

BEDINGUNGEN

für Unfallfolgen-Versicherung „Sofortschutz:Unfall“ (UVB 2021)

Die Bedingungen beschreiben Gegenstand sowie Umfang der Versicherung, wobei festgelegt wird, was gegen welche Gefahren bis zu welcher Höhe geschützt werden soll und wofür kein Versicherungsschutz besteht (Ausschlüsse).

Die Bedingungen regeln weiters die Rechte und Pflichten zwischen den Vertragspartnern Versicherer und Versicherungsnehmer. Sie gliedern sich in sieben Abschnitte, die zusammen den Umfang und die Voraussetzungen des Versicherungsschutzes beschreiben:

Der erste Abschnitt enthält Bestimmungen über die Art des gebotenen Versicherungsschutzes.

Der zweite und dritte Abschnitt enthalten Bestimmungen über versicherte Leistungsarten und deren betragliche, zeitliche und inhaltliche Begrenzungen.

Im vierten bis siebenten Abschnitt sind allgemeine Bestimmungen zum Vertragsverhältnis enthalten.

Außer diesen Bedingungen kann der Versicherungsvertrag auch noch Sonderbedingungen enthalten, mit denen der Versicherungsschutz individuellen Bedürfnissen angepasst wird. Derartige Sonderbedingungen sind der Versicherungsurkunde zusätzlich beigegeben.

Gender Hinweis: Die personenbezogene Schreibweise nur in männlicher Form wurde dem Gesetzestext entsprechend übernommen, bezieht sich jedoch jedenfalls auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung

Versichert sind die folgend angeführten finanziellen Folgen eines Unfall-Ereignisses der versicherten Person, soweit diese in der Polizze vereinbart sind.

Die Höhe der Leistung bemisst sich an den finanziellen Folgen des Unfalls, soweit diese nicht anderweitig gedeckt sind, sei es durch gesetzliche, vertragliche oder ansonsten gegründete Leistungspflichten eines Dritten.

Artikel A.2 Voraussetzungen zum Abschluss des Versicherungsvertrags

Die versicherte Person muss bei Vertragsabschluss als unselbstständig Erwerbstätiger zumindest 1 Jahr in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis stehen, das dem österreichischen Arbeitsrecht unterliegt.

Artikel A.3 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Artikel A.7).

Artikel A.4 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel A.5 Zeitlicher Geltungsbereich

Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a Versicherungsvertragsgesetz – VersVG) eingetreten sind.

Artikel A.6 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufiger Versicherungssofortschutz

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer die Annahme des Antrages in geschriebener Form oder durch Zustimmung der Versicherungsurkunde bestätigt und der Versicherungsnehmer den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig bezahlt hat (Artikel D.1). Vor dem vereinbarten bzw. in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

2. Vorläufiger Versicherungssofortschutz

Gemäß § 1a (2) VersVG kommt der Versicherungsvertrag erst mit Zugang der Versicherungsurkunde oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande. Daher besteht vor diesem Zeitpunkt ohne besondere Vereinbarung kein Versicherungsschutz. Abweichend von § 1a (2) VersVG gewährt die Wüstenrot Versicherungs-AG ab Eingang des Antrages in der Zentrale vorläufigen Versicherungsschutz, wenn das beantragte Risiko den Annahmerichtlinien entspricht. Ist ein späterer Beginn beantragt, besteht die Deckung frühestens ab diesem Zeitpunkt. Der vorläufige Versicherungsschutz endet mit Zustandekommen des Versicherungsvertrages, wenn die Wüstenrot Versicherungs-AG den Antrag ablehnt oder den vorläufigen Versicherungsschutz als beendet erklärt, spätestens jedoch sechs Wochen nach Antragseingang. Für den vorläufigen Versicherungsschutz wird kein gesonderter Beitrag verrechnet. Wenn der Versicherer aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes leistet, gelangt

der im Antrag errechnete (erste) Jahresbeitrag zur Vorschreibung; dieser Beitrag wird mit der vom Versicherer zu erbringenden Versicherungsleistung verrechnet.

Artikel A.7 Begriff des Unfalles

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

2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse

a) Ertrinken, Ersticken, Erfrieren, Verhungern bzw. Verdursten;

b) Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;

c) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;

d) Unfälle im Sinne von Artikel A.7 Punkt 1 infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles, sowie ein Herzinfarkt oder Schlaganfall, der als Folge eines Unfalles eintritt;

e) 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 C.2 Punkt 3 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung.

f) Unfälle bei der Ausübung der Sportart Tauchen bis zu einer Tauchtiefe von maximal 40 Metern, dies gilt auch für tauchtypische Gesundheitsschäden, wie z.B. Caissonkrankheit (Dekompressionskrankheit), Mittelohrbarotraumata (Trommelfellverletzungen), welche entstehen, ohne dass ein plötzlich von außen auf den Körper einwirkendes Ereignis vorliegt. Die Kosten der Benützung einer Dekompressionskammer gelten als Berge- bzw. Heilkosten. Nicht versichert sind Eis- und Höhlentauchen.

g) unabsichtliche Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen oder verdorbenen Lebensmitteln und unabsichtliches Verschlucken von Kleinteilen.

h) Unfälle, die sich bei Rettungseinsätzen ereignen, wenn die dabei verursachte Gesundheitsschädigung auf eine äußere Einwirkung - ohne Berücksichtigung der weiteren Voraussetzungen gemäß Punkt 1 - zurückzuführen ist.

Ein Rettungseinsatz ist das Bemühen, die Schädigung der körperlichen Unversehrtheit eines Menschen oder einer Sache abzuwehren bzw. insoweit eine Schädigung bereits eingetreten ist, deren Folgen zu minimieren.

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

Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie Folgen von Tierbissen, Borreliose, Kinderlähmung, Wundstarrkrampf und Tollwut, sind mitversichert, wenn die Erkrankung frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn bzw. spätestens 3 Monate nach Vertragsende eintritt.

