

75V - ALLGEMEINE BEDINGUNGEN FÜR DIE UNFALLVERSICHERUNG (AUVB 2017)

INHALTSVERZEICHNIS

Abschnitt A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

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

Abschnitt B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

- Artikel 7 Was gilt bei vereinbarter Leistung Dauernde Invalidität?
- Artikel 8 Was gilt bei vereinbartem Turbo-Hit?
- Artikel 9 Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallrente?
- Artikel 10 Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?
- Artikel 11 Was gilt bei vereinbarter Leistung Taggeld?
- Artikel 12 Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?
- Artikel 13 Was gilt bei vereinbarter Leistung Schmerzensgeld?
- Artikel 14 Was gilt bei vereinbarter Leistung Erweiterte Heilkosten?
- Artikel 15 Was gilt bei vereinbarter Leistung Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten?
- Artikel 16 Was gilt bei vereinbarter Leistung Knochenbruch?
- Artikel 17 Was zahlen wir zusätzlich?
- Artikel 18 Welche Sonderleistungen gelten versichert?
- Artikel 19 Was gilt für die Kinderunfallversicherung?
- Artikel 20 Was gilt für die Erwachsenenunfallversicherung?
- Artikel 21 Was gilt für die Partnerunfallversicherung?
- Artikel 22 Was gilt für die Alleinerzieherunfallversicherung?
- Artikel 23 Was gilt für die Familienunfallversicherung?
- Artikel 24 entfällt
- Artikel 25 Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?
- Artikel 26 Was geschieht bei Meinungsverschiedenheiten?

Abschnitt C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

- Artikel 27 Welche Unfälle sind eingeschränkt versichert?
- Artikel 28 Welche Unfälle sind ausgeschlossen?
- Artikel 29 Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

Abschnitt D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

- Artikel 30 Wann ist die Prämie zu bezahlen?
- Artikel 31 Was ist bei Änderung des Wohnortes, des Berufes, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?
- Artikel 32 Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

Abschnitt E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

- Artikel 33 Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?
- Artikel 34 Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden? Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?
- Artikel 35 Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu? Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?
- Artikel 36 Wie sind Erklärungen abzugeben?
- Artikel 37 Welches Recht gilt?

ANHANG

Rententafel

Vorbemerkung:

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit dem Versicherer abschließt.

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

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ**Artikel 1**Was ist versichert?

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

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

Artikel 2Was ist der Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. 6).

Artikel 3Wo gilt die Versicherung?

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4Wann gilt die Versicherung?

Versichert sind Unfälle, die sich während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes ereignen.

Artikel 5Wann beginnt die Versicherung?

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 30 geregelt.

War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung, sofern der Versicherungsvertrag noch besteht.

Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a VersVG.

Artikel 6Was ist ein Unfall?

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

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- Ertrinken;
- Gesundheitsschädigung infolge unabsichtlicher Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe;
- Gesundheitsschädigung infolge Einnahme von verdorbenen Lebensmitteln (Lebensmittelvergiftung);
- Gesundheitsschädigung infolge Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr;
- Gesundheitsschädigung infolge Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Dünsten, Staubwolken, Säuren oder ähnlich schädlichen Stoffen, auch ohne Vorliegen eines plötzlichen Ereignisses, wenn die versicherte Person den Einwirkungen längstens 7 Tage ausgesetzt ist;
- Unfälle, die sich infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles ereignen (siehe auch Art. 29, Pkt. 4);
- Unfälle, die sich infolge Bewusstseinsstörungen ereignen (siehe jedoch Art. 28, Pkt. 11);
- Gesundheitsschädigung, die die versicherte Person bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben und/oder Sachen erleidet;
- 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 Art. 29, Pkt. 3 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung.

- Gesundheitsschädigung nach einer Schutzimpfung gegen Infektionskrankheiten, wenn die Gesundheitsschädigung spätestens 15 Tage nach Durchführung der Schutzimpfungen, aber frühestens 15 Tage nach Beginn und spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung medizinisch festgestellt wird. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder Dauernde Invalidität erbracht.

3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen.

3.1. Dies gilt nicht für Kinderlähmung, die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose, wenn die Erkrankung frühestens 15 Tage nach Beginn und spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung medizinisch festgestellt wird. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder Dauernde Invalidität erbracht.

3.2. Dies gilt nicht für durch einen Unfall verursachten Wundstarrkrampf und Tollwut. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder Dauernde Invalidität erbracht.

3.3. Dies gilt nicht für durch Insektenstiche oder durch von sonstigen Tieren verursachte Hautverletzungen übertragene Infektionskrankheiten. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder Dauernde Invalidität erbracht.

4. Hinsichtlich dauerhafter Gesundheitsschädigungen (insbesondere allergische Reaktionen), die durch Insektenstiche oder durch von sonstigen Tieren verursachte Hautverletzungen ausgelöst wurden, findet Art. 29, Pkt. 3 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) keine Anwendung. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder Dauernde Invalidität erbracht.

5. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet.

Kein Versicherungsschutz besteht, wenn die versicherte Person

- mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder ein sonstiges Besatzungsmitglied ist,
- mittels des Luftfahrzeuges eine beruflichen Tätigkeit ausübt oder
- Raumfahrzeuge benützt.

ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Artikel 7

Was gilt bei vereinbarter Leistung Dauernde Invalidität?

1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt. Die Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit Dauernden Invalidität hervorgehen, bei sonstigem Rechtsverlust innerhalb von 18 Monaten ab dem Unfalltag gerechnet bei uns schriftlich geltend gemacht worden.

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

2.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.2. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten gemäß nachstehender verbesserter Gliedertaxe ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

- eines Armes	80 %
- einer Hand	60 %
- eines Daumens	20 %
- eines Zeigefingers	10 %
- eines anderen Finger	5 %
- eines Beines	70 %
- eines Fußes	50 %
- einer großen Zehe	5 %
- einer anderen Zehe	2 %
- der Sehkraft beider Augen	100 %
- der Sehkraft eines Auges	40 %
- sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
- des Gehörs beider Ohren	80 %
- des Gehörs eines Ohres	25 %
- sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles verloren war	45 %

- des Geruchssinnes	10 %
- des Geschmackssinnes	10 %
- der Milz	10 %
- einer Niere	20 %
- beider Nieren oder wenn die Funktion der zweiten Niere vor dem Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	60 %
- Stimme	80 %

2.3. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird vom Invaliditätsgrad der Grad der Vorinvalidität abgezogen.

4. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

5. Die Versicherungsleistung wird bei Vorliegen einer dauernden Invalidität und nach Berücksichtigung der sachlichen Begrenzungen gemäß Art. 29 gemäß folgender Progressionsstaffel erbracht.

von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %	von %	auf %
1	1	21	21	41	73	61	155	81	267
2	2	22	22	42	76	62	160	82	274
3	3	23	23	43	79	63	165	83	281
4	4	24	24	44	82	64	170	84	288
5	5	25	25	45	85	65	175	85	295
6	6	26	28	46	88	66	180	86	302
7	7	27	31	47	91	67	185	87	309
8	8	28	34	48	94	68	190	88	316
9	9	29	37	49	97	69	195	89	323
10	10	30	40	50	100	70	200	90	500
11	11	31	43	51	105	71	205	91	500
12	12	32	46	52	110	72	210	92	500
13	13	33	49	53	115	73	215	93	500
14	14	34	52	54	120	74	220	94	500
15	15	35	55	55	125	75	225	95	500
16	16	36	58	56	130	76	232	96	500
17	17	37	61	57	135	77	239	97	500
18	18	38	64	58	140	78	246	98	500
19	19	39	67	59	145	79	253	99	500
20	20	40	70	60	150	80	260	100	500

Erläuterungen der Progressionsstaffel:

- Der 25 % übersteigende und 50 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verdreifacht
- Der 50 % übersteigende und 75 % nicht übersteigende Invaliditätsgrad wird verfünffacht
- Der 75 % übersteigende Invaliditätsgrad wird versiebenfacht
- Ab 90 % Dauernde Invalidität beträgt die Leistung 500 %

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

7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Artikel 8

Was gilt bei vereinbartem Turbo-Hit?

Bei Vereinbarung eines Turbo-Hits findet eine von Art. 7, Pkt.5 abweichende Berechnung der Versicherungsleistung für die Dauernde Invalidität gemäß besonderer Vereinbarung Anwendung.

Artikel 9

Was gilt bei vereinbarter Leistung Unfallrente?

1.1. Führt der Unfall zu einer Dauernden Invalidität im Sinne des Art. 7 von mindestens 50 %, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person eine monatliche Unfallrente in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme (monatlichen Unfallrente) bezahlt. Art. 7, Pkt. 5 findet keine Anwendung.

1.2. Abweichend von Art. 29, Pkt. 3 werden Vorgebrechen, die schon vor dem Unfall bestanden haben und die Unfallfolgen beeinflussen, unabhängig von der Anteilshöhe berücksichtigt (d.h., auch wenn der Anteil unter 25 % beträgt).

2.1. Die Unfallrente wird nach Fälligkeit der Leistung gemäß Art. 25 rückwirkend ab dem auf den Unfalltag folgenden Monatsersten geleistet.

