

ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB)**Vorbemerkungen**

1. Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Versicherungsgesellschaft abschließt.
2. Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigung infolge eines Unfalles versichert ist.
3. Bezugsberechtigt im Versicherungsfall ist die jeweilige versicherte Person, im Falle des Todes durch Unfall die gesetzlichen Erben, sofern keine abweichende Regelung getroffen wurde.
4. Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.
5. Anzuwendendes Recht:
Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht. Neben anderen Gesetzen enthält insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) in der jeweils geltenden Fassung zahlreiche Regelungen, die für den Versicherungsvertrag maßgeblich sind. Diese Bestimmungen gelten unmittelbar kraft Gesetzes. Die vorliegenden Versicherungsbedingungen wurden durch Annahme des Antrags als Vertragsgrundlage vereinbart und entsprechen den gesetzlichen Vorschriften.
6. Einige Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) haben wir in den Text dieser Bedingungen aufgenommen und mit Hinweis auf den betreffenden Paragraphen gekennzeichnet.

Vorbemerkungen

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

Artikel 13 Knochenbruch

Artikel 14 Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

Artikel 15 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten
(Ärztekommission)**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 Sport-/Freizeitaktivitäten;

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 20 Versicherungsperiode, Vertragsdauer

Artikel 21 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

Artikel 22 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

Artikel 23 Form der Erklärungen

Anhang

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ**Artikel 1****Gegenstand der Versicherung**

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt.

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

Artikel 2**Versicherungsfall**

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

Artikel 3**Örtlicher Geltungsbereich**

Versicherungsschutz besteht weltweit und rund um die Uhr.

Artikel 4**Zeitlicher Geltungsbereich**

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

Artikel 5**Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung**

1. Beginn des Versicherungsschutzes

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

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen 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 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizza beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Polizza, jedenfalls und spätestens mit Ablauf der vereinbarten Befristung.

Wir sind berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Uns steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Artikel 6**Begriff des Unfalles**

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

Fragen zu Vertrag, Schaden, Zahlung?

TIROLER Kundenservice

Tel. 050 30 8000

service@tiroler.at

Bitte beachten Sie unsere Datenschutzinformationen unter www.tiroler.at/Datenschutz

TIROLER VERSICHERUNG V.a.G.

Wilhelm-Greil-Straße 10

A-6020 Innsbruck

Tel. 0512-5313-0

Fax 0512 5313-1299

mail@tiroler.at | www.tiroler.at

- 1.1 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur **Rettung von Menschenleben** oder **Sachen** erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.
- 1.2 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.
- 1.3 Gesundheitsschädigungen durch **Ertrinken** oder **Ersticken** unter Wasser sowie **tauchtypische Gesundheitsschädigungen** sind versichert.
- 1.4 Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel-durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. **Herzinfarkt**), wird 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.
Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel-durchblutung des Gehirns entstanden sind (z.B. **Schlaganfall**, ischämischer Insult), wird eine Leistung erbracht, 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 ist.
- 1.5 Für **Bandscheibenhernien** jeder Art wird eine Leistung erbracht, wenn sie durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf die Wirbelsäule verursacht worden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
- 1.6 Für **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art wird eine Leistung erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
- 2.1 **Verbrennungen, Verbrühungen**, Einwirkungen von **Blitzschlag** oder **elektrischem Strom**
- 2.2 Unfälle durch den Einfluss **ionisierender Strahlen** im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes
- 2.2 **Verrenkungen** von Gliedern sowie **Zerrungen** und **Zerreißen** von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen jeweils infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
Hinsichtlich abnutzungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Artikel 17, Punkt 2, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
- 2.3 **Erfrieren und Erfrierungen**
- 2.4 Gesundheitsschädigung infolge **unabsichtlicher Einnahme** von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe, Arzneimittel oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung).
- 2.5 Gesundheitsschädigung infolge **Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen** bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr.
3. **Krankheiten** gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten und allergische Reaktionen auch nicht als Unfallfolgen.
Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch auf:
- 3.1 Folgen der **Kinderlähmung** und die durch Zeckenbiss übertragene **Frühsommer-Meningoencephalitis**, 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 oder Frühsommer-Meningoencephalitis 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 € 15.000,- begrenzt.