Auf die Folgen der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoenzephalitis erstreckt sich der Versicherungsschutz, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Vertragsbeginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Vertragsende zum Ausbruch kommt.

Werden durch Schutzimpfungen gegen die vorstehend angeführten Infektionskrankheiten dauerhafte Gesundheitsschädigungen verursacht, besteht auch dafür Versicherungsschutz, wenn die Gesundheitsschädigung während der Vertragsdauer eintritt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der als Folge des Insektenstiches und -bisses sowie als Folge des Tierbisses resultierenden Krankheit, der Borreliose, der Kinderlähmung oder FSME zu Rate gezogen wurde.

4. Versichert sind auch Unfälle im Sinne von Artikel A.7 Punkt 1, die die versicherte Person als Fluggast in motorisierten Luftfahrzeugen, welche für die Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

5. Versichert sind auch Unfälle im Sinne von Artikel A.7 Punkt 1 infolge Bewusstseinsstörungen, sofern diese nicht durch Drogen bzw. Suchtmittel oder missbräuchliche Verwendung von Medikamenten verursacht sind (siehe Art C.1 Punkt 9). Unfälle verursacht durch Trunkenheit, sind mitversichert, beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 0,8 ‰, bei allen anderen Unfällen 1,3 ‰ nicht übersteigt.

6. Versichert sind auch Unfälle im Sinne von Artikel A.7 Punkt 1, die sich bei der Ausübung von gefährlichen Sportarten bzw. Freizeitaktivitäten (z.B. Tandem-Fallschirmspringen, Rafting, Parasailing, Bungeejumping, Ballonfahren etc.) ereignen, wenn diese nur während einer Urlaubsreise, oder nur einmalig oder nur anlassbezogen ausgeübt werden.

Abschnitt B: Versicherte Leistungen

Artikel B.1 Subsidiarität der Leistungen

Die Versicherungsleistungen werden ausschließlich nachrangig (subsidiär) erbracht, das heißt, sofern und soweit nicht von einem

– haftpflichtigen Dritten Ersatz zu leisten ist

– Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist

– sonstigen Leistungsträger Ersatz zu leisten ist.

Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Soweit ein solcher Anspruch auf Kostenersatz eines Dritten von der versicherten Person nicht erfolgreich durchgesetzt werden kann, leistet der Versicherer dennoch, wenn nachfolgende Voraussetzungen vorliegen:

– Die versicherte Person hat den Anspruch zumindest in geschriebener Form geltend gemacht und dabei billigerweise beschaffbare Beweismittel zur Verfügung gestellt.

Artikel B.2 Assistance-Leistungen

1. Voraussetzungen

Bei Vorliegen eines im Rahmen des gegenständlichen Versicherungsvertrages versicherten Unfall-Ereignisses werden die unter Punkt 2 beschriebenen Assistance-Leistungen erbracht.

Die Abwicklung erfolgt ausschließlich über eine rund um die Uhr erreichbare Notrufzentrale, die in der Versicherungsurkunde benannt ist.

2. Art und Höhe der Leistung

Nach einem versicherten Unfall-Ereignis werden bei vorliegendem, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgenden, medizinisch begründeten Bedarf durch den Assisteur folgende Dienstleistungen durch Professionisten organisiert:

- Mahlzeitendienst

Für folgende Leistungen werden darüber hinaus auch die dafür anfallenden Kosten übernommen:

- hauswirtschaftliche Tätigkeiten (dies sind Wohnungsreinigung/Wäschepflege bzw. Reinigung), sowie
- Einkaufshilfe,

- Kinderbetreuung (bis zum vollendeten 14. Lebensjahr des jeweiligen Kindes),

- Begleitung zu Behördenwegen und/oder bei Fahrten ins Krankenhaus.

Die Leistungen werden nur erbracht, soweit diese von der versicherten Person in Folge eines Unfalles nicht durchgeführt und auch nicht von einer anderen im selben Haushalt des Versicherten lebenden Person übernommen werden können.

Für alle in Anspruch genommenen Assistance-Leistungen zusammen gilt – im Rahmen des in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Maximallimits für sämtliche Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag – die in der Versicherungsurkunde ausgewiesene Entschädigungshöchstgrenze.

3. Subsidiarität

Für diese Leistungen gilt die Subsidiarität gemäß Artikel B.1.

4. Dauer der Leistungen

Der Anspruch auf Assistance-Leistungen beginnt mit dem Unfallereignis und endet spätestens ein Jahr danach.

Artikel B.3 REHA-Management

1. Voraussetzungen

Nach erfolgter Erstversorgung in Folge eines im Rahmen des gegenständlichen Versicherungsvertrages versicherten Unfall-Ereignisses werden erforderlichenfalls die unter Punkt 2 beschriebenen Leistungen des REHA-Managements erbracht.

Die Abwicklung erfolgt ausschließlich über die zentrale Anlaufstelle des vom Versicherer beauftragten REHA-Managements.

2. Art und Höhe der Leistung

Nach einem versicherten Unfall-Ereignis werden bei vorliegendem, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgenden, medizinisch begründeten Bedarf folgende Dienstleistungen erbracht:

- Beratung und Unterstützung bei Anspruchsstellung an Behörden, Sozialversicherungsstellen und andere Kostenträger sowie einmalige Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen des Unfalles bis zum Höchstbetrag laut Versicherungsurkunde;

- Organisation von medizinischer Beratung nach dem Unfall und/oder einer ärztlichen Zweitmeinung zu einer bestehenden Diagnose;

- Beratung und Organisation von behindertengerechtem Umbau von Wohnung bzw. Haus und/oder eines Kraftfahrzeuges;

- Vermittlung und Beratung für medizinische, berufliche und/oder soziale Rehabilitation;

- Ermittlung der richtigen Spezialbehandlungs-, Therapie- und/oder Reha-Einrichtung;

- Begleitung bei psychologischer Unterstützung.

Leistungen des REHA-Managements werden – im Rahmen des in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Maximallimits für sämtliche Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag – bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesene Entschädigungshöchstgrenze erbracht.