2.2. Die Unfallrente wird monatlich im Voraus bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem die versicherte Person stirbt. Stirbt die versicherte Person nach Fälligkeit der ersten Rente innerhalb von 10 Jahren, wird die Rentenzahlung jedenfalls für den auf die Dauer von 10 Jahren fehlenden Zeitraum an die bezugsberechtigte Person fortgesetzt (Rentengarantie). Diese Rentengarantie gilt nur, wenn die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt bereits das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.3. Gewinnberechtigung

Sobald eine Unfallrente zur Auszahlung gelangt, nimmt sie im Wege der Gewinnbeteiligung an den von uns erzielten Überschüssen teil. Die Aufteilung der Überschüsse erfolgt über Gewinn- und Abrechnungsverbände, in denen alle gleichartigen Versicherungsverträge zusammengefasst sind. Liquide Unfallrenten gehören dem Gewinnverband U an. Die Gewinnbeteiligung erhöht die laufende Rente. Der auf den vereinbarten Vertrag entfallende Gewinn wird alljährlich am 31. Dezember gutgeschrieben.

Die erstmalige Gutschrift erfolgt am 31. Dezember im ersten Kalenderjahr nach Fälligkeit der Leistung gemäß Art. 25, d.h. nach der erstmaligen Rentenauszahlung.

Für die Höhe des Gewinnanteiles sind die von den Unternehmensorganen des Versicherers diesbezüglich gefassten Beschlüsse maßgeblich.

Der Anspruch auf den Gewinnanteil entsteht mit der Beschlussfassung.

Vorangehende Zahlenangaben über die Gewinnbeteiligung sind Beispielrechnungen, die auf Schätzungen beruhen. Solche Angaben sind daher unverbindlich. Der Prozentsatz der Erhöhung wird von uns im jeweiligen Geschäftsbericht veröffentlicht.

3. Bezugsberechtigung

Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die Erben bezugsberechtigt.

Artikel 10

Was gilt bei vereinbarter Leistung Todesfall?

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall vereinbarte Summe ausbezahlt.

2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für Dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Dauernde Invalidität können wir nicht zurückverlangen.

3. Bezugsberechtigung

Sofern keine andere Vereinbarung getroffen wird, sind im Falle des Todes die Erben bezugsberechtigt.

Artikel 11

Was gilt bei vereinbarter Leistung Taggeld?

1. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf der versicherten Person, längstens jedoch für 365 Tage gezahlt, wenn und soweit die vollständige Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag vorliegt.

2. Voraussetzungen für die Leistung:

2.1. Die versicherte Person übt zum Zeitpunkt des Unfalles einen sozialversicherungspflichtigen Beruf aus.

2.2. Übt die versicherte Person im Zeitpunkt des Unfalles keinen sozialversicherungspflichtigen Beruf aus, leisten wir nur, wenn die versicherte Person aufgrund des Unfalles bei der Bewältigung des Alltags wesentlich (d.h. zumindest zu 75 %) behindert ist.

beeinträchtigt ist und sich in ärztlicher Behandlung befindet. Die Leistung wird längstens für 180 Tage ab dem Unfalltag erbracht, wobei für die ersten 30 Tage die Entschädigung um 50 % reduziert wird. Für die Feststellung der Beeinträchtigung sind die typischen Alltagsbeschäftigungen der versicherten Person maßgebend. Die Beeinträchtigung ist nach medizinischen Gesichtspunkten festzustellen.

3. Bei Vereinbarung einer Karenzfrist leisten wir das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist.

Artikel 12

Was gilt bei vereinbarter Leistung Spitalgeld?

1. Spitalgeld wird bei einer wegen eines Versicherungsfalles medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung der versicherten Person, längstens jedoch für 365 Tage gezahlt, wenn und soweit die Heilbehandlung innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag vorgenommen wird.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.

Artikel 13

Was gilt bei vereinbarter Leistung Schmerzensgeld?

1. Wir erbringen nach einem medizinisch bedingten, ununterbrochenen stationären Spitalsaufenthalt von mindestens 10 Tagen innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag eine Leistung in der Höhe von EUR 1.000,--. Beträgt der ununterbrochene Spitalsaufenthalt mindestens 20 Tage, erhöht sich unsere Leistung auf EUR 3.000,--.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Kranken-Reviere der Exekutive.

Artikel 14

Was gilt bei vereinbarter Leistung Erweiterte Heilkosten?

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden von uns Erweiterte Heilkosten ersetzt, soweit die diesen zugrundeliegenden Heilmaßnahmen innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an vorgenommen werden und soweit dafür Ersatz nicht von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger verlangt werden kann.

Erweiterte Heilkosten sind:

1. Heilkosten, 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. Ist bei minderjährigen Personen die Vornahme eines erstmaligen Zahnersatzes aus medizinischen Gründen nicht innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag möglich, so werden anstelle der aufgewendeten Kosten maximal 70 % der tatsächlich zu erwartenden Kosten (z.B. anhand eines Heil- und Kostenplans) ersetzt.

Kosten von privaten Arztbehandlungen sind jedoch nur versichert, wenn private Behandlungen anstelle der von Sozialversicherungsträgern bzw. deren Vertragspartnern (Kassenärzte) angebotenen Behandlungen aus ärztlicher Sicht notwendig sind.