- 3.2 **HIV-Infektion** als Folge einer Behandlung nach einem versicherten Unfallereignis
- 3.3 **Tierbisse**
- 3.4 Folgen des **Wundstarrkrampfes, Wundinfektionen** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1 - Was ist ein Unfall - verursacht wurden.
4. **Nicht als Versicherungsfall** gelten andere **Infektionskrankheiten**, wenn sie
- durch Insektenstiche oder -bisse oder
 - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
- verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Folgende Versicherungsleistungen gelten nur, wenn sie in der Police vereinbart und dokumentiert sind.

Artikel 7

Dauernde Invalidität

1. **Voraussetzungen für die Leistung:**
Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
Die Invalidität muss bei sonstigem Anspruchsverlust
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und
 - innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und bei uns geltend gemacht werden. Aus dem ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen.
- 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.
2. **Art und Höhe der Leistung:**
- 2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.
- 2.2 Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, die folgenden Invaliditätsgrade:
- | | |
|---|-------|
| eines Armes | 70 % |
| eines Daumens | 20 % |
| eines Zeigefingers | 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 | 35 % |
| sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war | 65 % |
| des Gehörs beider Ohren | 60 % |
| des Gehörs eines Ohres | 15 % |

- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war
- | | |
|----------------------|------|
| des Geruchssinnes | 45 % |
| des Geschmackssinnes | 10 % |
| der Milz | 5 % |
| der Niere | 10 % |
| der Niere | 20 % |
- Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Artikel 7, Punkt 3, Dauernde Invalidität, anzuwenden.
- | | |
|----------------------------------|-----|
| der Stimme | 30% |
| des Magens | 20% |
| der männlichen Geschlechtsorgane | 30% |
| der weiblichen Brust (je Seite) | 15% |
- 2.3 Bei **Teilverlust** oder **Funktionsbeeinträchtigung** gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
3. 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. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
4. 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.
5. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.
6. 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.
7. **Kein Anspruch** auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
8. **Soforthilfe bei Schwerverletzungen**
Wir zahlen nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Soforthilfe bis zum Höchstausmaß von 2 % der vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Invalidität in Form einer Vorauszahlung auf die Versicherungsleistung für das betreffende Unfallereignis für dauernde Invalidität, wenn die versicherte Person unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erleidet und nicht innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall verstirbt:
- 8.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- 8.2 Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand;
- 8.3 Schädel-Hirn-Verletzungen nach zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung;
- 8.4 Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma: Entweder Frakturen von zwei langen Röhrenknochen an zwei verschiedenen Gliedmaßabschnitten (Ober-/Unterarm, Ober-/Unterschenkel) oder gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen; Oder eine Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
- Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen;
 - Fraktur des Beckens;
 - Fraktur der Wirbelsäule;
 - Gewebezerstörende Schäden an einem inneren Organ;
- 8.5 Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als

- 30 % der Körperoberfläche;
- 8.6 Erblindung auf beiden Augen.
Im Falle, dass nach der Feststellung des Invaliditätsgrades von uns keine Leistung oder eine geringere Leistung als die erbrachte Leistung für die Soforthilfe zu erbringen ist, verzichten wir auf die Rückzahlung der zu viel bezahlten Soforthilfe.
9. **Unfallbedingte kosmetische Operationen**
Kosten für kosmetische Operationen, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person im Gesicht und am Hals, an den Ohren und an den Gliedmaßen derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist, werden zusätzlich zur Invaliditätsleistung vergütet. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer kosmetischen Operation, übernimmt der Versicherer die dafür aufgewendeten Kosten für Arzthonorare, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus. Der Kostenersatz ist mit 10% der für Dauerinvalidität vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

Artikel 8 Unfallrente

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente bezahlt.
2. 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.
3. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.
4. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden nicht zusammengerechnet. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfallkausale Invaliditätsgrad gesunken ist, besteht ab dem Tag dieser Feststellung Anspruch auf den jeweils niedrigeren Rentenbetrag bzw. erlischt der Anspruch auf die Rente. Bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Rentenzahlungen werden von uns nicht zurückverlangt

Artikel 9 Todesfall

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die Todesfallleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.
3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten ersetzt.
4. Im Todesfall werden zusätzlich die Kosten ersetzt, die anlässlich der Anreise von nahen Verwandten aus dem Ausland zum Begräbnis der versicherten Person anfallen. Der Kostenersatz ist mit 10 % der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Als nahe Verwandte gelten die Eltern, die Großeltern, die Kinder sowie die Geschwister der versicherten Person.

