

Allgemeine Bedingungen für die Unfallversicherung 2025

UUB00
Fassung 06.2025

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsschutz

- Was ist versichert? – Artikel 1
- Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 2
- Wo gilt die Versicherung? – Artikel 3
- Wann gilt die Versicherung? – Artikel 4
- Wann beginnt der Versicherungsschutz? – Artikel 5
- Was ist ein Unfall? – Artikel 6

Versicherungsleistungen

- Was kann versichert werden? – Artikel 7 bis 17
- Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 18
- Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? – Artikel 19
- In welchen Fällen und nach welchen Regeln entscheidet der Schiedsgutachter? – Artikel 20

Begrenzung des Versicherungsschutzes

- In welchen Fällen zahlen wir nicht? – Artikel 21 und 22

Pflichten des Versicherungsnehmers

- Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 23
- Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung zu beachten? – Artikel 24
- Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 25

Sonstige Vertragsbestimmungen

- Was gilt zur Versicherungsperiode sowie zur Vertragsdauer und deren Verlängerung? – Artikel 26
- Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? – Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung? – Artikel 27
- Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? – Artikel 28
- Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? – Artikel 29
- Wie sind Erklärungen abzugeben und wie erfolgt die Zustellung nach Wohnsitzwechsel? – Artikel 30
- Welches Recht ist anzuwenden? Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen – Artikel 31

Anhang

Wichtig: Bitte lesen Sie alle Gesetzesstellen, die im Anhang A abgedruckt sind, weil darauf in den folgenden Versicherungsbedingungen Bezug genommen wird.

Versicherungsschutz

Was ist versichert? – Artikel 1

Wir bieten Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Welche Leistungen und Versicherungssummen tatsächlich vereinbart worden sind, ist aus der Polizza ersichtlich.

Was gilt als Versicherungsfall? – Artikel 2

Versicherungsfall ist der Eintritt des Unfalles (siehe Artikel 6 – Was ist ein Unfall?).

Wo gilt die Versicherung? – Artikel 3

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Wann gilt die Versicherung? – Artikel 4

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

Wann beginnt der Versicherungsschutz? – Artikel 5

- Beginn der Versicherung**
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass Sie die erste oder einmalige Prämie einschließlich Steuern rechtzeitig, das heißt innerhalb der Frist von 14 Tagen, zahlen. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 23 geregelt.
Waren Sie an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne Ihr Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung. Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a VersVG.
- Vorläufige Deckung**
Soll Versicherungsschutz schon vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn gewährt werden (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage durch uns erforderlich. Die vereinbarte vorläufige Deckung endet mit der Aushändigung der Polizza. Wird die Annahme Ihres Antrages von uns abgelehnt, ist die vorläufige Deckung von uns mit einer Frist von einer Woche zu kündigen. In diesem Fall steht uns die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Was ist ein Unfall? – Artikel 6

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

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
- Ertrinken, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, Verbrennungen und Erfrierungen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich und entrinnbar erfolgen;
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen.

Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Artikel 22 Pkt. 3, sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle. Übertragbare Krankheiten gelten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Artikel 17 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut.
4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast, Pilot oder Besatzungsmitglied in zum zivilen Luftfahrtverkehr zugelassenen Motorflugzeugen (ausgenommen Motorsegler und Ultra-Lights) erleidet. Die Versicherung erstreckt sich jedoch nicht auf die Teilnahme an Wettbewerben, das Ausführen von Rekord- oder Kunstflügen, das Einfliegen von Neukonstruktionen und bewilligungspflichtigen Erprobungsflügen, sowie Flüge mit Spezialaufgaben (Schädlingsbekämpfung, Lichtbildaufnahmen, Lastenabwürfe etc.).
5. Selbsttötung und Selbsttötungsversuche gelten nicht als Unfall.

Versicherungsleistungen

Was kann versichert werden? – Artikel 7 bis 17

Die folgenden Bausteine des Versicherungsschutzes können grundsätzlich im Rahmen einer Unfallversicherung versichert werden. Welche der folgenden Bausteine mit welchen Leistungen und Versicherungssummen tatsächlich vereinbart worden sind, ist aus der Polizza ersichtlich.

Kosmetische Operationen – Artikel 7.1

Bis zur vereinbarten Versicherungssumme übernehmen wir auch die Kosten für kosmetische Operationen, wenn deren Notwendigkeit durch einen Unfall verursacht wurde.

Leistungen können bei uns beansprucht werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist.

Entschließt sich die versicherte Person zur Behebung dieser Schäden zu einer kosmetischen Operation, so übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik. Versichert ist auch der unfallbedingte Verlust oder die unfallbedingte Beschädigung der Schneidezähne. Ersetzt werden in diesem Fall die Kosten eines erstmaligen Zahnersatzes oder die Zahnbehandlung.

