

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB 2024)

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der „Versicherungsgesellschaft“ abschließt.

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

Anspruchsberechtigter (Begünstigter, Bezugsberechtigter) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Anzuwendendes Recht: Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht. Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG) zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes. Die vorliegenden Versicherungsbedingungen wurden durch Annahme des Antrages als Vertragsgrundlage vereinbart und entsprechen den gesetzlichen Vorschriften. Einige Bestimmungen des VersVG haben wir in den Text dieser Bedingungen aufgenommen und mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen gekennzeichnet.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1	Gegenstand der Versicherung
Artikel 2	Versicherungsfall
Artikel 3	Örtlicher Geltungsbereich
Artikel 4	Zeitlicher Geltungsbereich
Artikel 5	Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung
Artikel 6	Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7	Dauernde Invalidität
Artikel 8	Unfallrente
Artikel 9	Todesfall
Artikel 10	Taggeld
Artikel 11	Spitalgeld
Artikel 12	Unfallkosten, Kosten für ästhetische Operationen
Artikel 13	Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose
Artikel 14	Zusatzleistungen
Artikel 15	Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 16	Ausschlüsse
Artikel 17	Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 18	Prämie
Artikel 19	Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten
Artikel 20	Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 21	Versicherungsperiode, Vertragsdauer und Verlängerung; Ablaufkündigung
Artikel 22	Kündigung nach Versicherungsfall
Artikel 23	Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Artikel 24	Form der Erklärungen

ABSCHNITT A VERSICHERUNGSSCHUTZ

Artikel 1 Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, finden sich in Abschnitt B. In der Police ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Artikel 2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (siehe Art. 6, Begriff des Unfalles).

Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Artikel 5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 18 geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne sein 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 Begriff des Unfalles

- Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
- Als Unfall gelten** auch folgende Ereignisse:
Plötzliche Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Art. 17 Pkt. 2, sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
- Krankheiten** gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und durch Insektenbiss übertragene Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 13 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.
- Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet, sofern nicht ein Ausschlussstatbestand gem. Art. 16 Abs. 1 gegeben ist.
- Selbsttötung und Selbsttötungsversuch gelten nicht als Unfall.

ABSCHNITT B VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7 Dauernde Invalidität

- Voraussetzungen für die Leistung:
 - Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
 - Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und bei uns geltend gemacht worden. Aus dem ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen.
- Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 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, ist nach jenem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
- Art und Höhe der Leistung:
 - Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Anwendung des Invaliditätsgrades (ermittelt gemäß den Bestimmungen der Punkte 2.2 bis 7) und unter nachfolgender Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression.
 - Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeige- 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	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles	
bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles	
bereits verloren war	45 %
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 %

- 2.3. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad prozentuell vom ganzen Körper danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.
4. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 17.
5. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.
7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Die Fristwahrung ist dann gegeben, wenn die Neubemessung innerhalb dieser Frist durchgeführt wird.

Artikel 8 Unfallrente

Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gem. Art. 7 nach Anwendung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Art. 17 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente bezahlt.

Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Nachhinein. Die erste Unfallrente wird rückwirkend mit dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, fällig. Die Rentenzahlung endet, wenn die versicherte Person stirbt.

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.

Artikel 9 Todesfall

- Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
- Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität gemäß Artikel 7 aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.
- Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten, Begräbniskosten, maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten rückerstattet.

Artikel 10 Taggeld

- Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen (100%igen) Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- Für den die vollständige Arbeitsunfähigkeit überschreitenden Krankenstand wird für einen Zeitraum von maximal 60 Tage innerhalb

von 4 Jahren nach Ende der vollständigen Arbeitsunfähigkeit 50 % der vereinbarten Taggeldleistung erbracht.

- Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles nicht erwerbstätig, ist der Versicherungsschutz für Taggeld trotz Prämienzahlung nicht gegeben. Der Verlust einer dieser Taggeldvereinbarung zu Grunde liegenden Erwerbstätigkeit ist uns wie eine Änderung der Erwerbstätigkeit unverzüglich schriftlich mitzuteilen.
- Die Vereinbarung, dass eine Taggeldleistung erst ab einem bestimmten Tag nach dem Unfall einsetzen soll (Karenzfrist), ist auf der Polizze ersichtlich. Ist ein Leistungsaufschub (Karenzfrist) in der Polizze vereinbart, dann wird das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist erbracht.