Artikel 10 Taggeld

1. Taggeld kann nur von Personen bezogen werden, die eine Erwerbstätigkeit (Beruf) ausüben.

- 1.1 Erwerbstätig bedeutet, dass der Versicherte zum Zeitpunkt des Unfalles ein Einkommen aus einer der gesetzlichen Sozialversicherungspflicht unterliegenden, selbständigen oder unselbständigen Beschäftigung bezogen hat. Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte Arbeitnehmer, Arbeitslose und Pensionisten.
2. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehende Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt, sofern zum Zeitpunkt des Unfallereignisses der Beruf tatsächlich ausgeübt wurde.
- 2.1. Falls die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung ausübt, wird Taggeld für höchstens 10 Tage pro Versicherungsperiode gezahlt.
3. Wird eine Karenzfrist vereinbart und auf der Police vermerkt, so leisten wir das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist.

Artikel 11 Spitalgeld

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 1.2 Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werkspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
- 1.3 Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.
2. Bei einem stationären Spitalsaufenthalt von versicherten minderjährigen Personen gelten die nachgewiesenen Kosten für den begleitenden stationären Spitalsaufenthalt eines Elternteiles mitversichert. Die Entschädigungsleistung hierfür beträgt maximal das Dreifache der für das Spitalgeld vereinbarten Versicherungssumme.
3. Bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung wegen eines Versicherungsfalles erfolgt eine Leistung in der Höhe des vereinbarten Spitalgeldes für höchstens 5 Tage der ambulanten Behandlung.
4. Eine unfallbedingte ambulante Operation wird bezahlt, soweit eine solche üblicherweise stationär durchgeführt wird. Das vereinbarte Spitalgeld wird in diesen Fällen für 3 Tage bezahlt.

Artikel 12 Unfallkosten

Unfallkosten werden von uns bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger oder sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

Sie müssen **innerhalb von 4 Jahren** vom Unfalltag an gerechnet entstehen und bei uns geltend gemacht werden.

- Bei einer erstmaligen Anschaffung eines Zahnersatzes für ein versichertes Kind wird auf die oben genannte (vierjährige) Verjährungsfrist bis zum 20. Lebensjahr des versicherten Kindes verzichtet.

Unfallkosten sind:

1. **Heilkosten**

Heilkosten sind jene Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig

wendig waren. Dazu zählen auch:

- die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zur Erstbehandlung,
- der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen,
- der erstmaligen Anschaffung eines Zahnersatzes,
- sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Nicht ersetzt werden:

- Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien, etc.
- Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und –aufenthalte,
- Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe.

2. **Such-, Rettungs- und Bergungskosten**

Such-, Rettungs- und Bergungskosten umfassen das Suchen nach der versicherten Person, ihre Bergung und ihr Transport bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.

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 oder von einem sonstigen Leistungsträger erfolgt.

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

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

3. **Rückholkosten**

Rückholkosten sind unfallbedingte Kosten des medizinisch notwendigen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

4. **Honorare von Privatärzten**

Im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten gelten Honorare von Privatärzten für Operations- und Ordinationskosten aufgrund unfallbedingter Behandlungen der versicherten Person als mitversichert. Die Entschädigungsleistung ist mit 25% der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten, höchstens jedoch mit € 1.000,- je Versicherungsperiode, je versicherte Person, beschränkt.

Diese Versicherung gilt subsidiär zu eventuell bestehenden anderen Versicherungen.

Artikel 13 Knochenbruch

Wir leisten eine Entschädigung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Knochenbruch, wenn die versicherte Person nach einem Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Der knöchernen Abriss einer Sehne sowie Knochensplittierungen und Fissuren (Haarrisse) gelten auch als Knochenbruch. Die Versicherungsleistung kommt auch dann

zur Auszahlung, wenn bei Kindern (bis zum 18. Lebensjahr) durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin therapiert wird.