Die Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung für vor dem Unfall vorhandene künstliche Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe gelten unter folgenden Voraussetzungen mitversichert:

- Durch das versicherte Unfallereignis muss zusätzlich (neben der Beschädigung der vorhandenen künstlichen Gliedmaßen, Zahnersätze oder sonstiger künstlicher Behelfe) eine Körperverletzung eintreten, die unmittelbar ärztlich behandelt bzw. versorgt wird.
- Dem Versicherer muss eine schriftliche Bestätigung dieser Behandlung bzw. Versorgung (Arzt oder Krankenhaus) überbracht werden.
- Im Rahmen der auf Erstes Risiko vereinbarten Summe für Erweiterte Heilkosten werden die notwendigen Reparaturkosten oder der Wiederbeschaffungswert am Tag des Unfallereignisses ersetzt.

Kosten für Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte sowie für Sonderklasse in Krankenanstalten (Krankenhäusern und Spitälern) werden nicht ersetzt.

Im Ausland entstandene Arzt- und Medikamentenkosten werden - unter Einrechnung der übrigen Erweiterten Heilkosten - bis maximal 200 % der vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

2. Kosten für kosmetische Operationen, die zur Behebung unfallbedingter Entstellungen notwendig sind und innerhalb von 4 Jahren ab Unfalltag vorgenommen werden. Diese Kosten werden bis EUR 20.000,-- ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme ersetzt.

3. Kinderbegleitkosten, welche für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Person aufgewendet werden, wenn das versicherte Kind vor Vollendung des 18. Lebensjahres zumindest 24 Stunden stationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird. Kinderbegleitkosten werden bis maximal 10 % der vereinbarten Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten ohne Anrechnung auf diese ersetzt.

4. Kosten für Traditionelle Chinesische Medizin (TCM), die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet werden. Diese Kosten werden bis maximal 50 % der vereinbarten Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten auch ohne ärztliche Verordnung ersetzt.

5. eine Beihilfe in der Höhe von EUR 250,-- für eine Kur. Die Kurkostenbeihilfe wird nach einem versicherten Unfall bezahlt, wenn die versicherte Person innerhalb von 4 Jahren ab Unfalltag wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen aus medizinischen Gründen eine Kur von mindestens 21 Tagen vollständig durchführt. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten bezahlt.

6. eine Beihilfe in der Höhe von EUR 150,-- für Nachhilfe. Das Nachhilfegeld wird nach einem versichertem Unfall bezahlt, wenn das versicherte Kind innerhalb von einem Jahr vom Unfalltage an gerechnet, wegen der durch das Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen eine Nachhilfe benötigt und nachweislich in Anspruch nimmt. Das versicherte Kind muss sich zum Zeitpunkt des Unfalles in Schulausbildung befinden und darf das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Beihilfe wird für jedes Unfallereignis nur einmal und ohne Anrechnung auf die vereinbarte Versicherungssumme für Erweiterte Heilkosten bezahlt.

Artikel 15

Was gilt bei vereinbarter Leistung Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten?

Bis zu EUR 10.000,-- werden von uns Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten ersetzt, soweit dafür Ersatz nicht von einem Sozialversicherungsträger zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger verlangt werden kann.

1. Bergungskosten umfassen die notwendigen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße nach einem Unfall oder wenn der Versicherte in Berg- oder Wassernot geraten ist.

2. Rückholkosten umfassen bei einem Unfall des Versicherten außerhalb seines Wohnortes die notwendigen Kosten des Transportes von der Unfallstelle oder dem Krankenhaus, in das der Versicherte nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort oder zu dem seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus.

Bei einem tödlichen Unfall werden die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

3. Hubschraubertransportkosten

Der Versicherungsschutz erstreckt sich nach Unfällen in Ausübung von Sport und Touristik auf die notwendigen Kosten eines Rettungstransportes mittels Hubschraubers. Die Hubschraubertransportkosten sind ab NACA III (gemäß jeweils aktuell gültigen NACA-S-SCORE) jedenfalls notwendige Kosten.

Ausgenommen davon sind:

- Unfälle in Österreich bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung; Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz erhält.
- Verkehrsunfälle
- Berufsunfälle im Sinne des ASVG

Artikel 16

Was gilt bei vereinbarter Leistung Knochenbruch?

Wir erbringen unabhängig vom Vorliegen einer dauernden Invalidität bei einem Knochenbruch, der sich während der Vertragslaufzeit ereignet, eine Leistung von EUR 250,-- pro Unfallereignis. Die Leistung steht nur einmal pro Versicherungsperiode zur Verfügung. Sowohl der knöcherne Bandausriss als auch Verletzungen der Epiphysenfuge (Wachstumsfuge) gelten nicht als Knochenbruch im Sinne dieser Bedingungen.