Artikel 11 Spitalgeld

- Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital (siehe Punkt 2) befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werkspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
- Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 12 Unfallkosten, Kosten für ästhetische Operationen

Bis zur Höhe der hiefür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns derartige Kosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

Unfallkosten sind:

- Heilkosten,** sind Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch aufgewendete Kosten der nach ärztlicher Verordnung notwendigen Rehabilitation. Heilkosten sind auch die medizinisch und wirtschaftlich notwendigen Kosten
- die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des bodengebundenen Verletztentransportes zur Erstbehandlung, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und erstmaliger Herstellung eines – auch nur teilweisen – Zahnersatzes und/oder teilweiser Zahnsanierung sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Für versicherte Kinder tritt hinsichtlich der Kosten für die erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes an Stelle der im ersten Absatz angeführten Frist folgende Regelung: Die aufgewandten Kosten müssen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres aufgelaufen sein.
- Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes oder einer Zahnsanierung, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Befehle sind nicht versichert.
- Kosten für ästhetische Operationen** sind Kosten die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche einer versicherten Person derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer Operation, übernimmt der Versicherer die dafür aufgewandten Kosten für Arzthonorar, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Spital.

Nicht versichert sind:

Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, Rehabilitationszentren, privaten Sanatorien, sowie private Operations- und Ordinationskosten und Kosten der privaten Physiotherapie; Kosten für Behandlungen, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind (alternativmedizinische Behandlungen).

Artikel 13 Kinderlähmung; Frühsommer-Meningoencephalitis; Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung, der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und der durch Insektenbiss übertragenen Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn oder 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 Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit € 37.500,00 begrenzt. Dabei kommt eine allfällig vereinbarte progressive Leistungserhöhung nicht zur Anwendung.

Artikel 14 Zusatzleistung

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die unmittelbar durch die Erfüllung der in Art. 20 Pkt. 2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Fahrtkosten und Kosten nach Art. 20 Pkt. 2.4. sowie Kosten für Gutachten, die nicht von uns beauftragt wurden.

Artikel 15 Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

1. Die Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungen nötig sind.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht des Versicherers fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht verschuldet hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadenanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.
4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ sind überdies Artikel 7.1 sowie 7.5. bis 7.7 zu beachten.

ABSCHNITT C BEGRENZUNG DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 16 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. die die versicherte Person erleidet:
 - als verantwortlicher Pilot eines Luftfahrzeuges. Luftfahrzeuge sind Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen, gleichgültig, ob sie schwerer als Luft (zum Beispiel Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber und Fallschirme) oder leichter als Luft (zum Beispiel Luftschiffe und Freiballone) sind,
 - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
 - bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
 - als Pilot, Besatzung oder Passagier von ferngesteuerten Luftfahrzeugen,
 - als Pilot, Besatzung oder Passagier von Raumfahrzeugen.
2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben, Wertungsfahrten, Teilnahme an Rallyes und den jeweils dazugehörigen Trainingsfahrten, weiters bei jeglichem Fahren auf Rennstrecken und Motocross-Strecken, entstehen.
3. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. die sich bei der Ausübung besonders gefährlicher Sportarten ereignen, insbesondere Motocross, Klettern und Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad 6 (gem. UIAA-Skala), Klettersteige über Schwierigkeitsgrad D, Eisklettern, Tauchen tiefer als 40 m, Eis- und Höhlentauchen, Teilnahme an Expeditionen,
5. die sich bei der Ausübung als Berufssportler (Personen, die aus der Sportausübung ihr überwiegendes Einkommen erzielen) oder als von der österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler ereignen;
6. die bei der Benützung von Explosivkörpern, die gesetzlich verboten sind bzw. für die keine ausreichende behördliche Genehmigung vorliegt, bzw. die versicherte Person nicht zur Benützung gesetzlich oder behördlich berechtigt ist, entstehen;
7. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
8. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
 - Kriegsereignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung,
 - bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten,
 - Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen,
 - inneren Unruhen, Bürgerkrieg,
 - Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Rebellen, Aufrührer, Aufständischen daran teilgenommen hat.
9. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
 - atomaren, biologischen oder chemischen Waffen,