Berufsunfähigkeit – Artikel 7.2

Wird die versicherte Person durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig, bezahlen wir im Fall der Dauerinvalidität – unabhängig vom Invaliditätsgrad – 100 % der dafür versicherten Summe, wobei, abhängig von der gewählten Variante, auch höhere Leistungen aufgrund der Berufsunfähigkeit zur Auszahlung gelangen können. Dies ist der gewählten Variante in der Polizza zu entnehmen. Ist die Leistung aufgrund einer vereinbarten Progression höher als 100 %, erbringen wir die höhere Leistung. Für den Fall, dass der Baustein Hochrisikoschutz 50 % bis 300 % (Artikel 8 Pkt. 8.1) zusätzlich eingeschlossen ist, wird dieser bei der Versicherungsleistung für Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt. Vollständige Berufsunfähigkeit bedeutet: Die versicherte Person ist infolge des Unfalles voraussichtlich auf Lebenszeit überwiegend (mehr als 50 % im Vergleich mit einem körperlich und geistig Gesunden mit vergleichbaren Fähigkeiten und Kenntnissen) außerstande seinen zum Zeitpunkt des Unfalles ausgeübten Beruf auszuüben. Diese Erwerbstätigkeit darf dann auch tatsächlich nicht mehr ausgeübt werden. Eine bereits zum Unfallzeitpunkt bestehende teilweise Berufsunfähigkeit ist als Vorinvalidität im Sinne des Art. 22 Pkt. 2 von der Leistung abzuziehen. Eine Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen an der Berufsunfähigkeit ist gleichfalls im Sinne des Art. 22 Pkt. 3 zu berücksichtigen. Die vorstehenden Ausführungen gelten nicht für Berufssportler und Berufspiloten sowie mit Personen ohne Berufsausübung.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles karenziert oder vorübergehend arbeitslos, so gilt der zuletzt ausgeübte Beruf. Voraussetzung dafür ist, dass die letzte Berufstätigkeit nicht länger als 18 Monate zurückliegt. Der Anspruch auf Leistung infolge dauernder Berufsunfähigkeit erlischt mit dem Tag, an dem die versicherte Person die Pension antritt.

Bergungs- und Transportkosten – Artikel 7.3

Mitversichert sind Bergungs- und Transportkosten bis zu der vereinbarten Versicherungssumme, die notwendig waren, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss; durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem, dem Unfallort nächstgelegenen Spital. Unabhängig

von Berg- oder Wassernot sind nach einem versicherten Unfall auch die Kosten eines Bergung-/Nottransportes mittels Rettungshubschrauber versichert.

Schmerzensgeld – Artikel 7.4

Wird durch einen Unfall – innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag – ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt von mindestens 5 Tagen notwendig, bezahlen wir für diesen Unfall einmalig Schmerzensgeld in vereinbarter Höhe. Dieser Betrag verdoppelt sich bei einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von mindestens 10 Tagen. Für den Fall eines unfallbedingten Spitalsaufenthalts von mindestens 15 Tagen beträgt die Leistung das Dreifache. Für einen Kur- oder Rehabilitationsaufenthalt wird kein Schmerzensgeld bezahlt.

Rehabilitationspauschale – Artikel 7.5

Wird innerhalb von drei Monaten nach einem unfallbedingten stationären Spitalsaufenthalt eine stationäre Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum angetreten und durchgeführt bezahlen wir abhängig von der vereinbarten Versicherungssumme für Dauerinvalidität eine Rehabilitationspauschale. Die Frist gilt als gewahrt, wenn Sie die Rehabilitation innerhalb von drei Monaten nach dem unfallbedingten Spitalsaufenthalt zumindest beantragt und in weiterer Folge angetreten und durchgeführt haben. Für den Fall, dass der Baustein Hochrisikoschutz 50 % bis 300 % (Artikel 8 Pkt. 8.1) zusätzlich eingeschlossen ist, wird dieser bei der Versicherungsleistung für die Rehabilitationspauschale nicht berücksichtigt. Die Rehabilitationspauschale leisten wir nur, wenn es sich um eine medizinische Rehabilitation handelt. Als medizinische Rehabilitation gelten alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine unfallbedingte Dauerinvalidität zu beseitigen oder zu verbessern.

Freizeitschutz plus 20% – Artikel 7.6

Bei Mitversicherung dieses Bausteines erhöhen wir unsere Leistung im Falle einer Dauerinvalidität gem. Artikel 8, bei Unfalltod gem. Artikel 11 und bei einer Direktleistung gem. Artikel 9 um 20 %, wenn die versicherte Person einen Freizeitunfall erleidet. Als Freizeitunfälle gelten Unfälle gemäß Artikel 6, die nicht als Arbeitsunfälle und diesen gleichgestellte Unfälle (z.B. Weg von und zur Arbeit) gelten. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person einen der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden Beruf ausübt. Für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt die Erhöhung für Unfalltod gem. Artikel 10 bis zum Betrag der tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA aufgrund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten geleistet.

Gliedertaxe extra – Artikel 7.7

Bei Mitversicherung dieses Bausteins gelten, in Abweichung von Artikel 8 Pkt. 2.2, bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile die folgenden erhöhten Invaliditätsgrade

eines Armes.....80%
eines Beines.....80%
Die übrigen Invaliditätsgrade gem. Artikel 8 Punkt 2.2 bleiben unverändert aufrecht. Im Übrigen gelten die Bestimmungen gem. Artikel 8 Pkt. 2 und 3 auch bei Mitversicherung dieses Bausteins unverändert.

Dauerinvalidität – Artikel 8

Soweit im Einzelnen nicht anders vereinbart, gilt:

1. Voraussetzung für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit verbleibenden Invalidität hervorgeht, bei uns geltend gemacht worden. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2. Art und Höhe der Leistung:

2.1 Die Invaliditätsleistung zahlen wir abhängig vom Invaliditätsgrad als Kapitalbetrag aus.

2.2 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 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.....60%
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war.....80%
des Gehörs beider Ohren.....60%
des Gehörs eines Ohres.....15%
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war.....45%
des Geruchssinnes.....10%
des Geschmackssinnes.....10%
der Stimme.....30%
der Milz.....10%
einer Niere.....20%

Bei Verlust oder Funktionsbeeinträchtigung der zweiten Niere vor Eintritt des Versicherungsfalles oder als Unfallfolge ist Artikel 8 Pkt. 3 anzuwenden.