Artikel 17

Was zahlen wir zusätzlich?

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Art. 32, Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon die Kosten nach Art. 32, Pkt. 2.4.

Artikel 18

Welche Sonderleistungen gelten vereinbart?

1. Prämienfreistellung bei Babykarenz (gilt nur für Erwachsenenunfall)

Dem Versicherungsnehmer wird ab Antritt des Karenzurlaubes aus den versicherten Leistungen für Dauernde Invalidität und Tod prämienfreier Versicherungsschutz gewährt. Diese Freistellung gilt für maximal 6 Monate.

Bei Unterbrechung oder vorzeitiger Beendigung des Karenzurlaubes endet die Prämienfreistellung mit dem Tag der Unterbrechung oder vorzeitigen Beendigung und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn der Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des Antrittes des Karenzurlaubes bereits seit einem Jahr besteht.

Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung unter Angabe der genauen Dauer (Beginn und voraussichtliches Ende) des Karenzurlaubes verlangen.

Sind außer den Leistungen für Dauernde Invalidität und Tod noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Erweiterte Heilkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.), besteht hinsichtlich dieser Risiken für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

2. Prämienfreistellung bei Arbeitslosigkeit (gilt nur für Erwachsenenunfall)

Dem Versicherungsnehmer wird bei Arbeitslosigkeit aus den versicherten Leistungen für Dauernde Invalidität und Tod prämienfreier Versicherungsschutz gewährt. Diese Freistellung gilt für maximal 6 Monate.

Bei Antritt eines neuen Arbeitsverhältnisses (auch Selbstständigentätigkeit) endet die Prämienfreistellung mit dem ersten Arbeitstag und lebt nicht wieder auf.

Diese einmalige Prämienfreistellung wird nur dann gewährt, wenn der Versicherungsvertrag bei Beginn der Arbeitslosigkeit bereits seit einem Jahr besteht und die Arbeitslosigkeit zumindest 3 Monate dauert.

Der Versicherungsnehmer muss die Prämienfreistellung verlangen.

Sind außer den Leistungen für Dauernde Invalidität und Tod noch weitere Leistungen versichert (z.B.: Erweiterte Heilkosten, Taggeld, Spitalgeld, etc.), besteht hinsichtlich dieser Risiken für die Dauer der Prämienfreistellung kein Versicherungsschutz.

Artikel 19

Was gilt für die Kinderunfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person (siehe Polizze), wobei für die zu Vertragsbeginn minderjährige Person (Kind) der Versicherungsschutz auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres besteht (siehe Pkt. 2).

2. Tritt nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Versicherungsfall ein, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich ergeben, wenn man die für das tatsächliche Alter erforderlichen Prämienätze des dem Vertrag zugrundeliegenden Tarifs auf die für die versicherte Person bisher zu verrechnende Prämie anwendet.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag für die zu Vertragsbeginn minderjährige Person (Kind) nach Vollendung dessen 18. Lebensjahres zum Ende einer jeden Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.

3. Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr werden im Todesfall die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten bis zur Höhe von 10 % der für Dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.

Artikel 20

Was gilt für die Erwachsenenunfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherte Person (siehe Polizze).

2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während Wirksamkeit des Versicherungsschutzes neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten 12 Lebensmonate zu 100 % der in der Polizze genannten Summen für Dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,-- versichert. Eine Leistung wird von uns nur für Dauernde Invalidität erbracht.

Artikel 21

Was gilt für die Partnerunfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherten Personen (siehe Polizze).

2. Auf Ihr Verlangen kann der Vertrag jährlich zum Ende einer jeden Versicherungsperiode dahingehend geändert werden, dass ab diesem Zeitpunkt der Versicherungsschutz für die versicherten Personen in separaten Verträgen (jeweils als Erwachsenenunfall) fortgeführt wird, wobei die zukünftige Prämie dieser Verträge nach dem jeweils geltenden Tarif neu bemessen wird.

3. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während Wirksamkeit des Versicherungsschutzes neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten 12 Lebensmonate zu 100 % der in der Polizze genannten Summen für Dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,-- versichert. Eine Leistung wird von uns nur für Dauernde Invalidität erbracht.

4. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes die beiden versicherten Personen gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall die Erben.

Artikel 22

Was gilt für die Alleinerzieherunfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherten Personen (siehe Polizze), wobei für die zu Vertragsbeginn minderjährigen Personen (Kinder) der Versicherungsschutz auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres besteht (siehe Pkt. 2). Für die versicherten Kinder werden im Todesfall die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten bis zur Höhe von 10 % der für Dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme ersetzt und zwar auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

2. Tritt nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Versicherungsfall ein, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich ergeben, wenn man die für das tatsächliche Alter erforderlichen Prämienätze des dem Vertrag zugrundeliegenden Tarifs auf die für die versicherte Person bisher zu verrechnende Prämie anwendet.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag für die zu Vertragsbeginn minderjährigen Personen (Kinder) nach Vollendung deren 18. Lebensjahres zum Ende einer jeden Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.

