

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsbedingungen für die Sparte Unfall des zwischen Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touringclub (im Folgenden ÖAMTC) und der UNIQA Österreich Versicherungen AG (im Folgenden UNIQA oder wir) geschlossenen Gruppenversicherungsvertrages.

Artikel 1: Versicherungsschutz

Wer ist versichert?

Was ist versichert?

Was gilt als Versicherungsfall?

Wo gilt die Versicherung?

Wann gilt die Versicherung?

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Vertragsgrundlagen

Artikel 2: Versicherungsleistungen

Was leisten wir im Versicherungsfall?

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie?

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Artikel 3: Begrenzung des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlen wir nicht?

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Artikel 4: Pflichten der Versicherten Person

Wann ist das Versicherungsentgelt zu bezahlen?

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?

Artikel 5: Sonstige Vertragsbestimmungen

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem

Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten

aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag

gerichtlich geltend gemacht werden?

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Welches Recht ist anzuwenden?

Beschwerdestelle

Versicherungsschutz – Artikel 1

Wer ist versichert?

Die UNIQA (als Versicherer) und der ÖAMTC (als Versicherungsnehmer) haben einen Gruppenversicherungsvertrag geschlossen. Diesem Versicherungsvertrag können die Mitglieder des ÖAMTC und die mit ihnen im gemeinsamen Haushalt lebenden Partner und Kinder bis zur Vollendung des Kalenderjahres, in dem diese das 19. Lebensjahr vollendet haben, beitreten. Durch ihren Beitritt werden diese Personen zu „versicherten Personen“ unter dem Gruppenversicherungsvertrag.

Was ist versichert?

Versicherungsschutz besteht für Verletzungsfolgen nach einem Unfall bei der Benützung von Fahrrädern für die mit Personendaten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum) eindeutig bezeichneten ÖAMTC-Mitgliedern bzw. deren Familienmitgliedern, die durch vorherigen Beitritt, der entweder online im Bereich „Mein ÖAMTC“ auf der Homepage des Versicherungsnehmers oder gegenüber einem Mitarbeiter des Versicherungsnehmers an einem Stützpunkt des Versicherungsnehmers erklärt werden kann, dem Versicherungsvertrag als versicherte Personen Gruppenversicherungsvertrag beigetreten sind.

Was gilt als Versicherungsfall?

Ein Fahrradunfall liegt vor, wenn die versicherte Person bei der Benützung eines Fahrrades, E-Bikes, Scooters oder E-Scooters ohne Kennzeichenpflicht durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt weltweit.

Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die nach einem Beitritt online im Bereich „Mein ÖAMTC“ auf der Homepage des Versicherungsnehmers oder gegenüber einem Mitarbeiter des Versicherungsnehmers an einem Stützpunkt des Versicherungsnehmers, ab dem Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.

Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt sobald das Mitglied dem Gruppenversicherungsvertrag als versicherte Person online im Bereich „Mein ÖAMTC“ beigetreten ist oder den Beitritt gegenüber einem Mitarbeiter des Versicherungsnehmers an einem Stützpunkt des Versicherungsnehmers erklärt hat, mit dem der Beitrittserklärung folgenden Tag um 0.00 Uhr. Der Versicherungsschutz endet am 1.1. des Folgejahres um 24.00 Uhr automatisch, es sei denn, die versicherte Person hat den Versicherungsschutz durch Bezahlung des auf sie entfallenden Versicherungsentgeltes um ein weiteres Jahr verlängert.

Versicherungsleistungen – Artikel 2

Was leisten wir im Versicherungsfall?

Dauernde Invalidität

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.

Art und Höhe der Leistung:

Die Invaliditätsleistung zahlen wir abhängig vom Invaliditätsgrad als Rente und als Einmalleistung aus.

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 Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

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 (dies gilt unter anderem auch für den Fall, dass bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt gewesen ist).

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.

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

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.

Stirbt die versicherte Person

- unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, bezahlen wir keine Leistung für dauernde Invalidität;
- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, leisten wir nach dem Grad der dauernden Invalidität mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;
- unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, leisten wir ebenfalls nach dem Grad der dauernden Invalidität, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

Lebensrente

Führt der Fahrradunfall zu einer dauernden Invalidität von mindestens 50%, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die volle Lebensrente in Höhe von **300,- Euro** bezahlt.

Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats, in dem der Versicherte stirbt, oder wenn die ärztliche Bemessung innerhalb der Neubemessungsfrist von 4 Jahren nach dem Unfalltag ergeben hat, dass der Invaliditätsgrad unter 50% 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 der Versicherte vor Ablauf der Garantiedauer, so wird die Rente bis zum Ende der Garantiedauer an die Erben – sofern keine andere Vereinbarung getroffen wurde – bezahlt.

Einmalleistung

Bei dauernder Invalidität zahlen wir ab einem Gesamtinvaliditätsgrad von 50% eine Einmalleistung von **3.000,- Euro**.