Artikel 14

Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

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 die Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies zu beachten:
Die Invalidität muss bei sonstigem Anspruchsverlust
 - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und spätestens
 - innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall durch einen ärztlichen Befundbericht festgestellt und bei uns geltend gemacht werden. Aus dem ärztlichen Befundbericht müssen Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgehen.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.
5. Für die Verjährung der Versicherungsleistung gelten die im § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) enthaltenen Bestimmungen.

Artikel 15

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzteliste)

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen sowie im Falle des Artikel 7, Punkt 6, Dauernde Invalidität, entscheidet die Ärzteliste.
2. In den nach Punkt 1 der Ärzteliste zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten hat der Anspruchsberechtigte innerhalb von 6 Monaten nach Zugang unserer Mitteilung über die Entscheidung Widerspruch zu erheben und mit Vorlage eines medizinischen Gutachtens unter Bekanntgabe seiner Forderung gemäß Artikel 14, Punkt 1 (Fälligkeit unserer Leistung) die Entscheidung der Ärzteliste zu beantragen; wenn der Widerspruch nicht innerhalb der Frist erfolgt, sind diesbezüglich weitergehende Ansprüche ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge haben wir in unserer Mitteilung über die Entscheidung hinzuweisen.
3. Das Recht, die Entscheidung der Ärzteliste zu beantragen, steht auch uns zu.
4. Für die Ärzteliste bestimmen wir und der Anspruchsberechtigte je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit dem Recht zur Berufsausübung. Wenn eine der beiden Parteien innerhalb zweier Wochen nach Aufforderung in geschriebener Form keinen Arzt benennt, wird dieser

von der österreichischen Ärztekammer bestellt.

Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, der für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die österreichische Ärztekammer als Obmann bestellt.

5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.
6. Die Ärzteliste hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinigung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert darzustellen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, begründet auch er sie in einem Protokoll. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.
7. Die Entscheidung der Ärzteliste ist dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Fall durch gerichtliches Urteil. Das Gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
8. 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 1% der für Unfalltod und Dauernde Invalidität (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 mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) tragen wir die Kosten des Schiedsgutachters.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 16

Ausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle:

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.
Luftfahrzeuge sind Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen. Es ist dabei nicht wesentlich, ob sie schwerer als Luft (zum Beispiel: motorisch angetriebene Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber, Fallschirme und ähnliches) oder leichter als Luft (zum Beispiel: Luftschiffe,