3. Sofern und solange es sich bei den versicherten Personen noch um in Ausbildung befindliche und im gemeinsamen Haushalt lebende minderjährige Kinder (auch Adoptiv- und Pflegekinder) der versicherten Person handelt, findet die Bestimmung des Pkt. 2 erst nach Vollendung des 25. Lebensjahres Anwendung. Ein Wohnsitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt. Die Ableistung des Präsenz- oder Zivildienstes führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes. Den Nachweis über die Ausbildung (Studium, Fachhochschule, Lehre, etc.) hat die versicherte Person zu erbringen.

4. Auf Ihr Verlangen kann der Vertrag zum Ende einer jeden Versicherungsperiode dahingehend geändert werden, dass ab diesem Zeitpunkt der Versicherungsschutz für die versicherten Personen in separaten Verträgen (jeweils als Erwachsenenunfall) fortgeführt wird, wobei die zukünftige Prämie dieser Verträge nach dem jeweils geltenden Tarif neu bemessen wird.

5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten 12 Lebensmonate zu 100 % der in der Polizze genannten Summen für Dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,-- versichert. Eine Leistung wird von uns nur für Dauernde Invalidität erbracht.

6. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes der versicherten Personen die Erben bezugsberechtigt. Im Falle des Todes eines Kindes vor Vollendung des 18. Lebensjahres findet die Bestimmung gemäß Art. 19, Pkt. 3 Anwendung.

Artikel 23

Was gilt für die Familienunfallversicherung?

1. Versicherungsschutz besteht für die versicherten Personen (siehe Polizze), wobei für die zu Vertragsbeginn minderjährigen Personen (Kinder) der Versicherungsschutz auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres besteht (siehe Pkt. 2). Für die versicherten Kinder werden im Todesfall die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten bis zur Höhe von 10 % der für Dauernde Invalidität vereinbarten Versicherungssumme ersetzt und zwar auch nach Vollendung des 18. Lebensjahres.

2. Tritt nach Vollendung des 18. Lebensjahres ein Versicherungsfall ein, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich ergeben, wenn man die für das tatsächliche Alter erforderlichen Prämienätze des dem Vertrag zugrundeliegenden Tarifs auf die für die versicherte Person bisher zu verrechnende Prämie anwendet.

Sie sind berechtigt, den Versicherungsvertrag für die zu Vertragsbeginn minderjährigen Personen (Kinder) nach Vollendung deren 18. Lebensjahres zum Ende einer jeden Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen.

3. Sofern und solange es sich bei den versicherten Personen noch um in Ausbildung befindliche und im gemeinsamen Haushalt lebende minderjährige Kinder (auch Adoptiv- und Pflegekinder) der versicherten erwachsenen (volljährigen) Personen handelt, findet die Bestimmung des Pkt. 2 erst nach Vollendung des 25. Lebensjahres Anwendung. Ein Wohnsitz am Studienort gilt nicht als eigener Haushalt. Die Ableistung des Präsenz- oder Zivildienstes führt nicht zum Verlust des Versicherungsschutzes. Den Nachweis über die Ausbildung (Studium, Fachhochschule, Lehre, etc.) hat die versicherte Person zu erbringen.

4. Auf Ihr Verlangen kann der Vertrag zum Ende einer jeden Versicherungsperiode dahingehend geändert werden, dass ab diesem Zeitpunkt der Versicherungsschutz für die versicherten Personen in separaten Verträgen (jeweils als Erwachsenenunfall) fortgeführt wird, wobei die zukünftige Prämie dieser Verträge nach dem jeweils geltenden Tarif neu bemessen wird.
5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf alle während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes neugeborenen Kinder des Versicherungsnehmers ab dem Zeitpunkt der erfolgten Abnabelung (Durchtrennen der Nabelschnur). Die Neugeborenen sind für die ersten 12 Lebensmonate zu 100 % der in der Polizze genannten Summen für Dauernde Invalidität, maximal jedoch mit EUR 100.000,-- versichert. Eine Leistung wird von uns nur für Dauernde Invalidität erbracht.
6. Soweit nichts anderes vereinbart ist, sind im Falle des Todes eines der beiden Partner die beiden Partner gegenseitig bezugsberechtigt bzw. bei gleichzeitigem Todesfall, die Erben. Im Falle des Todes eines versicherten Kindes sind die Erben bezugsberechtigt. Im Falle des Todes eines Kindes vor Vollendung des 18. Lebensjahres findet die Bestimmung gemäß Art. 19, Pkt. 3 Anwendung.

Artikel 24
gilt ersatzlos gestrichen.