- Einwirkung von Kernenergie, oder
 - dem Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, sofern die Bestrahlung nicht durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst war.
10. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente; sowie durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, erleidet. Eine wesentliche Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol liegt vor, wenn ein Blutalkohol über 0,8 Promille zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles besteht. Eine Verweigerung des Alko-Tests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt;
 11. **Weiters nicht versichert sind:** Gesundheitsschäden die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person entstehen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Artikel 17 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Pkt. 2 und 3, Dauernde Invalidität, bemessen.
3. Haben Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingte Abnützungerscheinungen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, sind, entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Abnützungerscheinung, folgende Leistungen zu kürzen, sofern dieser Anteil mindestens 30 % beträgt:
 - im Falle von dauernder Invalidität (gemäß Art. 7 Pkt. 1.) der Invaliditätsgrad
 - bei Taggeld und Spitalgeld die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage,
 - bei den sonstigen Versicherungsleistungen lt. Abschnitt B (ausgenommen bei Leistungen für die Unfallrente gemäß Art. 8 oder für Verletztentransport gemäß Art 12) die LeistungDies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnützungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, 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. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert;
5. Für Gesundheitsschädigungen, die auf Grund einer Mangeldurchblutung des Gehirns (z.B.: Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mangeldurchblutung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.
6. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
7. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenem Krankheitserscheinungen handelt.
8. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

ABSCHNITT D PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 18 Prämie

1. Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: "Prämie") ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polize oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.
2. Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.

3. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG (siehe Anhang)

Artikel 19

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten

- 1 Anzeige gefahrerhöhender Änderung von Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung sowie Freizeitaktivität:
- 1.1 Veränderungen der dem Versicherer bekanntgegebenen Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung sowie Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen, wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrerhöhung im Sinne der §§ 23 oder 27 VersVG verbunden ist. Eine solche erhebliche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalls oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird.
Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
- 1.2 Ergibt sich für eine dem Versicherer bekanntgegebene neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der versicherten Person nach dem Tarif, der dem Vertrag zugrunde liegt;
- 1.2.1 eine niedrigere Prämie, so ist ab Zugang der Anzeige an den Versicherer nur diese zu bezahlen. Im Übrigen kommen in diesem Fall die Bestimmungen des § 41a VersVG zur Anwendung;
- 1.2.2 eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, in dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer dem höheren Risiko angepassten Prämie. Dazu hat der Versicherer unverzüglich nach Zugang der Anzeige oder sonst erfolgter Kenntniserlangung ein Änderungsangebot und für den Fall der Ablehnung desselben die Kündigung des Versicherungsvertrages in geschriebener Form zu übermitteln. Ein solches Angebot mit Prämienhöhung ist vom Versicherer zur Grundlegung des im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags geltenden Tarifs des Versicherers zu erstellen. Ein Angebot des Versicherers zur Änderung des Versicherungsvertrages gilt als abgelehnt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach seinem Zugang vom Versicherungsnehmer angenommen wird. Bei Ablehnung des Änderungsangebots gilt der Versicherungsvertrag als vom Versicherer gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag einen Monat nach Ablauf der Monatsfrist zur Annahme des Änderungsangebots. Im Änderungsangebot hat der Versicherer auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hinzuweisen;
- 1.2.3 dass die Übernahme der höheren Gefahr nach den im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht möglich ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der höheren Gefahr kündigen. Diese Kündigung muss in geschriebener Form und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat erfolgen.