3. Dauer der Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen des REHA-Managements beginnt mit dem Unfallereignis und endet 4 Jahre danach.

Artikel B.4 Leistung bei kurzfristigem unfallbedingtem Verdienstentgang

1. Voraussetzungen

Führt ein im Rahmen des gegenständlichen Versicherungsvertrages versichertes Unfall-Ereignis zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person, wird ein Taggeld gemäß Punkt 2.1 geleistet. Dieses Taggeld wird darüber hinaus auch bei Arbeitslosigkeit der versicherten Person aufgrund des vorangegangenen Unfalles geleistet.

2. Art und Höhe der Leistung

2.1 Taggeld für kurzfristigen unfallbedingten Verdienstentgang

Das Taggeld für kurzfristigen unfallbedingten Verdienstentgang wird bei Beantragung der Versicherung ermittelt und in der Versicherungsurkunde angeführt. Die Höhe des Taggelds ergibt sich aus 18% des Bruttoeinkommens auf Jahresbasis (exkl. unregelmäßiger Zuschläge) geteilt durch 365. Bei dieser Berechnung ist für das Bruttoeinkommen auf Jahresbasis eine Obergrenze von EUR 70.000,00 festgelegt.

Das Taggeld wird im Rahmen des in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Maximallimits für sämtliche Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag erbracht.

2.2 Reduzierung des Taggelds

Wird innerhalb der Anspruchsfrist des Taggelds von der versicherten Person eine geringer bezahlte Beschäftigung als vor dem Unfall-Ereignis aufgenommen, erfolgt eine anteilige Reduzierung des Taggelds.

2.3 Entfall des Taggelds

Wird innerhalb der Anspruchsfrist des Tagegelds von der versicherten Person eine gleich oder höher bezahlte Beschäftigung als vor dem Unfall-Ereignis aufgenommen, entfällt mangels Verdienstentgang das Taggeld.

3. Subsidiarität

Für diese Leistungen gilt die Subsidiarität gemäß Artikel B.1.

4. Dauer der Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen für kurzfristigen unfallbedingten Verdienstentgang beginnt am 43. Tag nach dem Unfallereignis, und endet ein Jahr danach.

Artikel B.5 Kostenersatz für Maßnahmen zum Gesundwerden nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft

1. Voraussetzungen

1.1 Voraussetzung zur Inanspruchnahme von Leistungen ist das Vorliegen eines versicherten Unfallereignisses nach Artikel A.7

1.2 Pro Versicherungsfall werden Kosten für Maßnahmen zum Gesundwerden nach einem Unfall – im Rahmen des in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Maximallimits für sämtliche Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag – bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Entschädigungshöchstgrenze ersetzt, sofern sie innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Ansprüche, die von anderen Versicherern, Arbeitgebern, Dienstherren und Sozialversicherungsträgern gegen uns geltend gemacht werden, sind ausgeschlossen.

2. Art und Höhe der Leistung

Nach einem Unfall (siehe Artikel A.7) werden die Kosten für Nachstehendes übernommen bzw. ersetzt:

2.1 Heil- und Behandlungskosten

2.1.1 Heil- und Behandlungskosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, oder nach Entscheidung des REHA-Managements notwendig waren.

Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes zur erstmaligen ärztlichen Behandlung, der ärztlichen Behandlung und Untersuchung, der physikalischen Behandlung, der Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl), der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines - auch nur teilweisen - Zahnersatzes und/oder teilweiser Zahnsanierung sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

Mitversichert sind Kosten für TCM Heilbehandlungen, Akupunkturbehandlung, Chirotherapie, Bioresonanztherapie, Neuraltherapie sowie Kosten für physiotherapeutische Behandlungen außerhalb eines Kuraufenthaltes.

Kosten für Erholungsreisen sowie für Bade- und Erholungsaufenthalte, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe werden nicht ersetzt.

2.1.2 Heilkosten werden pro Versicherungsfall maximal bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Entschädigungshöchstgrenze ersetzt.

2.2 Berge- und Suchkosten

2.2.1 Berge- und Suchkosten sind Kosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und deren 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 inklusive der dabei entstandenen Kosten der medizinischen Versorgung.

2.2.2 Berge- und Suchkosten werden pro Versicherungsfall maximal bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Entschädigungshöchstgrenze ersetzt.

2.3 Bergung mittels Rettungshubschrauber

2.3.1 Wenn andere Bergungsmittel nicht möglich sind, bzw. wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

Kein Versicherungsschutz besteht in diesem Zusammenhang für Unfälle bei einer entgeltlich oder beruflich ausgeübten sportlichen Betätigung.

2.3.2 Bergekosten mittels Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) werden pro Versicherungsfall maximal bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Entschädigungshöchstgrenze ersetzt.

2.4 Rücktransport- und Rückholkosten in Österreich

2.4.1 Rücktransport- und Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist und von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie eingeliefert wurde, an ihren Wohnort bzw. zu dem, ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus gebracht wird. Auch die Kosten eines Hin- und Rücktransportes von der Wohnung der versicherten Person bzw. dem Krankenhaus, in dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in Behandlung befindet, zu einer Rehabilitationseinrichtung (wie z.B. Weißer Hof u.dgl.), die zur Beseitigung der Unfallfolgen aufgesucht wird, werden ersetzt.

2.4.2 Rücktransport- und Rückholkosten in Österreich werden pro Versicherungsfall maximal bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Entschädigungshöchstgrenze ersetzt.

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

2.5 Rücktransport- und Rückholkosten (aus dem Ausland)

2.5.1 Der Versicherer organisiert und übernimmt die Kosten eines infolge Unfalles oder akuter Erkrankung erforderlichen, ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland an den Wohnsitz des Versicherten

bzw. zu einem dem Wohnsitz naheliegenden Krankenhaus, einschließlich der beim Transport notwendigen ärztlichen Versorgung und Betreuung. Voraussetzung ist, dass der Transport durch eine behördlich zugelassene Rettungsorganisation erfolgt.

