

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2024)

Inhaltsverzeichnis

Artikel 1 Begriffsbestimmungen	1
Artikel 2 Was und wer ist versichert?	2
Artikel 3 Wo und wann gilt die Versicherung?	2
Artikel 4 Was ist ein Unfall?	3
Artikel 5 Was ist nicht versichert? Was ist eingeschränkt versichert?	4
Artikel 6 Wofür wird keine Leistung erbracht? Wann wird die Leistung gekürzt?	7
Artikel 7 Wann sind unsere Leistungen fällig? Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“? Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?	7
Artikel 8 Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?	9
Artikel 9 Wann sind die Prämien zu bezahlen? Wofür werden Gebühren verrechnet? In welchen Fällen kann eine Prämienfreistellung vereinbart werden?	10
Artikel 10 Was ist bei einer Änderung des Hauptwohnsitzes, der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder der sportlichen Betätigung zu beachten?	11
Artikel 11 Was ist zur Wahrung des Versicherungsschutzes zu beachten? Welche Folgen hat eine Nichtbeachtung dieser Vorschriften?	12
Artikel 12 Was gilt als Versicherungsperiode? Wie lange dauert der Vertrag und wann verlängert er sich?	13
Artikel 13 Wann kann der Vertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?	14
Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)	15

Artikel 1 Begriffsbestimmungen

Soweit personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie alle Geschlechter gleichermaßen.

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

1. **Versicherungsnehmer** ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherungsunternehmen Generali Versicherung AG abschließt.
Für den Versicherungsnehmer wird die persönliche Anrede „Sie“ verwendet. Für die Generali Versicherung AG wird die Anrede „wir“ bzw. „uns“ verwendet. Sie und wir sind Vertragspartner der Unfallversicherung.
2. **Versicherte Person** ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.
3. **Anspruchsberechtigter (Bezugsberechtigter)** ist die Person, die für den Empfang einer Leistung genannt ist.
4. **Versicherungsfall** ist der Eintritt eines Unfalles (siehe Artikel 4 dieser Bedingungen).
5. **Prämie** ist das von Ihnen zu zahlende Entgelt für den Versicherungsschutz samt Versicherungssteuer.
6. Wenn in diesen Bedingungen die Abgabe einer Erklärung in **geschriebener Form** vereinbart ist, wird diesem Erfordernis durch Zugang eines Textes, aus dem die Person des Erklärenden

hervorgeht, entsprochen. Eine eigenhändige Unterschrift des Erklärenden ist nicht erforderlich. Wenn in diesen Bedingungen die Abgabe einer Erklärung in **Schriftform** vereinbart ist, ist die eigenhändige Unterschrift des Erklärenden auf dem Dokument erforderlich.

7. Die **Polizze** ist die Urkunde über den zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

Artikel 2

Was und wer ist versichert?

1. Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. In der Polizze ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.
2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie sowie jede versicherte Person einen Hauptwohnsitz in Österreich haben. Ein in Österreich gelegener Nebenwohnsitz ist nicht ausreichend.
Eine Verlegung des Hauptwohnsitzes ist uns unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen und nachzuweisen.
Ergibt sich durch die Hauptwohnsitzverlegung innerhalb Österreichs die Anwendbarkeit eines anderen Regionaltarifes, so sind wir berechtigt, eine Umstellung des Versicherungsvertrages auf den jeweils zur Anwendung kommenden Regionaltarif vorzunehmen (siehe Artikel 10 dieser Bedingungen).
Im Falle der Hauptwohnsitzverlegung ins Ausland sind wir berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats ab unserer Kenntnis von der Hauptwohnsitzverlegung ins Ausland ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Auch Sie sind berechtigt, innerhalb eines Monats ab der uns angezeigten und nachgewiesenen Hauptwohnsitzverlegung ins Ausland den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen.
3. Der für ein neugeborenes Kind beantragte Versicherungsschutz wird für die ersten 6 Lebensmonate prämienfrei geboten.
4. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.
Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen, das bedeutet, dass diesem die Versicherungsleistung zusteht. Die diesbezüglichen Vorschriften der §§ 75 -79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.
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.
5. 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 (siehe Artikel 11 dieser Bedingungen) verantwortlich.

Artikel 3

Wo und wann gilt die Versicherung?

Sofern in der Polizze nichts Abweichendes vereinbart ist, besteht Versicherungsschutz auf der ganzen Erde und es sind Unfälle versichert, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung für den Versicherungsschutz gelten die §§ 38, 39 und 39a VersVG.