Artikel 20 Obliegenheiten

1. **Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles**
Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 1 und 2 VersVG (siehe Anlage), bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
2. **Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles**
Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Anlage), bewirkt, werden bestimmt:
- 2.1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form, sofern nicht die Schriftform vereinbart ist, anzuzeigen. Zur Erklärung in geschriebener Form und Schriftform siehe Art. 24.
- 2.2. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
- 2.3. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
- 2.4. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen und nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
- 2.5. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.6. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 11, Pkt. 2, Spitalgeld) eingewiesen ist, nach der

- Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- 2.7. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns die Originalbelege zu überlassen.
- 2.8. Die versicherte Person ist als Lenker eines Kraftfahrzeuges verpflichtet, im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften ihre Atemluft auf Alkohol untersuchen, sich einem Arzt vorführen, sich untersuchen oder Blut abnehmen zu lassen; weiters, sich gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen bezüglich Suchtgiften, Drogen oder Medikamenten zu unterziehen.

ABSCHNITT E SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 21

Versicherungsperiode, Vertragsdauer und Verlängerung; Ablaufkündigung

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.
Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr.
Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizze ausgewiesene Versicherungsdauer endet.
2. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.
3. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.
- 3.1. Die Vertragsdauer verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens drei Monate vor Ablauf gekündigt wird (Ablaufkündigung).
Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragsdauer unter Beachtung der genannten dreimonatigen Kündigungsfrist zur Verfügung.
- 3.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens 6 Monate, spätestens aber 4 Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber informieren und besonders hinweisen wird,
- 3.2.1. dass sich der Vertrag automatisch um ein Jahr verlängert, wenn der Versicherungsnehmer ihn nicht kündigt,
- 3.2.2. dass es zur Verhinderung dieser Vertragsverlängerung notwendig ist, dass der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigt, und zwar durch eine Erklärung an den Versicherer, dass er den Vertrag kündigt,
- 3.2.3. dass die Frist zur Kündigung für diese Kündigung offen ist und spätestens 3 Monate vor Ablauf endet, und
- 3.2.4. welche Rechtsfolgen die Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie die Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung haben.
- 3.3. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 3. und 0.

Artikel 22 Kündigung nach Versicherungsfall

1. Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn
- 1.1. innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als ein Versicherungsfall eintritt und die Summe aus den Versicherungsleistungen das 10-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem die 10-fache Jahresprämie durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist; oder
- 1.2. ein Versicherungsfall eintritt, zu dem der Versicherer eine Versicherungsleistung anerkannt hat, die das 10-fache der Jahresprämie jener Versicherungsperiode erreicht, in der der Versicherungsfall eingetreten ist. Die Kündigung hat binnen eines Monats nach Anerkenntnis der Versicherungsleistung zu erfolgen.
- 1.3. eine Versicherungsleistung wegen eines arglistig erhobenen Anspruchs abgelehnt wird.
2. Der Versicherungsnehmer kann den Versicherungsvertrag kündigen
- 2.1. wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung schuldhaft verzögert;
- 2.2. nach Anerkennung dem Grunde nach und nach erbrachter Versicherungsleistung;
- 2.3. nach Entscheidung des Schiedsgutachters und nach Rechtskraft eines Gerichtsurteils über einen Deckungsanspruch aus diesem Vertrag.
- Der Versicherungsnehmer kann per sofort, jedoch nicht für einen späteren Zeitpunkt als zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.
3. Bei Kündigung des Versicherungsvertrages steht dem Versicherer die anteilige Prämie bis zur Wirksamkeit der Vertragsauflösung zu.

Artikel 23

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

- Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer 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. Die Vorschriften der §§ 74 bis 80 VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.
Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von dem Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, 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 der Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann der Versicherungsnehmer den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

- Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
- Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 24

Form der Erklärung

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder – sofern vereinbart – elektronische Kommunikation gem. § 5a VersVG). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 Abs. 1 SVG (siehe Anlage) zugehen muss.

A N H A N G

A. Versicherungsvertragsgesetz:

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 idF. BGBl. I Nr. 70/2022).

§ 6 (1) Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.

(1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluss auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zwecke der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber – unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a – zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

(4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

(5) Der Versicherer kann aus einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11 a (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verarbeiten, soweit dies

- zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder
- zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
- zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Verarbeitung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.

(2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:

- durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
- anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder

- durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen (Art 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 4. 5. 2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 314 vom 22. 11. 2016 S. 72) oder
- zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat; oder
- durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 der Verordnung (EU) 2016/679 zu.

§ 12 (1) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.