- Freiballone oder ähnliches) sind.
- Wir geben aber Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet. Diese Luftfahrzeuge müssen für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sein.
2. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines **Motorfahrzeuges** an Fahrtveranstaltungen einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten teilnimmt, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.
 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. bei einer **entgeltlich** ausgeübten sportlichen **Betätigung** und dem Training dafür.
Entgeltlich liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz aus der Ausübung des Sports 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 der Ausübung des Fußballsportes ab der vierthöchsten Spielklasse in Österreich,
 - bei der Ausübung einer anderen Mannschaftssportart in der höchsten Spielklasse in Österreich erleidet. Unfälle beim Training für die genannten Sportarten sind ebenfalls nicht versichert.
 5. bei der Ausübung folgender **gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten**:
 - 5.1 Bergsteigen/Klettern mit außergewöhnlichem Risiko:
 - Klettern im freien Gelände ab Schwierigkeitsgrad VI+ nach UIAA-Skala bzw. ab 6a nach Französischer Skala
 - Klettern im Klettersteig ab Schwierigkeitsgrad F nach Skala Kurt Schall
 - Free-Solobegehungen (Klettern ohne Sicherung)
 - Eisklettern
 - Big Wall Klettern
 - Bouldern ab Schwierigkeitsgrad 5c+ Fb-Bloc nach Fontainebleau-Skala
 - Technisches Klettern ab Schwierigkeitsgrad A4 (Bewertungsskala für technisches Klettern)
 - Bergsteigen/Hochtouren ab Höhe 5.300m
 - alle Aktivitäten im Bereich der Arktis, Antarktis oder Alaska
 - 5.2 Teilnahme an Expeditionen;
 - 5.3 Tauchgänge mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchgänge ab 40 Metern, Eistauchen, Tauchexpeditionen) außer als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz;
 - 5.4 Radsport mit außergewöhnlichem Risiko:
 - Mountainbiken ab Schwierigkeitsgrad S3 nach Skala Mountainbikes / Singletrails
 - Downhill ab Schwierigkeitsgrad S3 nach Skala Mountainbikes / Singletrails
 - Freeriding
 - BMX (Bicycle Motocross)
 - Rennradfahren bei der Teilnahme an Jedermann-, Amateur-, Bahn-, Straßenrennen und ähnliche Veranstaltungen
 - Bewerbe im Mountainbike (Downhill, Four Cross, Dirt Jump) einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten;
 - 5.5 **Rekordversuche** in den Bereichen Geschwindigkeit, Tauchen, Luftfahrt und Alpinistik;
 - 5.6 **Teilnahme an Bewerben** einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten;
 6. bei **aggressiven Mannschaftssportarten** mit vollem Körperkontakt (wie zum Beispiel: alle Arten von Football, Rugby, Eishockey oder ähnliche Sportarten);
 7. die versicherte Person beim **Gewichtheben, Kraftsportarten** oder **sonstiger Schwerathletik** erleidet;
 8. die die versicherte Person bei **Kampfsportarten mit vollem Körperkontakt** (wie zum Beispiel: Boxen, Karate, Kickboxen, Escrima oder ähnlichen Sportarten) oder **Semikontakt** (wie zum Beispiel: Judo, Taekwondo oder ähnlichen Sportarten) erleidet;
 9. beim Springreiten, Vielseitigkeits- und Military Reiten, Polospielen, Hindernisreiten, Rennreiten, Teilnahme an Trabrennen, Rodeo- und Westernreiten sowie reitsportlichen Wettkämpfen;
 10. die die versicherte Person im Zuge von sonstigen, nicht namentlich angeführten **Risiko- und Extremsportarten** erleidet. Diese definieren sich durch folgende Eigenschaften:
 - außerordentliche körperliche Strapazen und Konfrontation mit widrigen Naturkräften
 - ungewohnte Körperlagen und -zustände (zum Beispiel freier Fall, hohe Geschwindigkeiten und Beschleunigungskräfte, Rotationsbewegungen, extreme Seitenlagen, die völlig neue Körperorientierungen verlangen)
 - ungewissen Handlungsausgang (das bedeutet, wenn der Erfolg und Misserfolg einer Tätigkeit bzw. Handlung gleichwahrscheinlich sind)
 - unvorhersehbare Situationsbedingungen
 - eine generelle Verletzungs- und Todesfallgefahr beinhalten.
 11. die beim Versuch oder der Begehung **gerichtlich strafbarer Handlungen** durch die versicherte Person eintreten, für die **Vorsatz** Tatbestandsmerkmal ist;
 12. die unmittelbar oder mittelbar mit **Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse** verursacht werden. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird (passives Kriegsrisiko). Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des 7. Tages nach Beginn des 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. Der Versicherungsschutz gilt auch nicht für die aktive Teilnahme an einem solchen Ereignis 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.
 13. durch **innere Unruhen**, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 14. 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;
 15. der versicherten Person infolge
 - eines **Selbstmordversuches**,

- eines **epileptischen Anfalls**,
- eines anderen **Krampfanfalls**, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift,
- einer **Bewusstseinsstörung**, auch soweit diese auf Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente beruht.

Bewusstseinsstörung:

Bewusstseinsstörungen sind alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die 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.

16. durch Gesundheitsschäden bei **Heilmaßnahmen** oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch versicherten Unfall veranlasst waren.
17. Kein Versicherungsschutz besteht zudem für solche Verletzungen und Verletzungsfolgen, die sich die versicherte Person im Zuge einer **körperlichen Auseinandersetzung** mit einer oder mehreren Personen zugezogen hat, sofern die versicherte Person an dieser Auseinandersetzung aktiv teilnahm oder sich selbst - wenn auch nur fahrlässig - dem Risiko einer derartigen Verletzung durch aktives Handeln (bspw. durch physische oder verbale Provokation, Versuch der Streitschlichtung im Zuge einer physischen Auseinandersetzung Dritter oder ähnliches) aussetzte.