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. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane

oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

3.1 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100% werden jedoch nicht berücksichtigt.

3.2 Ausgangspunkt der Berechnung der Versicherungsleistung ist die Versicherungssumme.

4. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen.

5. Steht der Grad der Dauerinvalidität 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.

6. Stirbt die versicherte Person

6.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, bezahlen wir keine Leistung für Dauerinvalidität;

6.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, leisten wir nach dem Grad der Dauerinvalidität mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

6.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, leisten wir ebenfalls nach dem Grad der Dauerinvalidität, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

7. Varianten der Versicherungsleistung für Dauerinvalidität (Progressionsvarianten):

7.1 **Dauerinvalidität classic (bis 100%)**

Bei Mitversicherung dieses Bausteins leisten wir, entsprechend den Regelungen in Artikel 8 Pkt. 2 und Pkt. 3 über die Höhe der Versicherungsleistungen, bis zu einem Invaliditätsgrad von 100% entsprechend dem Invaliditätsgrad.

7.2 **Dauerinvalidität upgrade bis 300%**

Bei Mitversicherung dieses Bausteins leisten wir, in Abänderung der Regelungen in Artikel 8 Pkt. 2 und Pkt. 3 über die Höhe der Versicherungsleistungen,

- bis zu einem Invaliditätsgrad unter 26 % entsprechend dem Invaliditätsgrad
- bei einem Invaliditätsgrad von 26 % bis unter 100% erfolgt pro Invaliditätsgrad eine Steigerung gemäß Progressionstabelle im Anhang B
- bei 100 % Invaliditätsgrad werden 300 % der Versicherungssumme geleistet.

7.3 **Dauerinvalidität upgrade bis 600%**

Bei Mitversicherung dieses Bausteins leisten wir, in Abänderung der Regelungen in Artikel 8 Pkt. 2 und Pkt. 3 über die Höhe der Versicherungsleistungen,

- bis zu einem Invaliditätsgrad unter 25 % entsprechend dem Invaliditätsgrad
- ab einem Invaliditätsgrad von 25 % bis unter 50 % die 2-fache Leistung
- ab einem Invaliditätsgrad von 50 % bis unter 75 % die 3-fache Leistung
- ab einem Invaliditätsgrad von 75 % die 6-fache Leistung

8. Zusatzdeckungen

Die Bausteine des Artikel 8, Pkt. 8.1 bis Pkt. 8.3 sind nur in Kombination mit einer Variante für Dauerinvalidität (Artikel 8 Pkt. 7.1 bis Pkt. 7.3) kombinierbar und können zusätzlich versichert werden.

8.1 Hochrisikoschutz 50% bis 300%

Bei Mitversicherung dieses Bausteins leisten wir wie folgt:

- bis unter 50 % Invaliditätsgrad erfolgt keine Versicherungsleistung aus diesem Baustein
- ab 50 % bis unter 75 % Invaliditätsgrad werden 100 % der Versicherungssumme aus diesem Baustein geleistet.
- ab 75 % bis unter 90 % Invaliditätsgrad werden 200 % der Versicherungssumme aus diesem Baustein geleistet.
- ab einem Invaliditätsgrad von 90 % werden 300 % der Versicherungssumme aus diesem Baustein geleistet.

8.2 Sparoption extra

Bei Mitversicherung dieses Bausteins erfolgt bei einem Invaliditätsgrad von bis zu 25 % die Leistung der Dauerinvalidität der halben Versicherungssumme. Ab einem Invaliditätsgrad von über 25 % erfolgt die Leistung aus dem Titel Dauerinvalidität von der vollen Versicherungssumme. Auch Direktleistungen gemäß Artikel 9 erbringen wir bei einem Invaliditätsgrad von bis zu 25 % von der halben Versicherungssumme, bei über 25 % von der vollen Versicherungssumme.

8.3 Freizeitschutz plus 100%

Bei Mitversicherung dieses Bausteins verdoppeln wir unsere Leistung im Falle einer Dauerinvalidität gem. Artikel 8, bei Unfalltod gem. Artikel 11 und bei einer Direktleistung gem. Artikel 9, wenn die versicherte Person einen Freizeitunfall erleidet. Als Freizeitunfälle gelten Unfälle gemäß Artikel 6, die nicht als Arbeitsunfälle und diesen gleichgestellten Unfällen (z. B. Weg von und zur Arbeit) gelten. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person einen der gesetzlichen Unfallversicherungspflicht unterliegenden Beruf ausübt. Für versicherte Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt die Erhöhung für Unfalltod gem. Artikel 10 bis zum Betrag der tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA aufgrund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung

BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten geleistet.

Direktleistung – Artikel 9

9.1 Bei Mitversicherung dieses Bausteines ist bei der Versicherung von Dauerinvalidität für bestimmte Verletzungen nach einem Unfall jeweils ein bestimmter Invaliditätsgrad in einem Verletzungskatalog in der Polizza vorgesehen.

9.2 Tritt eine dieser Verletzungen infolge eines Unfalles ein, kann uns die versicherte Person bei der Leistungsanforderung mitteilen, dass sie die garantierte Direktleistung wünscht. Wir werden diese nach Vorlage einer nachvollziehbaren Krankengeschichte (z. B. ärztlicher Befundbericht, Arztbrief, Entlassungsbericht vom Spital und Röntgen- oder MRT-Befund) ohne Einholung eines Sachverständigengutachtens zum Invaliditätsgrad auszahlen. Sollten in den uns vorgelegten medizinischen Unterlagen Vorerkrankungen oder Vorverletzungen dokumentiert sein, die nahelegen, dass diese kausal für die Unfallfolgen sind, behalten wir uns vor, den Anspruch auf Direktleistung durch einen medizinischen Gutachter überprüfen zu lassen. Es kommt der Artikel 22, Pkt. 2 und 3 zur Anwendung.

9.3 Mit der garantierten Direktleistung sind alle Ansprüche aus dem Titel Dauerinvalidität abgegolten. Die versicherte Person ist jedoch berechtigt nach Erhalt einer Direktleistung, dennoch die Beurteilung der Unfallfolgen durch einen Sachverständigen zu verlangen (siehe Pkt. 9.8). Sollte die gutachterliche Untersuchung eine höhere Leistung als die bereits ausgezahlte Direktleistung ergeben, wird die Differenz nachgezahlt. Sollte das Gutachten eine niedrigere Leistung als die bereits ausgezahlte Direktleistung ergeben, behalten wir uns das Recht vor, die zu viel bezahlte Leistung zurückzufordern (siehe Artikel 22, Pkt. 2 und 3).

9.4 Kommt es zu mehreren Verletzungen, die im Verletzungskatalog angeführt sind, hängt die Höhe der Direktleistung davon ab, ob die Verletzungen an unterschiedlichen Körperteilen (siehe Pkt. 9.5) oder demselben Körperteil (siehe Pkt. 9.6) vorliegen.

Verletzungen, welche den Daumen, Zeigefinger, Mittelfinger, andere Finger, Unterarmknochen, Oberarmknochen, Schlüsselbein betreffen, sind dem Körperteil Arm (jeweils dem betroffenen linken oder rechten Arm) zuzuordnen.

Verletzungen, welche die Große Zehe, andere Zehe, Kniescheibe, Innenknöchel, Außenknöchel, Oberschenkel, Kreuzband, Seitenband, Meniskus, Achillessehne betreffen, sind dem Körperteil Bein (jeweils dem betroffenen linken oder rechten Bein) zuzuordnen.

Verletzungen, welche die Halswirbel, Brustwirbel, Lendenwirbel betreffen, sind dem Körperteil Wirbelsäule zuzuordnen.

Milz und Niere gelten jeweils als selbständiges Körperteil.

9.5 Sind mehrere Verletzungen an unterschiedlichen Körperteilen (siehe Pkt 9.4) betroffen, die sich im Verletzungskatalog wiederfinden, werden die jeweiligen garantierten Direktleistungen zusammengerechnet. Als Obergrenze der Leistung werden 50 % der Versicherungssumme für Dauerinvalidität festgesetzt. Die versicherte

Person kann jedoch entsprechend Pkt 9.8 die Bemessung des Invaliditätsgrades durch einen Sachverständigen beanspruchen. Es gilt Pkt 9.3

9.6 Kommt es durch ein Unfallgeschehen zu mehreren Verletzungen an demselben Körperteil (siehe Pkt 9.4), wird die garantierte Direktleistung immer von der am höchsten bewerteten Verletzung geleistet.

9.7 Bei Verlust eines Beines oder Armes sowie bei kompletter oder inkompletter Querschnittslähmung wird eine Zahlung in Höhe von 50 % der Versicherungssumme für Dauerinvalidität vorgenommen. Die versicherte Person kann jedoch entsprechend Pkt 9.8 die Bemessung des Invaliditätsgrades durch einen Sachverständigen beanspruchen.

9.8 Grundsätzlich kann die Begutachtung durch einen Sachverständigen frühestens ein Jahr nach dem Unfall erfolgen. Stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest, kann dies auch bereits innerhalb eines Jahres erfolgen. Kann der Grad der Dauerinvalidität nicht abschließend festgestellt werden, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich, bis zum Ablauf des 4. Jahres ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

9.9 Sollte eine versicherte Person eine garantierte Direktleistung bezogen haben und innerhalb eines Jahres unfallkausal versterben, wird die bereits ausgezahlte Direktleistung einer etwaigen Unfalltodzahlung angerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Sollte die Unfalltodzahlung geringer ausfallen als die bereits gezahlte Direktleistung, kommt es zu keiner Rückforderung der zu viel bezahlten Leistung.

9.10 Sollte eine versicherte Person keine Direktleistung in Anspruch genommen haben und eine Dauerinvalidität gem. Artikel 8 beanspruchen, gilt der durch einen medizinischen Sachverständigen festgestellte Invaliditätsgrad. Eine nachträgliche Inanspruchnahme der Direktleistung ist dann jedenfalls nicht möglich.

9.11 Die progressive Steigerung der Leistung ist bei der Direktleistung ausgenommen

Unfallrente – Artikel 10

Führt der Unfall zu einer Dauerinvalidität, gem. Artikel 8 Pkt. 2 und 3, von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die volle Unfallrente bezahlt.

Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35 %, jedoch weniger als 50 %, gelangt die Hälfte der vereinbarten Monatsrente zur Auszahlung.