Artikel 25
Wann ist die Leistung fällig? Wann tritt Verjährung ein?

1. Die Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht des Versicherers fest, lässt sich aber aus Gründen, die der Versicherungsnehmer nicht verschuldet hat, die Höhe der Versicherungsleistung innerhalb eines Monats nach Eingang der Schadensanzeige nicht feststellen, hat der Versicherer auf Verlangen des Versicherungsnehmers angemessene Vorschüsse zu leisten.
4. Für Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ sind überdies Artikel 7, Pkte 6. und 7. zu beachten.

Artikel 26
Was geschieht 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, oder über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer 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 Pkt. 7 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 dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen 3 Monaten ab Zugang der in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne des Pkt. 1 sowie 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 wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer 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 Art. 32, Pkt. 2.6. 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 Pkt. 1. zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.

7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt er dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 0,5 % der für Tod und Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 5 % 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.

ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES

Artikel 27

Welche Unfälle sind eingeschränkt versichert?

1. Sofern keine besondere Vereinbarung erfolgt, wird eingeschränkt Versicherungsschutz geboten für Unfälle

1.1. bei der vereinsmäßigen Ausübung der Sportarten:

- Fußball
- Hand-, Volley- und Basketball

Als vereinsmäßige Ausübung wird die Ausübung der statutengemäßen Vereinstätigkeiten (Sportart) im Verein, bei Veranstaltungen des Vereins sowie außerhalb des Vereins im Auftrag des Vereins verstanden.

1.2. beim

- Reiten
Unter Reiten wird Reitsport jeglicher Art sowie der Fahrsport (Fahren mit Pferdefuhrwerken) und das Voltigieren (Durchführung von akrobatischen Turn- und Gymnastikübungen auf dem Pferdverstanden)
- Tauchen
- Klettern am Fels ab Schwierigkeitsgrad III gemäß der internationalen UIAA-Skala und Begehen von Kletterrouten ab Schwierigkeitsgrad C gemäß der fünfteiligen Buchstabenskala

1.3. beim Lenken von einspurigen Kraftfahrzeugen im Sinne des Kraftfahrzeuggesetz 1967 (KFG 1967) in der jeweils geltenden Fassung.

2. Eingeschränkter Versicherungsschutz bedeutet, dass die Berechnung der Versicherungsleistung in allen vereinbarten Bausteinen auf Basis 80 % der vereinbarten Versicherungssummen erfolgt (beachte jedoch die Ausschlüsse gemäß Art. 28, Pkte. 2 und 3).

3. Die Bestimmungen gemäß Pkt. 1.1. und 1.2. finden für versicherte Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und für gemäß Art. 22, Pkt. 3 und Art. 23, Pkt. 3 mitversicherte Personen keine Anwendung.

Artikel 28

Welche Unfälle sind ausgeschlossen?

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. die die versicherte Person als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit sie nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges erleidet; bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit; bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;

2. bei der Ausübung jeglicher Sportarten, wenn die versicherte Personen, direkt oder indirekt aus ihrer Sportausübung ein Einkommen von mehr als EUR 10.000,-- pro Jahr erzielt oder von der österreichischen Sporthilfe gefördert wird oder im Kader des Bundes oder Landes steht.

3. bei der vereinsmäßigen Ausübung der Sportarten:

- Fußball in den 4 höchsten nationalen Leistungsklassen (Bundes-, Erste-, Regional- und 1. Landesliga) oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader einer Auswahlmannschaft des Bundes

- Hand-, Volley- und Basketball in der höchsten nationalen Leistungsklasse oder bei einem ausländischen Verein oder im Kader der Auswahlmannschaft des Bundes

Als vereinsmäßige Ausübung wird die Ausübung der statutengemäßen Vereinstätigkeiten (Sportart) im Verein, bei Veranstaltungen des Vereins sowie außerhalb des Vereins im Auftrag des Vereins verstanden.

Diese Bestimmung findet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres und für gemäß Art. 22, Pkt. 3 und Art. 23, Pkt. 3 mitversicherte Personen keine Anwendung.

4. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen.
5. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisportes, des Snowboardens, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens und Rodelns sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
6. beim Bungee-Jumping, Base-Jumping, Free-Climbing (im Freien), Mountainbike-Downhill, Eisfallklettern, Rafting und Canyoning sowie bei der vereinsmäßigen Ausübung von Eishockey, Rugby und American Football; Rafting und Canyoning nur, sofern die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt über eine aufrechte Guidezertifizierung gemäß IRF bzw. CIC oder eine behördlich Autorisierung als Raftingguide bzw. Canyoningführer verfügt;

Als vereinsmäßige Ausübung wird die Ausübung der statutengemäßen Vereinstätigkeiten (Sportart) im Verein, bei Veranstaltungen des Vereins sowie außerhalb des Vereins im Auftrag des Vereins verstanden.

7. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz ein Tatbestandsmerkmal ist;
8. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
9. durch Innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
10. die mittelbar oder unmittelbar
 - durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen,
 - durch Kernenergie,
 - oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
11. die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet;
12. durch 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.

Artikel 29

Welche sachlichen Begrenzungen des Versicherungsschutzes gibt es?

1. Eine Versicherungsleistung wird von uns nur für die unmittelbar durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art. 7, Pkte. 2.3 und 3 bemessen.
3. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung - insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind - oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
4. 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.

5. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
6. 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.
7. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

ABSCHNITT D: PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS

Artikel 30

Wann ist die Prämie zu bezahlen?

1. Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: "Prämie") ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizza oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen.
2. Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.
3. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38, 39, 39a VersVG.

Artikel 31

Was ist bei der Änderung des Wohnortes, des Berufes, der Beschäftigung sowie besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zu beachten?

Veränderungen des im Antrag angegebenen Wohnortes, Berufes, Beschäftigung sowie die Aufnahme einer vertraglichen oder beruflichen Sportausübung oder einer im Antrag anzugebenden besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Personen sind unverzüglich anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst oder zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

Ergibt sich für den neuen Wohnort, die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährliche Freizeitaktivität des Versicherten gemäß des dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Tarifes:

- eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.
- eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem uns die Anzeige zugehen hätte müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie. Hierzu werden wir Ihnen nach Meldung des erhöhten Risikos einen Änderungsvorschlag übermitteln.

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

Tritt ein auf den neuen Wohnort, 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 ergeben, wenn man die für den neuen Wohnort, die neue Berufstätigkeit bzw. Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivität erforderlichen Prämienätze des dem Vertrag zugrundeliegenden Tarifs auf die für die versicherte Person bisher zu verrechnende Prämie anwendet.

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

Artikel 32

Was ist vor und nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten bzw. zu tun? (Obliegenheiten)

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass die versicherte Person als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, besitzt. Dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung unsere Leistungsfreiheit gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

2.1. Alle (auch mündliche) Angaben sind im Zuge der Schadensabwicklung (auch Abwicklung möglicher Regresse der Versicherungsleistungen) vollständig und wahrheitsgetreu zu machen.

2.2. Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche anzuzeigen.

2.3. Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen vom Bezugsberechtigten ab Kenntnis des Todesfalles und Bestehen des Versicherungsverhältnisses anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.4. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.

2.5. Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden. Außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.6. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person durch die von uns bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.7. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist uns nach der Entlassung aus dem Spital der Entlassungsbefund der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.8. Sind auch Erweiterte Heilkosten und/oder Bergungs-, Rückhol- und Hubschraubertransportkosten versichert, so sind uns die Originalbelege zu überlassen.

ABSCHNITT E: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN

Artikel 33

Was ist die Versicherungsperiode und wie regelt sich die Vertragsdauer?

1. Versicherungsperiode

Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen entrichtet wird.

2. Automatische Vertragsverlängerung

2.1. Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht drei Monate vor Ablauf gekündigt wird.

Für die Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung der zuvor bestimmten Frist von 3 Monaten, zur Verfügung.

2.2. Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer auf die Rechtsfolge der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens sechs Monate, spätestens aber vier Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit besonders hinweisen wird.

2.3. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

Artikel 34

Wann und unter welchen Voraussetzungen kann gekündigt werden?

Wann erlischt der Vertrag ohne Kündigung?

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir kündigen, wenn wir den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht haben oder wenn Sie einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung (letzte Zahlung);
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung von uns vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie in den in Pkt. 1.1. genannten Fällen kündigen, darüber hinaus auch noch wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder dessen Anerkennung verzögern. Weiters können Sie nach Entscheidung des Schiedsgutachters bzw. nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht kündigen.

In allen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art.25, Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung);
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht von Ihnen vorzunehmen.

Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.

1.3. Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

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

Artikel 35

Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag zu?

Wer hat die Pflichten aus dem Vertrag zu erfüllen?

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 §§ 75 ff VersVG sind so 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 versicherte Personen und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

3. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten sowie der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 36

Wie sind Erklärungen abzugeben?

Rücktrittserklärungen gem. §§ 3,3a KSchG können in jeder beliebigen Form abgegeben werden. Für sonstige Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

Artikel 37
Welches Recht gilt?

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

ANHANG: RENTENTAFEL

auf Grund der österreichischen Sterbetafel AVÖ R Unisex und eines Zinsfußes von jährlich 1,0 % (Art. 7, Pkt. 2.1).
Jahresbetrag der monatlich im Voraus zahlbaren lebenslangen Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1.000,--.

Alter	75	76	77	78	79	80	
Jahresrente in EUR	64,08	67,56	71,40	75,72	80,52	85,92	für Männer und Frauen