Der Versicherer ist jedenfalls leistungsfrei, wenn die versicherte Person aufgrund deren Handlung(en) im Rahmen einer physischen Auseinandersetzung, bei der sie selbst verletzt wurde und für diese Verletzung oder Verletzungsfolgen Versicherungsschutz begehrt, strafrechtlich verurteilt wurde oder das Strafverfahren diversionell beendet wurde. Verletzungen und Verletzungsfolgen im Zuge angemessener Notwehrhandlungen im Sinne des § 3 Strafgesetzbuch (StGB) sind von diesem Deckungsausschluss nicht umfasst.

Artikel 17

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

Darüber hinausgehend gilt:

1. 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 Artikel 7, Punkt 2 und 3, Dauernde Invalidität, bemessen.
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 25 % beträgt. Ein genereller Abzug erfolgt bei Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. 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 nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer

Reaktionen (zum Beispiel: Psychosen, Neurosen), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 18

Prämie

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

Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a Versicherungsvertragsgesetz (VersVG), Prämienzahlungsverzug.

2. Neben der Prämie verrechnen wir Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Ihr Verhalten veranlasst worden sind (z.B. Mahngebühren).

Artikel 19

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Sport-/Freizeitaktivitäten;

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Sport-/Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.
2. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder besonders gefährlichen Sport-/Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung unseres Tarifes
 - eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
 - eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von einem Monat ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Sport-/Freizeitaktivitäten 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.

3. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Sport-/Freizeitaktivität zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf von einem Monat ein, ohne dass eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung erforderlichen Prämie zurückbleibt.
4. Besteht für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich kein Versicherungsschutz, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff Versicherungsvertragsgesetz (VersVG), Gefahrerhöhung, Anwendung.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 20

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen bezahlt wird.
2. Vertragsdauer
Der Vertrag gilt zunächst für die in der Police festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht ein Monat vor Ablauf gekündigt wird.
Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge), werden wir Sie vor Beginn der Kündigungsfrist auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung so rechtzeitig hinweisen, dass Sie zur Abgabe einer ausdrücklichen Erklärung eine angemessene Frist haben.
Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 21

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1 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 Versicherungsleistungvon uns vorzunehmen.
Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.
 - 1.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in Punkt 1.1 genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung verzögern. Weiters können Sie nach Entscheidung der Ärztekommision bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.
In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats
 - nach Anerkennung dem Grunde nach;
 - nach erbrachter Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung;
 - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
 - nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Artikel 13, Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung);
 - nach Zustellung der Entscheidung der Ärztekommision (Artikel 16, Ärztekommision);
 - 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.

- 1.3 Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.
2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 22

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. 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. Die Vorschriften der §§ 74 ff Versicherungsvertragsgesetz (VersVG), Versicherung für fremde Rechnung, 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.
2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
3. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 23

Form der Erklärungen

Für Ihre sämtlichen 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. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Anhang

Gesetzliche Bestimmungen auf die in den Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung (AUVB) verwiesen wird.

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)

§ 12 VersVG

- (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 bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, 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 Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung ebenfalls 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 Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer der 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 VersVG

(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.

§ 38 VersVG

(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 VersVG

(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 VersVG

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.

§ 74 VersVG

(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 Vertragsschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

§ 75 VersVG

(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.

Auszug aus dem Strafgesetzbuch (StGB)

§ 3 StGB

(1) Nicht rechtswidrig handelt, wer sich nur der Verteidigung bedient, die notwendig ist, um einen gegenwärtigen oder unmittelbar drohenden rechtswidrigen Angriff auf Leben, Gesundheit, körperliche Unversehrtheit, Freiheit oder Vermögen von sich oder einem anderen abzuwehren. Die Handlung ist jedoch nicht gerechtfertigt, wenn es offensichtlich ist, daß dem Angegriffenen bloß ein geringer Nachteil droht und die Verteidigung, insbesondere wegen der Schwere der zur Abwehr nötigen Beeinträchtigung des Angreifers, unangemessen ist.

(2) Wer das gerechtfertigte Maß der Verteidigung überschreitet oder sich einer offensichtlich unangemessenen Verteidigung (Abs. 1) bedient, ist, wenn dies lediglich aus Bestürzung, Furcht oder Schrecken geschieht, nur strafbar, wenn die Überschreitung auf Fahrlässigkeit beruht und die fahrlässige Handlung mit Strafe bedroht ist.