Artikel 4

Was ist ein Unfall?

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

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

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

- 1.1. Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. **Herzinfarkt**), sind versichert, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist.
Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Gehirns entstanden sind (z.B. **Schlaganfall**, ischämischer Insult), sind versichert, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung oder einem Verschluss des betreffenden Blutgefäßes besteht und diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen verursacht worden sind.
- 1.2. **Bandscheibenhernien** jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden, und
 - diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen, sondern frische Verletzungen 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 Wirbelerkrankungen gekommen ist.
- 1.3. **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art sind versichert, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.
- 1.4. Unfreiwillig erlittene Gesundheitsschädigungen durch Ertrinken bzw. Ersticken unter Wasser sowie **tauchtypische Gesundheitsschädigungen** (Barotraumen (kompressionsbedingt und dekompensionsbedingt, auch Gasembolie), Dekompensionskrankheit) sind versichert, auch wenn kein Unfallereignis festgestellt werden kann.
2. 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 abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Artikel 6, Punkt 2 dieser Bedingungen Anwendung.
 - 2.2. Folgen des **Verschluckens von Gegenständen**;
 - 2.3. Folgen der **versehentlichen Einnahme** von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - 2.4. Unfälle, die durch einen **Herzinfarkt** oder **Schlaganfall** der versicherten Person herbeigeführt wurden.
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 aus den versicherten Leistungsarten „Unfalltod“ oder „Unfallkapital“ erbracht.
- Folgen des **Wundstarrkrampfes** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Artikel 4, Punkt 1 AUVB 2024 verursacht wurden.
- **Wundinfektionen** infolge einer Unfallverletzung

Artikel 5

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 oder als Fluggast von Drohnen;

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle der versicherten Person als **Pilot** und sonstiges Besatzungsmitglied bei Linienfluggesellschaften.

- 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 eine Bewusstseinsstörung durch **Alkoholisierung** verursacht wird – beim Führen von Kraftfahrzeugen zu Land, Wasser und in der Luft jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallszeitpunkt unter 1,3 Promille liegt. Beträgt der Blutalkoholgehalt zum Unfallszeitpunkt 2,5 Promille oder höher, reduzieren sich die Versicherungssummen um 50%.

Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die verursacht werden durch

- einen Herzinfarkt,
- einen Schlaganfall oder
- eine krankheitsbedingte Bewusstseinsstörung (z.B. Blutdruckschwankung, Blutzuckerschwankung, Ohnmachtsanfall).

- 1.6. bei **Heilmaßnahmen** oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen versicherten Unfall veranlasst waren.
- 1.7. bei einer **entgeltlich ausgeübten sportlichen Betätigung** und dem Training dafür. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält. Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person
 - als von der österreichischen **Sporthilfe** geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart,
 - bei Ausübung des **Fußballsports** in einer der beiden höchsten Spielklassen eines Verbandes,
 - bei Ausübung einer anderen **Mannschaftssportart** in der höchsten Spielklasse eines Verbandes,erleidet. Unfälle beim Training für eine der genannten Sportarten sind ebenfalls nicht versichert.
- 1.8. bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:
 - Bergsteigen bzw. Klettern mit außergewöhnlichem Risiko (Klettern ab Schwierigkeitsgrad 5 UIAA, Free-Solobegehungen (Klettern ohne Sicherung), Eisfallklettern);
 - Tauchgänge mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchgänge ab 40 Metern, Eistauchen, Tauchexpeditionen) außer als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz;
 - Bewerbe im Mountainbike (Downhill, Four Cross, Dirt Jump) einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten;
 - Teilnahme an Expeditionen;
 - Rekordversuche in den Bereichen Geschwindigkeit, Tauchen, Luftfahrt und Alpinistik;
 - als Mitglied eines Nationalkaders (inkl. Nachwuchskader) auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns bei der Ausübung dieser Sportart.
- 1.9. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges beteiligt
 - beim Fahren auf Rennstrecken oder Trainingsanlagen für Motorsport;
 - an **Fahrtveranstaltungen** einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.
2. Für Unfälle bei den unten angeführten Tätigkeiten wird **eingeschränkt Versicherungsschutz** geboten. Dabei gelten für in der Polizza versicherte Leistungsarten die nachstehenden Versicherungssummen als vereinbart – sofern keine niedrigeren Versicherungssummen vereinbart sind. Sind in der Polizza höhere Versicherungssummen (Maximalleistung) vereinbart, gilt der die unten angeführten Beträge übersteigende Teil als nicht vereinbart:
 - sofern Unfallkapital mit einer Leistung ab 1 Prozent dauernder Invalidität vereinbart ist, beträgt die Versicherungssumme für Unfallkapital für einen Grad der dauernden Invalidität von 1 bis 19 Prozent EUR 100.000,--
 - Unfallkapital EUR 350.000,-- (Maximalleistung)
 - Zusatzkapital EUR 100.000,--