Wird die versicherte Person durch den Versicherungsfall dauernd vollständig berufsunfähig gemäß Definition in Artikel 7.2, bezahlen wir im Fall der Dauerinvalidität von mindestens 35 % die volle Unfallrente. Diese Vereinbarung zur Unfallrente im Falle von Berufsunfähigkeit gilt nicht für Berufssportler und Berufspiloten sowie für Personen ohne Berufsausübung.

Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person verstirbt, oder wenn die ärztliche Bemessung gemäß Artikel 8 Pkt. 5 ergeben hat, dass der Invaliditätsgrad unter 35 % gesunken ist. Nach Feststellung

unserer Leistungspflicht und der Rentenhöhe beginnt die Rentenleistung rückwirkend mit dem Monatsersten, der dem Unfalltag folgt.

Garantiezeitraum:

Die Lebensrente wird lebenslang, jedoch mindestens 20 Jahre (Garantiedauer) monatlich im Voraus bezahlt. Stirbt die versicherte Person vor Ablauf der Garantiedauer, so wird die Rente bis zum Ende der Garantiedauer an die Erben – sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde – bezahlt.

Unfalltod – Artikel 11

1. Voraussetzung für die Leistung:
Tritt innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, der Tod als Folge des Unfalles ein, bezahlen wir die für den Todesfall versicherte Summe. Haben wir eine Leistung für Dauerinvalidität aus demselben Ereignis erbracht, wird diese für die Todesfalleistung angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistungen für Dauerinvalidität können wir nicht zurückverlangen.
2. Zusätzlich, sofern Artikel 11 Pkt. 1 erfüllt ist, ersetzen wir auch die Kosten der Überführung des durch einen Unfall Verstorbenen zu dessen letztem Wohnort innerhalb der EU sowie die Kosten der Bestattung. Diese zusätzlichen Leistungen sind mit 5 % der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme, insgesamt jedoch maximal 7.000 Euro, begrenzt.
3. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten, geleistet.

Taggeld – Artikel 12

Taggeld bezahlen wir bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität. Die Leistung erfolgt für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag. Ist eine Karenzfrist von 7 Tagen vereinbart erbringen wir eine Taggeldleistung erst ab dem 8. Tag der vollständigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit. Beginnt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit allerdings mit einem mind. 24-stündigen Spitalsaufenthalt, dann entfällt die vereinbarte Karenzfrist. Die Taggeldleistung wird in diesem Fall ab dem ersten Tag erbracht.

Sollte Taggeld versichert sein und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles keinen Beruf ausüben, muss der Baustein Taggeld ab Kenntniserlangung aus dem Vertrag ausgeschlossen werden. Die Taggeldleistung aus dem zuletzt gemeldeten Unfall erfolgt durch Erbringung eines ärztlichen Attestes über die unfallkausale Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit.

Spitalgeld – Artikel 13

1. Spitalgeld bezahlen wir 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. Bei einem stationären Aufenthalt im Ausland leisten wir den doppelten Betrag der vereinbarten Versicherungssumme für Spitalgeld.

2. Auch für den unfallbedingten stationären Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum der Sozialversicherungsträger wird eine Spitalgeldleistung erbracht.
3. 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.

Unfall- & Heilkosten – Artikel 14

Bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfall- & Heilkosten ersetzt. Voraussetzung dafür ist, dass diese innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist. Unfall- & Heilkosten sind:

1. Heilkosten (ambulant),
die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen. Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, Kosten für die Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe und Fahrtkosten zu medizinischen Behandlungen ersetzen wir nicht. Wir leisten auch den Selbstkostenbeitrag für eine stationäre Behandlung in einem Krankenhaus in der allgemeinen Gebührenklasse nach einem Unfall.
Bis zu 30 % der Versicherungssumme übernehmen wir auch die Kosten einer unfallbedingten Heilbehandlung nach der traditionellen chinesischen Medizin, nämlich für Akupunktur, Akupressur, chinesische Pharmakologie, Tuina und Shiatsu (auch ohne ärztliche Verordnung).
2. Bergungs-, Transport- und Rückholkosten,
das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist bzw. in Berg- oder Wassernot geraten 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.

3. Pflegekosten,
die für eine pflegebedürftige versicherte Person aufgewendet werden. Voraussetzung für den Ersatz der Pflegekosten ist die Vornahme der Pflege durch eine dazu befugte Person bzw. durch eine dafür eingerichtete Organisation oder in einer dafür geeigneten Einrichtung.
Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge eines Unfalles so hilflos ist, dass sie zumindest für 3 der gewöhnlichen und regelmäßigen wiederkehrenden Grundverrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich die Hilfe einer anderen Person benötigt. Zu diesen Grundverrichtungen zählen: Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Körperpflege, Zubereitung und Aufnahme der Nahrung, Aufsuchen der Toilette, Einnahme von Medikamenten und Wundpflege. Eine versicherte Person gilt jedenfalls als pflegebedürftig, wenn er dauernd bettlägerig ist und nicht ohne fremde Hilfe aufstehen kann. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
4. Kosmetische Operationen
Leistungen können bei uns beansprucht werden, wenn durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt ist, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild der versicherten Person hierdurch dauernd beeinträchtigt ist.
Entschließt sich die versicherte Person zur Behebung dieser Schäden zu einer kosmetischen Operation, so übernehmen wir die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.
Versichert ist auch der unfallbedingte Verlust oder die unfallbedingte Beschädigung der Schneidezähne. Ersetzt werden in diesem Fall die Kosten eines erstmaligen Zahnersatzes oder die Zahnbehandlung.