(2) Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

(3) Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolgen abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 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 allgemeine 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 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.

§ 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 Versicherungsvertrages 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 Abschluss des Versicherungsvertrages 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 Versicherungsfalles 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 seine Schuld 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 und Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39 (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen: zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die

Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH der Jahresprämie, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.

§ 67 (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Schadenersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

(2) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

§ 74 (1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer abschließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung).

(2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, dass der Vertragschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

§ 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 der Konkurs eröffnet ist, der Konkursmasse 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.

§ 80 (1) Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.

(2) Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, dass unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.

Signatur- und Vertrauensdienstegesetz

(SVG BGBl. I Nr. 50/2016 idF BGBl. I Nr. 104/2018)

§ 4. (1) Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesondere solche, die die Beziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.

B. Konsumentenschutzgesetz

Auszug KSchG BGBl 1979/140 i.d.F. BGBl. I Nr. 109/2022

§ 14 (1) Hat der Verbraucher im Inland seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder ist er im Inland beschäftigt, so kann für eine Klage gegen ihn nach den §§ 88, 89, 93 Abs. 2 und 104 Abs. 1 JN nur die Zuständigkeit eines Gerichtes begründet werden, in dessen Sprengel der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung liegt; dies gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten, die bereits entstanden sind.

§ 14 (2) Das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit sowie der örtlichen Zuständigkeit des Gerichts ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Heilung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der örtlichen oder sachlichen Zuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.

§ 14 (3) Eine Vereinbarung, mit der für eine Klage des Verbrauchers gegen den Unternehmer ein nach dem Gesetz gegebener Gerichtsstand ausgeschlossen wird, ist dem Verbraucher gegenüber rechtsunwirksam.

§14 (4) Die Abs. 1 bis 3 sind insoweit zur Gänze oder zum Teil nicht anzuwenden, als nach Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anderes bestimmt ist.

BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE KOLLEKTIV-UNFALLVERSICHERUNG

Die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB) finden insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

(1) Versicherungsformen

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

- ohne Namensangabe oder
- mit Namensangabe der Versicherten.

(2) Gemeinsame Bestimmungen

- 2.1 Versicherungssummen
Vereinbart sind fixe Versicherungssummen.

2.2 Fluggastrisiko
Benützen mehrere durch vorliegenden Versicherungsvertrag Versicherte dasselbe Flugzeug, so gilt für das Fluggastrisiko (Art. 6, Pkt. 5 AUVB) ein Betrag von € 2.200.000,00 als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche dieser Versicherten den Betrag von € 2.200.000,00, so wird die Leistung für jeden einzelnen Versicherten im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

2.3 Erlöschen des Versicherungsschutzes

Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für den einzelnen Versicherten mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.

(3) Kollektiv-Unfallversicherung ohne Namensangabe

3.1 Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Art. 17 AUVB versicherbar, sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der Versicherten hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit des Betroffenen zum versicherten Personenkreis entsteht.

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 jenes 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 zuviel gezahlten Betrag rückzuerstatten.

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 maßgebende Unterlagen zu gewähren.

(4) Kollektiv-Unfallversicherung mit Namensangabe

4.1 Versicherte Personen

Versichert, soweit gemäß Art. 17 AUVB versicherbar, sind alle Personen, die dem Versicherer mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekannt gegeben 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 dem Versicherer abzumelden.

BB999 Besondere Bedingungen zur Kinder und Schüler-Unfallversicherung 2024

1. Dauernde Invalidität: Vereinbarungsgemäß wird eine Versicherungsleistung erst erbracht, wenn der Invaliditätsgrad gemäß Artikel 7, Punkt 2 und 3 AUVB 2015 20% übersteigt. Für Invaliditätsgrade bis 20% entfällt die Versicherungsleistung.
2. Abweichend von Artikel 7, Punkt 5 AUVB 2015, wird für die 50% übersteigenden Invaliditätsgrade folgende Leistung erbracht:
 - für Invaliditätsgrade zwischen 51% und 75% wird die Gesamtleistung um 50% erhöht,
 - für Invaliditätsgrade zwischen 76% und 100% wird die Gesamtleistung um 100% erhöhtDie Leistung von Invalidität erhöht demnach (in %)