– Unfallrente	EUR	500,--
– Unfalltod	EUR	50.000,--
– Taggeld	EUR	0,--
– Genesungsgeld	EUR	1.000,--
– Knochenbruch-Pauschale	EUR	100,--
– Spitalgeld	EUR	0,--
– Spitalgeld mit Betreuungsgeld nach Unfall	EUR	0,--
– Unfallassistance und Unfallkosten	EUR	3.000,--
– Bergung und Transport	EUR	3.000,--
– Behandlungskosten	EUR	1.000,--

Dieser eingeschränkte Versicherungsschutz besteht für Unfälle

2.1. der versicherten Person als **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.

2.2. der laut Polizze im Rahmen von „**Unfallversicherung AUVB 2024 für Kinder**“ versicherten Person bei der Ausübung der in Punkten 1.7. – 1.9. angeführten Aktivitäten bzw. Sportarten.

3. In Abweichung zu Artikel 5, Punkt 2.2 gelten für versicherte Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr, welche über eine Spielberechtigung beim ÖFB (Österreichischer Fußball-Bund) verfügen und bei einer Meisterschaft mitspielen bzw. ein Mitglied eines Bezirks- oder Landeskaders des ÖSV (Österreichischer Skiverband) im Bereich Schifahren oder Snowboarden sind, für Unfälle bei der vereinsmäßigen Ausübung der Sportarten Fußball, Schifahren und Snowboarden und dem Training dafür für in der Polizze angeführte Leistungsarten – sofern für diese keine niedrigeren Versicherungssummen festgelegt sind – die nachstehenden Versicherungssummen als vereinbart. Sind in der Polizze höhere Versicherungssummen angeführt, gilt der übersteigende Teil als nicht vereinbart:

- sofern Unfallkapital mit einer Leistung ab 1 Prozent dauernder Invalidität vereinbart ist, beträgt die Versicherungssumme für Unfallkapital für einen Grad der dauernden Invalidität von 1 bis 9 Prozent
- Knochenbruch-Pauschale
- Unfallassistance und Unfallkosten
- Bergung- und Transportkosten
- Behandlungskosten

EUR	25.000,--
EUR	500,--
EUR	2.500,--
EUR	10.000,--
EUR	2.500,--

Für andere in der Polizze angeführten Leistungsarten gelten die vereinbarten Versicherungssummen in voller Höhe. Die Ausschlüsse vom Versicherungsschutz gemäß Artikel 5, Punkt 1.7 und Punkt 1.8 AUVB 2024 gelten unverändert.

Bei versicherten Personen, welche vor Vollendung des 15. Lebensjahres im Rahmen dieser Bedingungen versichert worden sind, verzichten wir bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einmalig ausschließlich beim ersten Versicherungsfall auf die Anwendung der im gegenständlichen Artikel 5, Punkt 3 angeführten Versicherungssummen.

Artikel 6

Wofür wird keine Leistung erbracht?

Wann wird die Leistung gekürzt?

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

Sanktioniert bedeutet, dass der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Leistungsempfänger internationalen Handels-, Finanz- oder Wirtschaftssanktionen aufgrund folgender Regelungen unterliegt:

- Resolutionen der Vereinten Nationen und/oder
- Verordnungen und/oder Beschlüssen der Europäischen Union und/oder
- Gesetzen, Verordnungen oder Bescheiden von Organen der Republik Österreich und/oder
- rechtlichen Vorgaben der Vereinigten Staaten von Amerika und des Vereinigten Königreiches.

Solche internationalen Sanktionen sind insbesondere Embargos, das heißt das Verbot der Ein- oder Ausfuhr von Waren oder der Erbringung von (Finanz-)Dienstleistungen.

Werden gegen Sie oder gegen die versicherte Person Sanktionen im Sinne der vorstehenden Bestimmungen verhängt, können ab Kenntnis der Sanktion Sie den Versicherungsvertrag jederzeit und wir innerhalb von 3 Monaten kündigen.

Artikel 7

Wann sind unsere Leistungen fällig?

Was versteht man unter „Dauernder Invalidität“?

Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

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

4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies zu beachten:

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

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

4.2 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. Im ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die auf Lebenszeit dauernde Invalidität festgestellt sein.

Wird die dauernde Invalidität nicht innerhalb der genannten 15 Monate bei uns geltend gemacht, erlischt ein allfälliger Leistungsanspruch der versicherten Person. Sollten wir in einer Schadensmeldung bzw. der Vorlage von Befunden keine ausreichende Geltendmachung eines Anspruchs auf Leistung für dauernde Invalidität erblicken, werden wir Sie darauf gesondert in geschriebener Form hinweisen.

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

a.	Vollständiger Verlust eines Armes im oder oberhalb des Ellenbogengelenks	80%
	Vollständiger Verlust eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks anteilig von	70%
	Vollständige Funktionsunfähigkeit eines Armes inkl. Schultergelenk	70%
	Vollständiger Verlust eines Beines oberhalb des Kniegelenks	
	und/oder Verlust des Hüftgelenks	80%
	Vollständiger Verlust eines Beines unterhalb des Kniegelenks anteilig von	70%
	Vollständige Funktionsunfähigkeit eines Beines inkl. Hüftgelenk	70%
b.	Vollständiger Verlust oder vollständige Funktionsunfähigkeit	
	eines Daumens	20%
	eines Zeigefingers oder Mittelfingers	10%
	eines anderen Fingers	5%
	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 vollständig 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 vollständig 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 vollständig verloren war	50%
	der Stimme	30%
	des Magens	20%

- c. 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.
- 4.4 Bei **Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung** gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 4.5 Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.
- 4.6 War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.
- 4.7 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.
- 4.8 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.

Artikel 8

Was gilt bei Meinungsverschiedenheiten?

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein **Schiedsgutachter**, sofern
 - dies Sie bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und
 - diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn
 - sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht;
 - der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder
 - der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß Punkt 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 Artikel 11, Punkt 2 a), b), e) und f) dieser Bedingungen 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 Punkt 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 Punkt 2) tragen wir die Kosten des Schiedsgutachters.

Artikel 9

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 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.

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 in der Rubrik Unfallversicherung 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 bzw. des allfälligen weiteren Bezuges von Notstandshilfe, maximal für 12 Monate prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Arbeitslosengeldes bzw. der Notstandshilfe haben Sie durch eine Bestätigung des Arbeitsmarktservice (AMS) nachzuweisen.

4. Wenn Sie während der Vertragsdauer zum **Präsenzdienst oder Zivildienst** einberufen werden, wird der Versicherungsschutz für diesen Zeitraum prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, die Ableistung des Präsenz- bzw. Zivildienstes haben Sie entsprechend nachzuweisen.
5. Wenn Sie während der Vertragsdauer **Kinderbetreuungsgeld** beziehen, wird der Versicherungsschutz maximal für die Dauer von 12 Monaten prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, den Bezug des Kinderbetreuungsgeldes haben Sie durch eine Bestätigung des Sozialversicherungsträgers nachzuweisen.
6. Wenn Sie während der Vertragsdauer bei Altersumstellung von Unfallversicherung für Jugendliche auf Unfallversicherung für Erwachsene **Studierender** sind, wird der Versicherungsschutz maximal für die Dauer von 6 Monaten prämienfrei geboten. Die Prämienfreistellung muss von Ihnen beantragt werden, die Eigenschaft als Studierender haben Sie durch eine Studienbestätigung nachzuweisen.
7. 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 Fällen der Prämienfreistellung wird kein Taggeld gezahlt. Innerhalb einer Vertragsdauer von 10 Jahren werden Prämienfreistellungen für maximal 24 Monate geboten.
8. Sollten Sie während der Dauer eines laut Polizze als **Unfallversicherung für Kinder** 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 10

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

1. Veränderungen des im Antrag anzugebenden Hauptwohnsitzes, der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung der versicherten Person sind uns unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
2. Ergibt sich für **den geänderten Hauptwohnsitz, die geänderte 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 den neuen Hauptwohnsitz, die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer – dem höheren Risiko – angepassten Prämie. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.
Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unseres Änderungsvorschlags ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die von uns vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung. Wir werden Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienerrhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.
Tritt ein auf den neuen Hauptwohnsitz, 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 den neuen Hauptwohnsitz, 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 Vertragsdauer auf die erstmalige Änderung des im Antrag angegebenen Hauptwohnsitzes bzw. der im Antrag angegebenen Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung folgt.