Unfall- & Heilkosten mit Spital – Artikel 15

Bis zur Höhe der dafür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Unfall- & Heilkosten mit Spital ersetzt. Vorausgesetzt, dass diese innerhalb von 4 Jahren, vom Unfalltag an gerechnet, entstehen und nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Unfallkosten- & Heilkosten mit Spital sind:

1. Heilkosten (ambulant) gemäß Artikel 14.1
2. Krankenhauskosten
Krankenhauskosten sind Kosten für eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand

der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie Krankengeschichten führen. Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist. Sonderklassekosten werden sowohl in Privatkrankenanstalten als auch in allgemein öffentlichen Krankenhäusern ersetzt. Die Leistung für Sonderklasse- und Krankenhauskosten sind mit der vereinbarten Versicherungssumme für Unfall- & Heilkosten mit Spital begrenzt. Ferner gehören auch die Honorare für behandelnde und operierende Ärzte zu den Krankenhauskosten. Jedenfalls nicht erstattet werden Kosten für Nahrungs- und Genussmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Stärkungs- bzw. Aufbaumittel, Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird. Es besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung der Kosten mit den Krankenhäusern bzw. Rechnungserstellern.

Wenn im Zuge einer Überprüfung eines Leistungsanspruches eine 100%-ige Mitwirkung durch Gebrechen oder Krankheiten (gem. Artikel 8 Pkt. 2 und 3) festgestellt wird, behalten wir uns das Recht auf eine Rückforderung der zu Unrecht geleisteten Krankenhauskosten vor.

3. Bergungs-, Transport- und Rückholkosten gem. Artikel 14.2
4. Pflegekosten gem. Artikel 14.3
5. Kosmetische Operationen gem. Artikel 14.4

Knochenbruch – Artikel 16

Wir leisten eine Entschädigung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person nach einem Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Der knöcherne 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. Jedenfalls keine Leistung wird erbracht für Mikrofrakturen, Stressfrakturen sowie ermüdungsbedingte Frakturen.

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose – Artikel 17

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose. Voraussetzung ist, dass die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch 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 erbringen wir nur für Tod gemäß Artikel 11 oder Dauerinvalidität gemäß Artikel 8 bis zur Höhe der vereinbarten Versicherungsleistung.

Was zahlen wir zusätzlich? – Artikel 18

1. Zusatzleistung
Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Artikel 25 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen davon bleiben Kosten nach Pkt. 2.3 des Artikel 25 Obliegenheiten.
2. Prämienfreie Mitversicherung eines neugeborenen Kindes
Kinder, die während der Laufzeit des Vertrages geboren werden, gelten ab Geburt für 6 Monate mit den Versicherungssummen der Mutter oder des Vaters mitversichert.
Sind beide Elternteile versichert, so gilt die höhere Versicherungssumme. Ausgenommen davon sind Taggeldleistungen und Leistungen aus der Lebensrente. Die Leistung für Unfalltod gem. Artikel 11 ist im Rahmen der Versicherungssumme mit den tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGBl II NR. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten begrenzt.

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie? – Artikel 19

1. Unsere Geldleistungen werden umgehend nach Beendigung aller unserer 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 Schadensanzeige nicht feststellen, haben wir auf Ihr Verlangen angemessene Vorschüsse zu leisten.
4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauerinvalidität“ ist überdies Artikel 8, Pkt.1 und Pkt. 6 zu beachten.

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten – Artikel 20

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den

Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern Sie bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.

2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 8. mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch uns zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen 6 Monaten ab Zugang unserer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne des Pkt. 1 unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen werden wir den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der von uns im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 25 Punkt 2.4. bis 2.7. gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.

6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangen wir die Entscheidung des Schiedsgutachters, so tragen wir dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 50 % 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 ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Pkt. 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.
4. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, sofern sie vorsätzlich begangen wurden;
5. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA;
6. im Zusammenhang mit einem Kriegsereignis, wenn der Staat, in dem die versicherte Person seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat, als kriegsführende Partei beteiligt ist oder wenn die Kriegsereignisse auf dem Gebiet dieses Staates stattfinden.
7. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
8. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie
 - durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes (BGBl. Nr. 227/1969) in der jeweils geltenden Fassung; außer jene die durch Heilbehandlung aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden
9. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen oder physischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
10. im Zuge von Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen vom Versicherungsschutz umfassten Unfall medizinisch bedingt waren.

Begrenzung des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlen wir nicht? – Artikel 21 und 22 Ausschlüsse – Artikel 21

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle:

1. bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit diese nicht unter die Bestimmungen des Artikel 6 Pkt. 4 fallen, sowie bei der Benützung von Militärluftfahrzeugen oder von Zivilluftfahrzeugen zu militärischen Zwecken;
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. die bei Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nördlichen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyleing, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie bei offiziellen Trainings für diese Veranstaltungen entstehen;

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes – Artikel 22

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns 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 Artikel 8 Pkt. 2 und 3 bemessen.

3. Haben Krankheiten oder Gebrechen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnützungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Fall einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens, zu vermindern, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnützungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
 - 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.
 - 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. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
 - Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems erbringen wir nur eine Leistung, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
4. Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
5. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende Mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt wurde und nicht anlagebedingt waren.