2.5.2 Der Versicherer organisiert und übernimmt im Falle des Rücktransportes des verunfallten oder akut erkrankten Versicherten nach Punkt 2.5.1 aus dem Ausland die Mehrkosten der gemeinsamen Rückholung von mitreisenden, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebenden Kindern und des Ehepartners (Lebensgefährten) oder einer Begleitperson minderjähriger versicherter Personen. Unter Mehrkosten sind jene Kosten zu verstehen, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweise Verwendbarkeit gebuchter und bezahlter Rückflugtickets bzw. sonstiger Fahrausweise entstehen.

2.6 Überführungskosten (aus dem Ausland)

Im Todesfall des Versicherten nach Unfall oder akuter Erkrankung im Ausland organisiert der Versicherer die Überführung der Leiche bzw. übernimmt er die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung bis zu dessen letztem Wohnort.

2.7 Behandlungskosten (nur im Ausland)

Im Falle eines Unfalles oder einer akuten Erkrankung im Ausland übernimmt der Versicherer die nachgewiesenen Kosten (Behandlungskosten) für die stationäre und ambulante Heilbehandlung operativer und nicht operativer Art in Krankenhäusern und Sanatorien; die ärztliche Behandlung außerhalb eines Krankenhauses ebenso wie einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Krankentransport zur ärztlichen Behandlung, auch wenn dieser auf dem Luftweg erfolgt.

Pro Versicherungsfall werden Behandlungskosten im Ausland bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Entschädigungshöchstgrenze ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

2.8 Umbaukosten

2.8.1 Umbaukosten sind die Kosten, die für den behindertengerechten Umbau der Wohnung bzw. des Hauses und/oder des Kraftfahrzeuges der versicherten Person anfallen.

Voraussetzung für den Kostenersatz ist, dass ein versichertes Unfall-Ereignis den behindertengerechten Umbau unmittelbar erforderlich macht. Dieses Erfordernis ist bei Nachweis durch ein ärztliches Attest, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, oder in Folge der Entscheidung des REHA-Managements gegeben.

2.8.2 Umbaukosten werden pro Versicherungsfall maximal bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Entschädigungshöchstgrenze ersetzt.

3. Subsidiarität

Für diese Leistungen gilt die Subsidiarität gemäß Artikel B.1.

4. Dauer der Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen für Maßnahmen zum Gesundwerden beginnt mit dem Unfallereignis und endet vier Jahre danach.

Artikel B.6 Leistung bei langfristigem unfallbedingtem Verdienstentgang

1. Voraussetzungen

Der Versicherer leistet ab dem ersten Jahr nach dem Unfallereignis ein Taggeld, sofern die versicherte Person aufgrund der Folgen des versicherten Unfall-Ereignisses außerstande ist, ihre zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit auszuüben und auch keine andere, ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt.

2. Art und Höhe der Leistung

2.1 Taggeld für langfristigen unfallbedingten Verdienstentgang

Das Taggeld für langfristigen unfallbedingten Verdienstentgang wird anlässlich des Versicherungsfalles ermittelt.

Grundlage für die Berechnung der Höhe des Taggelds ist entweder das in der Versicherungsurkunde angeführte Gehaltslimit gemäß Punkt 2.1.1 oder der Basis-Nettobezug gemäß Punkt 2.1.2. Der geringere der beiden Beträge, also entweder der Betrag des Gehaltslimits oder der Betrag des Basis-Nettobezugs, wird durch 365 geteilt und ergibt den Betrag des Taggelds für langfristigen unfallbedingten Verdienstentgang.

Das Taggeld wird im Rahmen des in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Maximallimits für sämtliche Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag erbracht.

2.1.1 Das Gehaltslimit ergibt sich aus 60% des Bruttoeinkommens auf Jahresbasis (exkl. unregelmäßiger Zuschläge) und beträgt maximal EUR 42.000,00. Das Gehaltslimit wird bei Antragstellung ermittelt und in der Versicherungsurkunde angeführt.

2.1.2 Der Basis-Nettobezug ergibt sich aus dem Durchschnitt des Nettobezugs des letzten Jahres (zuzüglich der von Arbeitnehmer und Arbeitgeber geleisteten Sozialversicherungsbeiträge) und wird im Versicherungsfall auf Basis des Jahreslohnzettels ermittelt. Bei der Ermittlung des Basis-Nettobezugs werden Zeiten, in denen die versicherte Person unverschuldet keiner Beschäftigung nachgehen konnte, nicht berücksichtigt.

Für den Fall, dass kein lückenloser Nachweis des Nettobezuges des letzten Jahres möglich ist, wird der Basis-Nettobezug mit 60% des vereinbarten Gehaltslimits festgelegt.

2.2 Reduzierung des Taggelds

Wird innerhalb der Anspruchsfrist des Taggelds von der versicherten Person eine geringer bezahlte Beschäftigung als vor dem Unfall-Ereignis aufgenommen, erfolgt eine anteilige Reduzierung des Taggeldes.

2.3 Entfall des Taggelds

Wird innerhalb der Anspruchsfrist des Taggelds von der versicherten Person eine gleich oder höher bezahlte Beschäftigung als vor dem Unfall-Ereignis aufgenommen, entfällt das Taggeld.

2.4 Umwandlung des Taggelds in eine Dauerrente

Ergibt sich nach medizinischer Einschätzung durch einen medizinischen Sachverständigen oder durch den Sozialversicherungsträger keine Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person mehr, wird die Taggeld-Leistung spätestens nach 4 Jahren in eine monatliche Dauerrente übergeführt. Dazu wird das Taggeld mit 365 multipliziert und durch 12 geteilt.

Die Dauerrente wird jährlich um 0,5% indiziert, erstmals mit Ende des 12. Monats nach erfolgter Erstauszahlung der Monatsrente.

3. Subsidiarität

Für diese Leistungen gilt die Subsidiarität gemäß Artikel B.1.

Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Ansprüche, die von anderen Versicherern, Arbeitgebern, Dienstherrn und Sozialversicherungsträgern gegen uns geltend gemacht werden, sind ausgeschlossen.

4. Dauer der Leistungen

Der Anspruch auf Leistungen für langfristigen unfallbedingten Verdienstentgang beginnt ein Jahr nach dem Unfallereignis und endet zum Stichtag des Erreichens des gesetzlichen Pensionsantrittsalters der versicherten Person.

Artikel B.7 Pflegekosten

1. Voraussetzungen

Der Versicherer leistet ab dem ersten Jahr nach dem versicherten Unfall-Ereignis zusätzlich Pflegekosten, sofern die versicherte Person pflegebedürftig ist. Pflegebedürftigkeit liegt dann vor, wenn der Versicherte infolge des versicherten Unfall-Ereignisses vorübergehend oder auf Dauer bei alltäglichen Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel, in erheblichem Umfang, täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist durch ärztliches Attest nachzuweisen.

2. Art und Höhe der Leistung

2.1 Erstattet werden, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, medizinisch begründete Pflegekosten oder wiederkehrende Kosten für eine nötige Unterstützung zur Bewältigung des Alltags, soweit keine Leistung durch den Sozialversicherer erfolgt.

Für die Leistung von Pflegekosten gilt die in der Versicherungsurkunde ausgewiesene Entschädigungshöchstgrenze – im Rahmen des in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Maximallimits für sämtliche Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag.

Ergibt sich nach medizinischer Einschätzung auch in weiterer Folge keine Änderung des Gesundheitszustands der versicherten Person, wird die Leistung von Pflegekosten spätestens 4 Jahre nach dem versicherten Unfall-Ereignis in eine monatliche Dauerrente übergeführt. Die Dauerrente wird jährlich um 0,5% indiziert, erstmals mit Ende des 12. Monats nach erfolgter Erstauszahlung der Monatsrente.

Die Beurteilung eines medizinisch begründeten Bedarfs am Pflegemaßnahmen erfolgt durch das REHA-Management (Artikel B.3) bzw. durch einen medizinischen Sachverständigen.

3. Subsidiarität

Für diese Leistungen gilt die Subsidiarität gemäß Artikel B.1.

Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

Ansprüche, die von anderen Versicherern, Arbeitgebern, Dienstherrn und Sozialversicherungsträgern gegen uns geltend gemacht werden, sind ausgeschlossen.

4. Dauer der Leistungen

Der Anspruch auf Ersatz von Pflegekosten beginnt ein Jahr nach dem Unfall-Ereignis, bei entsprechender Einschätzung durch das REHA-Management bzw. durch einen medizinischen Sachverständigen auch schon früher. Der Anspruch auf Ersatz von Pflegekosten in Form einer Dauerrente besteht bis zum Lebensende der versicherten Person.

Artikel B.8 Begräbniskostenersatz

1. Voraussetzungen

Tritt innerhalb eines Jahres nach dem versicherten Unfall-Ereignis der Tod der versicherten Person als Folge des Unfalles ein, leistet der Versicherer einen Begräbniskostenersatz.

2. Art und Höhe der Leistung

Kostenersatz für die urkundlich nachgewiesenen einmaligen Begräbniskosten wird – im Rahmen des in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Maximallimits für sämtliche Leistungen aus dem gegenständlichen Versicherungsvertrag – bis zu der in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Entschädigungshöchstgrenze erbracht.

Unter Begräbniskosten fallen beispielsweise: erstmalige Grabnutzungsgebühr, Kosten von Sarg bzw. Urne, Beisetzungsgeldern, Kosten der Aufbahrung bzw. des Krematoriums, Kosten des Leichenschmauses, Kosten für Blumenschmuck.

3. Subsidiarität

Für diese Leistungen gilt die Subsidiarität gemäß Artikel B.1.

4. Dauer der Leistungen

Die Leistung erfolgt einmalig für die urkundlich nachgewiesenen Begräbniskosten.

Artikel B.9 Fälligkeit von Geldleistungen, Verjährung

1. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung(en) des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Leistung 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.

2. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.

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

4. Hat der Versicherungsnehmer bzw. ein berechtigter Dritter einen Anspruch angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Erhalt einer Entscheidung in geschriebener Form des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.

5. Lehnt der Versicherer eine Leistung aus dem Vertrag ab, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung endgültig frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten nicht innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Ablehnung gerichtlich geltend gemacht wird.

Die Frist beginnt erst zu laufen, nachdem der Versicherer die Leistung in geschriebener Form dem Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten gegenüber in einer dem Absatz 4 entsprechenden Weise abgelehnt und gleichzeitig auf diese mit dem Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hingewiesen hat. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer bzw. der Berechtigte ohne Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel C.1 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle der versicherten Person

1. als Luftfahrzeugführer bzw. Luftfahrtgeräteführer (von zum Beispiel: Flugzeugen, Segelflugzeugen, Hänge- oder Paragleitern, Wingsuits, Hubschraubern, Tragschraubern und Fallschirmen, Luftschiffen, Ballonen, etc.), soweit er nach österreichischem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;

Die Teilnahme an Wettbewerben oder Rekordversuchen im Flugsport sowie Kunst-, Test- und Erprobungsflügen bleibt jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen;

2. bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallyes) und den dazugehörigen Trainings-, Test- bzw. Übungsfahrten;

3. bei der Ausübung von Sportarten, wenn an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben teilgenommen wird und am offiziellen Training;

4. die bei Fahrten mit Kraftfahrzeugen auf Rennstrecken (ausgenommen Fahrsicherheitstrainings, die in Österreich absolviert werden) oder bei Fahrten mit Kraftfahrzeugen auf Strecken oder Pisten, auf denen die Überwindung von natürlichen oder künstlichen Hindernissen auf dafür vorgesehenen und abgesperrten Strecken zu bewältigen ist (wie z.B. Motocross), entstehen.