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

Artikel 11

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:

- Nach einem Unfall, haben Sie oder die versicherte Person unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
- Sie oder die versicherte Person haben nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhalts beizutragen.
- Ein Unfall ist uns unverzüglich – spätestens innerhalb einer Woche – in geschriebener Form anzuzeigen.
- 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.
- Ein von uns übersandtes Unfallmeldeformular müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen.
- Ist auch Spitalgeld nach Unfall versichert oder besteht ein Anspruch auf Genesungsgeld so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

- h) Bei Ansprüchen auf Kostenersatz sind uns die aufgewendeten Kosten durch Originalbelege nachzuweisen. Die Belege gehen in unser Eigentum über.
3. Wird eine der in Punkt 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 Punkt 2 mit einem anderen als den in Punkt 3 beschriebenen Vorsatz oder grobfahrlässig verletzt, so sind wir insoweit von der Verpflichtung zur Leistung frei, als die Verletzung der Obliegenheit auf die Feststellung des Versicherungsfalles oder auf die Feststellung oder den Umfang der zu erbringenden Leistung einen Einfluss gehabt hat.

Artikel 12

Was gilt als Versicherungsperiode?

Wie lange dauert der Vertrag und wann verlängert er sich?

1. Versicherungsperiode

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

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

2. Vertragsdauer und Vertragsverlängerung

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

2.2 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 Punkt 1) unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist kündigen.

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

2.2.1 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 Punkt 2.2 und 2.3) zu informieren.

2.2.2 Sie haben ab Zugang dieser Verständigung (siehe den vorstehenden Punkt 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.

2.2.3 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.

- 2.3 Wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, können beide Vertragspartner den Versicherungsvertrag jeweils zum Ablauf eines Versicherungsjahres (siehe oben Punkt 1) unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist kündigen.

Artikel 13

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, wenn innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als ein Versicherungsfall eintritt und die Summe aus den Versicherungsleistungen das 2-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt.

2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in Punkt 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 (Artikel 7 dieser Bedingungen);
 - nach Zustellung der Entscheidung des Schiedsgutachters (Artikel 8 dieser Bedingungen);
 - 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.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

§ 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.

1. Such-/Rettungs- und Bergeaktionen

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

Wir leisten Kostenersatz im Falle von Berg- oder See-/Wassernot und nach Unfall/Unfalltod.

Wir ersetzen die Kosten eines Hubschraubereinsatzes nach einem Unfall

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

Bei einer Versicherungssumme für „Berge- und Transportkosten“ von mindestens EUR 10.000,– werden die Kosten eines Hubschraubereinsatzes in voller Höhe bezahlt.

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

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

2. Verletzentransport

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

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

3. Nottransport aus dem Ausland nach Österreich

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

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

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

Nach Unfalltod ersetzen wir die Kosten der Überführung – bei Organisation über unsere Notfallnummer in voller Höhe.

Hinweise zum Versicherungsschutz für „Berge- und Transportkosten“:

Voraussetzungen für den Kostenersatz

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

Wir ersetzen Kosten

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

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

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

Grundlage für den Kostenersatz

Die für „Berge- und Transportkosten“ vereinbarte Versicherungssumme steht einmal pro

Versicherungsfall zur Verfügung. Alle oben beschriebenen Kostenersätze werden – sofern nichts anderes bestimmt ist – bis zur Höhe der Versicherungssumme erbracht.

Verzicht auf Leistungskürzung

Bei Leistungen für Bergung und Transport wird Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2024 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/Gebrechen) nicht angewendet.

Wertsicherung des Kostenersatzes

Die Prämie und die Versicherungssumme für „Bergung und Transport“ sind wertgesichert.

Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung werden von uns laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrunde liegenden Rechnungsbeträge (rechnungsmäßiger Schaden) mit den zu erwartenden Rechnungsbeträgen (tatsächlich angefallener Schaden zuzüglich feststellbarer Kostenerhöhung bzw. Kostensenkung) verglichen.