Todesfall

Tritt innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag angerechnet, der Tod als Folge des Unfalls ein, bezahlen wir die für den Todesfall versicherte Summe in Höhe von **6.000,- Euro**.

Die oben erwähnten Leistungen (Lebensrente, Einmalleistung und Todesfall) sind abschließend, darüber hinaus werden im Versicherungsfall Unfall keine weiteren Zahlungen geleistet.

Wann sind unsere Leistungen fällig und wann verjähren sie?

1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der Unterlagen, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und den Abschluss des Heilverfahrens uns oder dem ÖAMTC vorzulegen hat.
2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.
4. Für die Verjährung gilt § 12 Vers VG.

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies die versicherte Person bei der Versicherungsleistung Dauernde Invalidität bzw. der Bezugsberechtigte bei der Versicherungsleistung Todesfall nach Unfall (im weiteren Text wird nicht mehr unterschieden und der Begriff Anspruchsberechtigten verwendet) 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 Vers VG 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 4 gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. 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 Punkt 2.) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

Begrenzung des Versicherungsschutzes – Art.3

In welchen Fällen zahlen wir nicht?

Der Versicherungsschutz umfasst nicht:

1. Unfälle bei der berufssportlichen Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
2. Unfälle, die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
3. Unfälle, die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
4. 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;

5. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
6. Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person (Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren).

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

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 analog Artikel 2 „Dauernde Invalidität“ bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen, bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte 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 abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert. 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.
3. 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.
4. 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 der versicherten Person – Artikel 4

Wann ist das Versicherungsentgelt zu bezahlen?

Im Zuge der Beitrittserklärung oder Verlängerung des Versicherungsschutzes wird das für die Versicherung vorgesehene Versicherungsentgelt vom ÖAMTC-Mitglied an den Versicherungsnehmer überwiesen und mit der Bezahlung ist der Beitritt zur Gruppenunfallversicherung vollzogen.

Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?

Verpflichtungen nach Eintritt eines Unfalles:

1. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen; ein Todesfall innerhalb von drei Tagen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.
2. Nach jedem Unfall ist ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen.
3. Es sind alle verlangten sachdienlichen Hinweise zu erteilen, die zur Festlegung des Versicherungsfalles

oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich sind. Ein Unfallbericht ist auszufüllen.

4. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte (Vertrauensarzt) untersuchen lässt.
5. Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte 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.
6. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte zu erteilen.

Sonstige Vertragsbestimmungen – Artikel 5

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

- Die Vorschriften der §§ 75 ff Vers VG (Versicherung für fremde Rechnung) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Gruppenversicherungsvertrag (z.B. Kündigung des Gruppenversicherungsvertrages) ausschließlich dem Versicherungsnehmer zustehen. Das gilt nicht für die Geltendmachung von Ansprüchen auf Leistung im Versicherungsfall, die ausschließlich von den versicherten Personen geltend zu machen sind.
- Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherten Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Die versicherten Personen können Klagen gegen UNIQA bei jenem in Österreich belegenden, sachlich zuständigem Gericht einbringen, in dessen Sprengel ihr Wohnsitz liegt.

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person 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.

Welches Recht ist anzuwenden?

Es gilt österreichisches Recht.

Beschwerdestelle

Ihre Beschwerden können Kunden entweder an UNIQA Österreich Versicherungen AG, Untere Donaustraße 21, 1029 Wien, oder per E-Mail an info@uniqua.at richten. Eine Beschwerde wird von uns unverzüglich der für die Bearbeitung eingesetzten Person zugewiesen. Zu jeder Beschwerde werden wir binnen zwei Wochen eine Stellungnahme abgeben.

Im Falle einer Beschwerde mit einem Datenschutzbezug kann/können sich die versicherte(n) Person(en) an den Datenschutzbeauftragten von UNIQA Österreich Versicherungen AG, E-Mail: datenschutz@uniqa.at wenden. Zusätzlich hat/haben die versicherte(n) Person(en) eine Beschwerdemöglichkeit bei der österreichischen Datenschutzbehörde: Österreichische Datenschutzbehörde, Wickenburggasse 8-10, 1080 Wien, E-Mail: dsb@dsb.gv.at.

Sie können sich aber auch an den Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO), Schwarzenberg Platz 7, 1030 Wien, E-Mail: info@vvo.at wenden.

Sollte es sich beim Vertrag um ein Verbrauchergeschäft handeln, können Sie sich auch an die Schlichtungsstelle für Verbrauchergeschäfte, Mariahilfer Straße 103/1/18, 1060 Wien, E-Mail: office@verbraucherschlichtung.at und an die Beschwerdestelle des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Stubenring 1, 1010 Wien, E-Mail: versicherungsbeschwerde@sozialministerium.at wenden. Unabhängig davon besteht die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten.