalanlageorientierten Lebensversicherung,
  9. die für die Versicherung geltenden abgabenrechtlichen Vorschriften, wobei deutlich darauf hinzuweisen ist, dass die jeweilige abgabenrechtliche Behandlung von den persönlichen Verhältnissen des Kunden abhängt und künftigen Änderungen unterworfen sein kann,
  10. bestehende Sicherungssysteme und deren Zugangsmöglichkeiten.

...

### **§ 137f GewO**

- (7) Der Versicherungsvermittler ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass dem Versicherungskunden bei Abschluss jedes ersten Versicherungsvertrags und nötigenfalls bei Änderung oder Erneuerung des Vertrags folgende Informationen vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden gegeben werden:
  1. seinen Namen und seine Anschrift;
  2. in welches Register er eingetragen wurde und auf welche Weise sich die Eintragung überprüfen lässt;
  3. ob er eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH an den Stimmrechten oder am Kapital eines bestimmten Versicherungsunternehmens hält;

4. ob ein bestimmtes Versicherungsunternehmen oder dessen Mutterunternehmen an seinem Unternehmen eine direkte oder indirekte Beteiligung von über 10 vH der Stimmrechte oder am Kapital hält;
5. Angaben über Beschwerdemöglichkeiten betreffend die Versicherungsvermittlung
- (8) Bei einem Beratungsgespräch hat der Versicherungsvermittler entweder in der Form "Versicherungsagent" oder in der Form "Versicherungsmakler und Berater in Versicherungsangelegenheiten" tätig zu werden. Im Hinblick auf jeden einzelnen angebotenen Vertrag hat der Versicherungsvermittler vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden diesem mitzuteilen:
  1. ob er seinen Rat gemäß Absatz 9 auf eine ausgewogene Marktuntersuchung stützt, oder
  2. ob er vertraglich gebunden ist und entweder
    - a) verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte bezüglich des vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukts ausschließlich mit einem Versicherungsunternehmen zu tätigen.  
In diesem Fall teilt er dem Kunden auf Nachfrage auch die Namen allfälliger sonstiger Versicherungsunternehmen mit, an die er vertraglich gebunden ist, wobei der Kunde über dieses Recht zu informieren ist oder
    - b) zwar nicht verpflichtet ist, Versicherungsvermittlungsgeschäfte bezüglich des vertragsgegenständlichen Versicherungsprodukts ausschliesslich mit einem Versicherungsunternehmen zu tätigen, aber seinen Rat wegen seiner vertraglichen Bindungen nicht auf eine ausgewogene Marktuntersuchung (Z 1) stützt.  
In diesem Fall teilt er dem Kunden auch die Namen der Versicherungsunternehmen mit, mit denen er Versicherungsgeschäfte tätigen darf und auch tätigt.

...

### § 137g GewO

- (1) Der Versicherungsvermittler hat den Kunden, abgestimmt auf die Komplexität des angebotenen Versicherungsvertrags, entsprechend den Angaben, Wünschen und Bedürfnissen des Kunden zu beraten. Bei Abschluss eines Versicherungsvertrags hat der Versicherungsvermittler vor Abgabe der Vertragserklärung des Kunden, insbesondere anhand der vom Kunden gemachten Angaben, zumindest dessen Wünsche und Bedürfnisse sowie die Gründe für jeden diesem zu einem bestimmten Versicherungsprodukt erteilten Rat genau anzugeben.
- (2) Die Verpflichtungen gemäß Abs. 1 und gemäß § 137f Abs. 7 und 8 bestehen nicht bei der Vermittlung von Versicherungen für Großrisiken im Sinne von Artikel 5 Buchstabe d) der Richtlinie 73/239/EWG zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften betreffend die Aufnahme und Ausübung der Tätigkeit der Direktversicherung (mit Ausnahme der Lebensversicherung), ABl. Nr. L 228 vom 16. August 1973 S. 3 in der Fassung der Richtlinie 02/87/EG zur Änderung der Richtlinie 73/239/EWG über die Solvabilitätsspanne für Schadenversicherungsunternehmen, ABl. Nr. L 77 vom 20. März 2002 S. 17 und bei der Rückversicherungsvermittlung.

...

### § 137h GewO

- (1) Die den Kunden nach § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g zustehenden Auskünfte und Dokumentationen sind wie folgt zu geben:
  1. auf Papier oder auf einem anderen, dem Kunden zur Verfügung stehenden und zugänglichen dauerhaften Datenträger;
  2. in klarer, genauer und für den Kunden verständlicher Form;
  3. in deutscher oder in jeder anderen von den Parteien vereinbarten Sprache.
- (2) Abweichend von Abs. 1 Z 1 reicht eine mündliche Auskunftserteilung aus, wenn der Kunde dies von sich aus nachweislich wünscht oder wenn eine Sofortdeckung erforderlich ist. In diesen Fällen werden die Auskünfte in der nach Abs. 1 vorgeschriebenen Form unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags erteilt.
- (3) Handelt es sich um einen Telefonverkauf, so haben die vor dem Abschluss dem Kunden erteilten Auskünfte den Gemeinschaftsvorschriften über den Fernabsatz von Finanzdienstleistungen an Verbraucher zu entsprechen. Zusätzlich sind die in Abs. 1 genannten Auskünfte in der dort vorgeschriebenen Form unmittelbar nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu erteilen.
- (4) Der Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit kann nach Anhörung des für Angelegenheiten des Konsumentenschutzes zuständigen Bundesministers und des Bundesministers für Justiz durch Verordnung einen genauen Wortlaut für die Auskunftserteilung nach § 137f Abs. 7 und 8 und § 137g festlegen und Inhalt und Art und Weise der dem Kunden zu erteilenden Auskünfte regeln.

## **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 Leistungsumfanges aufweist.

### **§ 23**

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

### **§ 24**

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

### **§ 25**

- (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

### **§ 26**

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

### **§ 27**

- (1) Tritt nach dem Abschluß des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

- (2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

#### **§ 28**

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

#### **§ 29**

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

#### **§ 30**

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

#### **§ 38**

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

#### **§ 39**

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintrittes mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

#### **§ 39a**

Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 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.