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

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

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

Besondere Bedingung Behandlungskosten

UV000012

1. Heilbehandlungen zur Behebung der Unfallfolgen, die nach ärztlicher Verordnung notwendig sind:

Hierzu zählen auch

- a) physikalische Behandlungen (medizinische Rehabilitation)
 - b) erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie der Wiederbeschaffung bzw. Reparatur festsitzender, nicht abnehmbarer Zahnersätze und andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche, erstmalige Anschaffungen:
Kosten für Zahnersatz werden bis zu 30% (bei Personen, die laut Polizze im Rahmen von Unfallversicherung AUVB 2024 für Kinder versichert sind, bis zu 100%) der Versicherungssumme ersetzt.
2. **Leihgebühren** für Heilbehelfe (z.B. Krücken, Rollstuhl, etc.).
 3. **Kosmetische Operationen**
zur Behebung der Unfallfolgen – Kostenersatz bis zu EUR 10.000,--.
 4. **Kosten der Begleitperson im Krankenhaus**
für die Dauer der stationären Heilbehandlung eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

Hinweise zum Versicherungsschutz für „Behandlungskosten“:

Voraussetzungen für den Kostenersatz

Wir ersetzen nachgewiesene Kosten, die innerhalb von 4 Jahren (bei versicherten Personen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr innerhalb von 5 Jahren) vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Abweichend davon werden Kosten für Zahnersatz bei Personen, die laut Polizze im Rahmen von Unfallversicherung AUVB 2024 für Kinder versichert sind, bis zum vollendeten 19. Lebensjahres ersetzt.

Wir ersetzen Kosten

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

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

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

Grundlage für den Kostenersatz

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

Verzicht auf Leistungskürzung

Bei Kostenersatz bis zu 10% der Versicherungssumme für Behandlungskosten wird Artikel 6, Punkt 2 AUVB 2024 (Verminderung der Leistung aufgrund Mitwirkung von Krankheit/ Gebrechen) nicht angewendet.

Einschränkung des Kostenersatzes für Heilbehandlungen:

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

Wertsicherung des Kostenersatzes

Die Prämie und die Versicherungssumme für „Behandlungskosten“ sind wertgesichert.

Zur Festsetzung der erforderlichen Anpassung werden von uns laufend die der letzten Tarifikalkulation zugrunde liegenden Rechnungsbeträge (rechnungsmäßiger Schaden) mit den zu erwartenden Rechnungsbeträgen (tatsächlich angefallener Schaden zuzüglich feststellbarer Kostenerhöhung bzw. Kostensenkung) verglichen.

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

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

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

Besondere Bedingung**UVKU0282****Versicherungsschutz besteht für Unfälle während der bezeichneten Tätigkeiten oder Veranstaltungen ohne Wegunfälle**

Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle des in der Polizze bezeichneten Personenkreises während der in der Polizze bezeichneten Tätigkeiten oder Veranstaltungen.

Unfälle auf dem Wege von der Wohnung zur Tätigkeit oder umgekehrt sind in den Versicherungsschutz nicht eingeschlossen.

Besondere Bedingung

Zusatzbedingung für die Kollektivunfallversicherung

UVKU1515

1. Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag wird je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektivunfallversicherung

- ohne Namensangabe oder
- mit Namensangabe der versicherten Personen.

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1. Versicherungssummen

Vereinbart sind

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

2.2. Jahresbezug

2.2.1. Begriffsbestimmung

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

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

2.2.2. Jahresbezug als Versicherungssumme

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

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

2.3. Kumulrisiko

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

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

2.4. Erlöschen des Versicherungsschutzes

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

3. Kollektivunfallversicherung ohne Namensangabe

3.1. Versicherte Personen

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

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

3.2. Prämienregulierung

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

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

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

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

3.2.3. Einblicksrecht des Versicherers

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

4. Kollektivunfallversicherung mit Namensangabe

4.1. Versicherte Personen

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

4.2. An- und Abmeldung

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

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

5. Eingeschränkte Anwendung der AUVB 2024

Für die Kollektivunfallversicherung gelten folgende Bestimmungen der AUVB 2024 als nicht vereinbart:

- Artikel 5, Punkt 3;
- Artikel 9, Punkt 3 – 8 (Prämienfreistellungen);

- Artikel 10 (Was ist bei einer Änderung des Hauptwohnsitzes, der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung zu beachten?);
- Artikel 13, Punkt 4 (Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?)