5. die bei der Teilnahme an nationalen oder internationalen Mountainbike- Abfahrtsrennen und Mountainbike-Sprungwettbewerben (z.B. Downhill, Super D, Four-Cross, Dirt-Jumping, Dual Slalom, Bike Trials) sowie den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;

6. beim Klettern alpin ab Schwierigkeitsgrad 5 nach UIAA-Skala, beim Eisklettern sowie Begehung von Klettersteigen ab Schwierigkeitsgrad C;

7. die die versicherte Person beim Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder beim Apnoe-, Höhlen-, Wrack- oder Eistauchen erleidet.

Die Teilnahme an Wettbewerben und/oder Rekordversuchen ist generell vom Versicherungsschutz ausgeschlossen

8. die sich bei der Benützung von Explosivkörpern, die gesetzlich verboten sind bzw. für die keine ausreichende behördliche Genehmigung vorliegt, bzw. wenn die versicherte Person nicht zu deren Benützung gesetzlich oder behördlich berechtigt ist, ereignen.

9. die die versicherte Person infolge autoerotischer Handlungen, Selbstverstümmelung oder in Selbstmordabsicht erleidet, auch wenn die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde.

10. beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

11. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;

11.1 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen oder bewaffneten Konflikten betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt spätestens 14 Tage nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges oder bewaffneten Konflikts 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 oder ein bewaffneter Konflikt herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg oder bewaffneten Konflikt.

12. durch innere Unruhen, wenn der Versicherte daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

13. 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 verursacht werden, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;

14. infolge einer Bewusstseinsstörung hervorgerufen durch Drogen, Suchtmittel, missbräuchliche Verwendung von Medikamenten oder Trunkenheit (beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen, Luftfahrzeugen oder Lenken eines Fahrrades jedoch nur, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt 0,8 ‰, bei allen anderen Unfällen der Blutalkoholgehalt 1,3 ‰ übersteigt).

15. durch Gesundheitsschädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen und Eingriffe durch einen, von diesem Vertrag gedeckten, Unfall veranlasst waren.

Artikel C.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

- 1.** Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
- 2.** Haben schon vor dem Unfall bestandene Krankheiten oder Gebrechen bzw. Folgen vorangegangener Unfälle bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt oder die Unfallfolgen beeinflusst, 2.1 wird bei kurzfristigem unfallbedingtem Verdienstentgang gemäß Artikel B.4 bzw. bei langfristigem unfallbedingtem Verdienstentgang gemäß Artikel B.6 die Anzahl der leistungsbegründenden Tage 2.2 werden bei sonstigen versicherten Leistungsarten die Versicherungsleistungen entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens verringert, sofern der Anteil der bestandenen Krankheiten oder Gebrechen mindestens 25 % beträgt. Folgen vorangegangener Unfälle werden in Abzug gebracht. Dies gilt insbesondere für Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind.
- 3.** Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
- 4.** Für Bandscheibenvorfälle 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 worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel D.1 Beitrag

- 1.** Die Beiträge sind Jahres- oder einmalige Beiträge, die für den Versicherer kostenfrei zu bezahlen sind. Sie sind abhängig vom Wohnsitz der versicherten Person bei Abschluss des Vertrages.
Die Beiträge können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch auf Verlangen des Versicherers mit Zuschlägen (3% für halbjährliche, 5% für vierteljährliche und 10% für monatliche Raten), bezahlt werden. Bei Zahlung mittels SEPA-Lastschriftverfahren entfällt der Zuschlag für unterjährigkeitsweise. Eine monatliche Zahlungsweise ist ausschließlich mit SEPA-Lastschriftverfahren möglich, bei Nichteinlösung wird auf Zahlungsweise mit Erlagschein inklusive Unterjährigkeitszuschlag umgestellt. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer trotzdem mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf den gesamten Jahresbeitrag; die nach der ersten Beitragsrate zu zahlenden Raten gelten bis zu den in der Vereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.
- 2.** Der erste und/oder einmalige Beitrag einschließlich Gebühren und der Versicherungssteuer in der jeweils geltenden Höhe ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung innerhalb von 14 Tagen zu zahlen (Einlösung der Versicherungsurkunde).
Ist der erste oder einmalige Beitrag zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der vorgenannten Frist noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.
Darüber hinaus kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Beitrag nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- 3.** Folgebeiträge sind jeweils zu dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf dieser Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Folgebeitrages in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war. Ist der Versicherungsnehmer bloß mit nicht mehr als 10 vH des Jahresbeitrags, höchstens aber mit 60 Euro im Verzug, so tritt eine im § 38 oder § 39 VersVG vorgesehene Leistungsfreiheit des Versicherers nicht ein.
Darüber hinaus kann der Versicherer nach Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung in Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Zahlungsfrist verbunden werden, so dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.
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 bereits der Versicherungsfall eingetreten ist.
- 4.** Der Versicherer kann sowohl bei nicht rechtzeitiger Bezahlung des Folgebeitrages als auch des Erstbeitrages unter Setzung einer Nachfrist von zwei Wochen Terminverlust geltend machen und den noch offenen Beitrag(steil) für das laufende Versicherungsjahr - auch bei vereinbarter Ratenzahlung gemäß Punkt 1 - sofort verlangen.
- 5.** Im Übrigen gelten für die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung die §§ 38, 39 und 39a Versicherungsvertragsgesetz.

Artikel D.2 Anzeige der Änderung des Einkommens des Versicherten

- 1.** Eine Veränderung des im Antrag angegebenen Bruttoeinkommens der versicherten Person während der Vertragslaufzeit um mehr als 5% ist dem Versicherer innerhalb von drei Monaten zu melden. Auf Basis des geänderten Bruttoeinkommens werden das Gehaltslimit gemäß Artikel B.6 Punkt 2.1.1 sowie der Beitrag neu berechnet. Die Vertragsänderung tritt zum nächsten Monatsersten nach Meldung der Veränderung des Bruttoeinkommens in Kraft.