von	auf	von	auf	von	auf
51	76,5	68	102,0	85	170,0
52	78,0	69	103,5	86	172,0
53	79,5	70	105,0	87	174,0
54	81,0	71	106,5	88	176,0
55	82,5	72	108,0	89	178,0
56	84,0	73	109,5	90	180,0
57	85,5	74	111,0	91	182,0
58	87,0	75	112,5	92	184,0
59	88,5	76	115,0	93	186,0
60	90,0	77	117,5	94	188,0
61	91,5	78	120,0	95	190,0
62	93,0	79	122,5	96	192,0
63	94,5	80	125,0	97	194,0
64	96,0	81	127,5	98	196,0
65	97,5	82	130,0	99	198,0
66	99,0	83	132,5	100	200,0
67	100,5	84	135,0		

3. Such-, Rettungs-, Bergungs- sowie Transport/Rücktransportkosten sind Kosten für Such-, Rettungs- und Bergungsaktionen auch bei einem drohenden oder den Umständen nach zu vermutenden Unfall, sowie Kosten eines aus medizinischen Gründen notwendigen und ärztlich verordneten Transportes in das nächste Krankenhaus, eines Verlegungstransportes und Rücktransportes an den ordentlichen Wohnsitz oder - sofern wegen der Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb des Wohnsitzlandes. Derartige Kosten werden bis zur Höhe von insgesamt € 5.000,00 unter der Voraussetzung übernommen, dass sie innerhalb eines Jahres ab dem Unfalltag an gerechnet entstehen und von keinem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.
4. Kosten für medizinische Soforthilfe sind Kosten, die für die medizinische Versorgung des Verletzten nach dem Unfall aufgewendet wurden und die nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen oder eines Zahnersatzes (gegen Vorlage der Honorarnote über die innerhalb eines Jahres durchgeführte Behandlung) sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Kosten eines Privatarztes oder einer Privatklinik, welche keinen Kassenvertrag mit der Krankenkasse der versicherten Person haben, werden nur ersetzt, wenn die aufgrund einer ärztlichen Verordnung durchgeführte Behandlung ausschließlich durch sie erfolgen kann. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt. Zusätzlich werden in Abänderung des Art. 12 Pkt. auch Kosten der privaten Physiotherapie sowie Kosten für Behandlungen, die von der Schulmedizin nicht überwiegend anerkannt sind (alternativmedizinische Behandlungen) übernommen. Derartige Kosten werden bis zur Höhe von insgesamt € 700,00 unter der Voraussetzung übernommen, dass sie innerhalb eines Jahres ab dem Unfalltag angerechnet anfallen und von keinem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.
5. Nach einem Unfall übernehmen wir die Kosten für

- 5.1 den Verletzten- oder Heimtransport des verunfallten Kindes und zwar auch dann, wenn keine ärztliche Verordnung vorliegt und/oder dieser Transport privat organisiert und durchgeführt wird. Weiters Fahrtkosten zum Besuch des verunfallten Kindes im Krankenhaus bei einem Krankenhausaufenthalt ab drei Tage. Bei Fahrten mit dem privaten PKW wird das amtliche Kilometergeld vergütet. Kostenersatz insgesamt je Unfall bis € 600,00.
- 5.2 den Besuch des verunfallten Kindes im Krankenhaus bei einem Krankenhausaufenthalt ab drei Tage
- Übernachtungskosten für eine nahestehende Person, für maximal 4 Nächte bis € 60,00 pro Nacht.
- 5.3 notwendige Umbauten eines Autos. Bleibt als Unfallfolge eine dauernde Invalidität von 51% oder mehr, so ersetzen wir den erstmaligen, behinderten gerechten Umbau eines Autos, sofern der Umbau innerhalb von 10 Jahren ab dem Tag des Unfalles erfolgt. Kostenersatz bis € 20.000,00.
- 5.4 einen ununterbrochenen stationären Aufenthalt ab dem 10. Tag in Form von Genesungsgeld in der Höhe von einmalig € 500,00

U5800 / Seite 1/7