Pflichten des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen? – Artikel 23

Die erste oder einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des

Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.

Die nähere Bestimmung des Beginns dieser Frist von 14 Tagen, die weiteren Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit bei Zahlungsverzug oder bei nur teilweiser Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie, die Bestimmung des Beginns des Versicherungsschutzes bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung sowie weitere Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs sind in den §§ 38 und 39a VersVG geregelt.

Die nicht rechtzeitige Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie einschließlich Steuern berechtigt den Versicherer gemäß den Voraussetzungen des § 38 VersVG zum Rücktritt vom Vertrag. Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den in der Polizze vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Die Rechtsfolgen des Zahlungsverzugs mit Folgeprämien sind in den §§ 39 und 39a VersVG geregelt.

Was ist bei Änderung des Berufes oder der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten? – Artikel 24

Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebender besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen, wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrenhöhung im Sinne der §§ 23 oder 27 VersVG verbunden ist. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach unserem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen. Im Übrigen kommen in diesem Fall die Bestimmungen des §41a VersVG zur Anwendung.

Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer dem höheren Risiko angepassten Prämie.

Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung bzw. besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Polizze berechneten Prämien ergeben.

Bieten wir für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeit- Aktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 bis 30 VersVG (Gefahrerhöhung) Anwendung.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Änderungsvorschlags des Versicherers ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Kündigen Sie Ihren Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist, so gilt die von uns vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung. Wir werden Sie in dem Schreiben, mit dem der Änderungsvorschlag übermittelt wird, auf die Rechtsfolgen der Prämienhöhung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.

Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten?

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun? – Artikel 25

1. Als Obliegenheit vor Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Bestimmungen des § 6 Abs. 2 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweils 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. Als Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Bestimmungen des § 6 Abs. 3 VersVG (Obliegenheitsverletzung) bewirkt, werden bestimmt:
 - 2.1 Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen.
 - 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. Darüber hinaus hat die versicherte Person nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen.
 - 2.4 Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
 - 2.5 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte

zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

- 2.6 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.
- 2.7 Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.8 Für Spitalgeld oder Schmerzensgeld ist uns, wenn die versicherte Person in ein Spital eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- 2.9 Im Fall der Mitversicherung von Unfall- & Heilkosten bzw. Unfall- & Heilkosten mit Spital sind uns die Originalbelege zu überlassen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt zur Versicherungsperiode sowie zur Vertragsdauer und deren Verlängerung? – Artikel 26

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, sofern der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen wurde.
2. Vertragsdauer
 - 2.1 Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt
 - 2.2 Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer. Die Vertragslaufzeit verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen Monat vor Ablauf gekündigt wird (Ablaufkündigung). Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit unter Beachtung der vorerwähnten Frist von einem Monat zur Verfügung.
 - 2.3 Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit darüber informieren wird, dass dieser den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann; dabei wird der Versicherer auch auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterbliebener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen. Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen des Punktes 2.2.

Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? – Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung? – Artikel 27

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
 - 1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können sowohl Sie als auch wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung (im Falle von Renten die erste Rente) erbracht haben. Die Kündigung ist innerhalb eines Monats nach der Anerkennung dem Grunde nach oder der Auszahlung einer Versicherungsleistung vorzunehmen.
 - 1.2 Der Versicherer kann den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als zwei Versicherungsfälle eintreten und die Summe aus den Versicherungsleistungen das 2-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat spätestens binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem die 2-fache Jahresprämie durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist.
 - 1.3 Sie können mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Wir haben eine Kündigungsfrist von einem Monat einzuhalten.
 - 1.4 Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie bis zur Wirksamkeit der Vertragsauflösung zu.
2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen? – Artikel 28

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 bis 80 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, 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 versicherten Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag

geltend machen. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden? – Artikel 29

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Andere gesetzliche Gerichtsstände des Verbrauchers bleiben davon unberührt, z. B. ihr Wohnsitzgerichtsstand. Hat ein selbständiger Vermittler am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Vermittler zur Zeit der Vermittlung oder Ablebens seine gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen seiner gewerblichen Niederlassung - seinen Wohnsitz hatte. Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht erheben.

Wie sind Erklärungen abzugeben und wie erfolgt die Zustellung nach Wohnsitzwechsel? – Artikel 30

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen an den Versicherer 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. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gem. § 4 Abs 1 SVG ist der eigenhändigen Unterschrift gleichgestellt.

Der Versicherungsnehmer hat einen Wechsel seiner Anschrift bzw. einen Wechsel der Anschrift der versicherten Person dem Versicherer bekanntzugeben.

Welches Recht ist anzuwenden? – Artikel 31

Es gilt österreichisches Recht.

Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, 1090 Wien.

Beschwerdestellen

Ihre Beschwerden können Kunden an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, richten, auch per E-Mail an info@uniqa.at. Eine Beschwerde wird von uns unverzüglich der für die Bearbeitung eingesetzten Person zugewiesen. Zu jeder Beschwerde werden wir binnen zwei Wochen eine Stellungnahme abgeben. Sie können sich aber auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Schwarzenbergplatz 7, 1030 Wien, E-Mail: info@vvo.at wenden.

Allgemeine Bestimmungen, Vertragsgrundlagen

Auf Ihren Versicherungsvertrag finden außer den vorliegenden Bedingungen folgende Bestimmungen Anwendung:

Die in der Polizze getroffenen Vereinbarungen (z. B. Vertragsklauseln)

Das Versicherungsvertragsgesetz in der jeweils geltenden Fassung.