Im Versicherungsfall wird bei der Ermittlung des Taggelds für den langfristigen unfallbedingten Verdienstentgang gemäß Artikel B.6 eine unterbliebene Meldung einer Erhöhung des Bruttoeinkommens nicht nachträglich berücksichtigt.

Diese Bestimmung findet keine Anwendung, sofern die Abweichung nicht mehr als 5% des Bruttoeinkommens beträgt.

2. Der Eintritt einer nicht auf ein versichertes Unfall-Ereignis zurückzuführenden Arbeitslosigkeit ist dem Versicherer ebenfalls innerhalb von drei Monaten bekannt zu geben. Für die Dauer der Arbeitslosigkeit, maximal jedoch für den Zeitraum eines Jahres, werden allfällige Leistungen aus kurzfristigem Verdienstentgang gemäß Artikel B.4 bzw. langfristigem Verdienstentgang gemäß Artikel B.3 erbracht. Dauert die Arbeitslosigkeit länger als ein Jahr, entfällt der Anspruch auf Leistungen aus kurzfristigem bzw. langfristigem Verdienstentgang.

Artikel D.3 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder der besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von drei Monaten, in geschriebener Form anzuzeigen. 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, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist vom Zugang der Anzeige an nur dieser Beitrag zu bezahlen.

– Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten ein höherer Beitrag, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz. Danach besteht voller Versicherungsschutz nur bei Zahlung einer - dem höheren Risiko - angepassten Prämie.

– Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Beitragssätzen aufgrund der tatsächlichen in der Versicherungsurkunde berechneten Beiträge ergeben.

2. Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23ff VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung. Nach diesen kann der Versicherer den Vertrag bei Vorliegen einer Gefahrenerhöhung mit sofortiger Wirkung kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer hiervon nicht innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Gefahrenerhöhung Gebrauch macht. Zudem ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.

3. Als besonders gefährliche Freizeitaktivitäten gelten solche, die aufgrund des erhöhten Unfallrisikos hinsichtlich des vereinbarten Versicherungsschutzes zu einer Gefahrerhöhung führen. Dazu zählen beispielsweise: Paragleiten, Canyoning, Rafting, Boxen, Kampfsportarten, Klettern (ab Schwierigkeitsgrad 4), Tauchen ab einer Tauchtiefe von 40 Metern, Teilnahme an Expeditionen etc.

4. Mit Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit der versicherten Person erlischt der Vertrag. Die Aufnahme einer selbstständigen Erwerbstätigkeit der versicherten Person ist unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von drei Monaten, in geschriebener Form anzuzeigen.

5. Der Antritt der gesetzlichen Alterspension der versicherten Person ist unverzüglich, längstens jedoch innerhalb von drei Monaten, in geschriebener Form anzuzeigen.

Artikel D.4 Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung nach österreichischem Führerscheinsrecht besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird. Die Leistungsfreiheit des Versicherers tritt nicht ein, 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.

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

2.1 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, in geschriebener Form anzuzeigen.

2.2 Ein Todesfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

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

2.4 Die Unfallmeldung ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer sowie dem vom Versicherer beauftragten REHA-Management alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.

2.5. Die gerichtliche Geltendmachung von Ansprüchen des Versicherungsnehmers gegen einen Dritten ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Dabei ist dem Versicherer bekannt zu geben:

- das Gericht
- die Geschäftszahl

Gleiches gilt für den Fall, dass der Versicherungsnehmer von einem Dritten wegen dessen Ansprüchen im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall gerichtlich in Anspruch genommen wird.

2.6 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 vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer oder weiteren privaten Versicherern gemeldet, so sind auch diese im vorstehenden Sinne zu ermächtigen. Diese Obliegenheit bezieht sich auf den gesetzlichen Rahmen gemäß §11a VersVG.

2.7 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen. Diese Obliegenheit bezieht sich auf den gesetzlichen Rahmen gemäß §11a VersVG.

2.8 Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.9 Für den Kostenersatz versicherter Unfallkosten, Unfallkosten-Assistanceleistungen oder Heilkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

2.10 Die Leistungsfreiheit des Versicherers tritt nicht ein, wenn die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt. Insofern sich der Vorsatz nicht darauf bezieht, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die für die Feststellung der Leistungspflicht wesentlichen Umstände zu beeinträchtigen, besteht Leistungspflicht des Versicherers, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss hat.

Abschnitt E: Wertsicherung

Artikel E.1 Wertsicherung

1. Die Entschädigungshöchstgrenzen gemäß Artikel B.2, B.3, B.5, B.7 und B.8, das Taggeld gemäß Artikel B.4 Punkt 2.1, das Gehaltslimit Artikel B.6 Punkt 2.1.1 sowie der Beitrag erhöhen oder vermindern sich jährlich zur Hauptfälligkeit um den Prozentsatz, der den Veränderungen des von der Bundesanstalt Statistik Austria veröffentlichten Verbraucherpreisindex 2000 bzw. bei dessen Entfall des entsprechenden Nachfolgeindex entspricht.

Für die Berechnung wird die Indexzahl herangezogen, die jeweils vier Monate vor Hauptfälligkeit Gültigkeit hatte.

Die prozentuelle Erhöhung oder Verminderung wird in der Beitragsvorschrift ausgewiesen. Der Ausgangsindex ist in der Versicherungsurkunde angeführt.

2. Allfällige Selbstbehaltsbeträge, Dauerrenten gemäß Artikel B.6 Punkt 2.4 und Artikel B.7 Punkt 2 sowie Begrenzungen gemäß Artikel B.5 Punkt 2 werden jedoch nicht angepasst.

3. Die für diesen Vertrag vereinbarte Wertsicherung kann während der Dauer des Vertrages nicht separat gekündigt werden.

4. Das in der Versicherungsurkunde ausgewiesene Maximallimit unterliegt keiner Wertsicherung.

Abschnitt F: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages

Artikel F.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Altersgrenzen

1. Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.