ANHANG A

Auszug aus dem Signatur- und Vertrauensdienstegesetz (SVG) sowie Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 (VersVG)

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

§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 Zweck 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 Verletzung weder auf 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 der 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.

§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 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 in geschriebener Form übermittelten 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 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 Rechtsfolge 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 Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

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

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

(2) Der Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

(3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die

Risiken bestimmter Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§28. (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.

(2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

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

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

§38. (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

(2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalls und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.

(3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§39.(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach Abs. 2 und 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, ohne Beachtung dieser Vorschriften, ist unwirksam.

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

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

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

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

§41a. (1) Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages oder nach Abschluß des Vertrages wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, daß die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.

(2) Das gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlaßt worden ist.

§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 Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§76. (1) Der Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.

(2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.

(3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, dass der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§77. Der Versicherungsnehmer ist nicht verpflichtet, dem Versicherten oder, falls über das Vermögen des Versicherten ein Insolvenzverfahren eröffnet ist, dem Insolvenzverwalter beziehungsweise dem Treuhänder der Gläubiger den Versicherungsschein auszuliefern, bevor er wegen der ihm gegen den Versicherten in Bezug auf die versicherte Sache zustehenden Ansprüche befriedigt ist. Er kann sich für diese Ansprüche aus der Entschädigungsforderung gegen den Versicherer und nach der Einziehung der Forderung aus der Entschädigungssumme vor dem Versicherten und dessen Gläubigern befriedigen.

§78. Soweit nach den Vorschriften dieses Bundesgesetzes die Kenntnis und das Verhalten des Versicherungsnehmers von rechtlicher Bedeutung ist, kommt bei der Versicherung für fremde Rechnung auch die Kenntnis und das Verhalten des Versicherten in Betracht.

§79. (1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der Versicherungsnehmer den Vertrag ohne Auftrag des Versicherten abgeschlossen und beim Abschluß das Fehlen des Auftrages dem Versicherer nicht angezeigt, so braucht dieser die Einwendung, dass der Vertrag ohne Wissen des Versicherten abgeschlossen worden ist, nicht gegen sich gelten zu lassen.

§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.

§184. (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt

werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.

(2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.

(3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

ANHANG B**Progressionsstaffel Dauerinvalidität upgrade bis 300%**

Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer Dauerinvalidität aufgrund der Progressionsvariante Dauerinvalidität upgrade bis 300% (Artikel 8 Pkt. 7.2) gemäß folgender Progressionsstaffel erbracht.

Bis unter 26 %: Leistung entsprechend dem Invaliditätsgrad		Von 26 % bis unter 100 %: Leistung entsprechend der Progressionsstaffel						Bei 100 %: Leistung von 300 % der Versicherungssumme	
Invalidität	Leistung*	Invalidität	Leistung*	Invalidität	Leistung*	Invalidität	Leistung*	Invalidität	Leistung*
1 %	1 %	26 %	26,03 %	51 %	63,40 %	76 %	141,79 %	100 %	300 %
2 %	2 %	27 %	27,06 %	52 %	65,54 %	77 %	146,29 %		
3 %	3 %	28 %	28,11 %	53 %	67,76 %	78 %	150,93 %		
4 %	4 %	29 %	29,20 %	54 %	70,04 %	79 %	155,71 %		
5 %	5 %	30 %	30,32 %	55 %	72,38 %	80 %	160,64 %		
6 %	6 %	31 %	31,47 %	56 %	74,80 %	81 %	165,71 %		
7 %	7 %	32 %	32,66 %	57 %	77,29 %	82 %	170,94 %		
8 %	8 %	33 %	33,88 %	58 %	79,86 %	83 %	176,32 %		
9 %	9 %	34 %	35,14 %	59 %	82,50 %	84 %	181,87 %		
10 %	10 %	35 %	36,44 %	60 %	85,22 %	85 %	187,58 %		
11 %	11 %	36 %	37,77 %	61 %	88,03 %	86 %	193,46 %		
12 %	12 %	37 %	39,15 %	62 %	90,92 %	87 %	199,52 %		
13 %	13 %	38 %	40,57 %	63 %	93,89 %	88 %	205,76 %		
14 %	14 %	39 %	42,03 %	64 %	96,96 %	89 %	212,20 %		
15 %	15 %	40 %	43,53 %	65 %	100,11 %	90 %	218,82 %		
16 %	16 %	41 %	45,08 %	66 %	103,37 %	91 %	225,64 %		
17 %	17 %	42 %	46,68 %	67 %	106,72 %	92 %	232,67 %		
18 %	18 %	43 %	48,33 %	68 %	110,17 %	93 %	239,91 %		
19 %	19 %	44 %	50,02 %	69 %	113,72 %	94 %	247,37 %		
20 %	20 %	45 %	51,76 %	70 %	117,38 %	95 %	255,05 %		
21 %	21 %	46 %	53,56 %	71 %	121,15 %	96 %	262,97 %		
22 %	22 %	47 %	55,41 %	72 %	125,04 %	97 %	271,12 %		
23 %	23 %	48 %	57,32 %	73 %	129,04 %	98 %	279,51 %		
24 %	24 %	49 %	59,29 %	74 %	133,16 %	99 %	288,16 %		
25 %	25 %	50 %	61,31 %	75 %	137,41 %				

*in % von der Versicherungssumme für Dauerinvalidität