2. Wird der Versicherungsvertrag auf unbestimmte Zeit abgeschlossen, so verzichten Versicherungsnehmer und Versicherer für die Dauer von 2 Jahren auf die Ausübung des Kündigungsrechtes. Nach Ablauf des zweiten Versicherungsjahres kann der Versicherungsvertrag von beiden Vertragsparteien zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, erstmals somit zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres, unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat in geschriebener Form gekündigt werden. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn. Fällt dieser nicht auf einen Monatsersten, gilt der auf den Versicherungsbeginn folgende Monatserste als Beginn des Versicherungsjahres und Hauptfälligkeitszeitpunkt. Wurde ein abweichender Hauptfälligkeitszeitpunkt vereinbart, so gilt dieser als Beginn des Versicherungsjahres.

Das Kündigungsrecht nach Artikel F.2 Punkt 1. bleibt davon unberührt.

3. Wird der Versicherungsvertrag auf eine bestimmte Zeit abgeschlossen, so verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der Vertragsdauer bzw. zum Ende jeder nachfolgenden Versicherungsperiode in geschriebener Form gekündigt wird.

4. Die vereinbarten Versicherungssummen für kurzfristigen Verdienstentgang gemäß Artikel B.4 sowie langfristigen Verdienstentgang gemäß Artikel B.6 gelten bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das Alter für den frühestmöglichen Antritt der gesetzlichen Alterspension erreicht.

Artikel F.2 Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung erbracht hat oder wenn die versicherte Person einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- 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 kann der Versicherungsnehmer kündigen, und darüber hinaus wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder dessen Anerkennung verzögert. Weiters kann der Versicherungsnehmer 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;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht vorzunehmen.

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

1.3 Dem Versicherer steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist oder weil die versicherte Person gemäß Artikel D.3 Punkt 4 nicht mehr unselbstständig erwerbstätig ist, so steht dem Versicherer die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

3. Ordentliche Kündigung (vgl. Artikel F.1 Punkt 2).

Artikel F.3 Pensionsantritt

1. Mit Antritt der gesetzlichen Alterspension der versicherten Person, spätestens jedoch mit dem Erreichen des gesetzlichen Pensionsantrittsalters, erlischt der Anspruch auf die Leistungsarten nach Artikel B.4 kurzfristiger unfallbedingter Verdienstentgang und nach Artikel B.6 langfristiger unfallbedingter Verdienstentgang. Diese Leistungen fallen mit dem Stichtag des tatsächlichen Pensionsantritts weg, spätestens jedoch mit dem Stichtag des Erreichens des gesetzlichen Pensionsantrittsalters.

2. Der Vertrag wird mit reduzierter Prämie fortgesetzt. Der Versicherungsnehmer kann den Vertrag – sollte dieser nicht fortgesetzt werden – aber auch zum Stichtag gemäß Punkt 1 kündigen.

3. Mit dem gemäß Punkt 1 bekanntgegebenen Stichtag erfolgt die Neuberechnung der Prämie aufgrund des Wegfalles der Leistungsarten für Verdienstentgang und eine aktualisierte Versicherungsurkunde wird ausgestellt.

Abschnitt G: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel G.1 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden.

Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen notwendig. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den ihn betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.

Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel G.2 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Die versicherte Person hat bei Abschluss des Vertrages alle ihr bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in geschriebener Form gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflichten kann der Versicherer nach Maßgabe der §§ 16 bis 21 VersVG vom Vertrag zurücktreten und wird diesfalls nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen von der Verpflichtung zur Leistung frei sein.

Artikel G.3 Erfüllungsort, Gerichtsstand

1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere jene der Beitragszahlung sowie der Versicherungsleistung, ist jeweils der Sitz des Versicherers.

2. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.

Artikel G.4 Form von Willenserklärungen und Anzeigen; Wohnortwechsel, Adressänderung

1. Für alle Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, versicherten Personen oder sonstigen Dritten genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und dem Versicherer zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Ausgenommen hiervon sind Erklärungen, für welche gesetzlich die Schriftform vorgesehen ist oder für welche die Schriftform ausdrücklich und gesondert vereinbart wurde.

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung vom Erklärenden eigenhändig unterschrieben zugehen muss.

Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen oder sonstigen Dritten sind nicht wirksam.

2. Wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnort wechselt (bzw. bei Änderung seiner Postanschrift) muss er dem Versicherer seine neue Adresse unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für ihn Nachteile entstehen, da der Versicherer ihm gegenüber abzugebende Erklärungen an seine, dem Versicherer zuletzt bekannt gegebene Adresse eingeschrieben zusenden kann. In diesem Fall wird die Erklärung des Versicherers zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie dem Versicherungsnehmer ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre und dieser bei seiner Anwesenheit davon hätte Kenntnis nehmen können.

3. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, Erklärungen für den Versicherer abzugeben oder Geld bzw. Geldeswert für den Versicherer in Empfang zu nehmen.

Artikel G.5 Gebühren, Mehraufwendungen, Abschriften von Vertragserklärungen

1. Es werden nur jene Abgaben, Portospesen und Gebühren zusätzlich verrechnet, die durch einen vom Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwand entstehen. Derartige Mehraufwendungen sind

- die Gebühr nach unberechtigtem Widerruf oder Nichteinlösung einer uns erteilten Einzugsermächtigung zuzüglich der uns von der Bank verrechneten Rückbuchungsgebühr;
- die üblichen Kosten der Mahnung bei Zahlungsverzug;
- die dem Versicherer verrechneten Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung;
- die Kosten der Ausstellung einer Ersatzurkunde bei Verlust der Versicherungsurkunde;
- die ortsüblichen Kosten der Anfertigung von Kopien aus der Vertragskorrespondenz;
- die Kosten der Vormerkung einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung;
- die Kosten der Durchführung von nach dem Vertrag nicht geschuldeten Vertragsänderungen.

Die Höhe der jeweiligen Gebühr kann bei uns erfragt werden und richtet sich nach dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Dienstleistung. Die jeweils aktuell geltenden Kosten für Mehraufwendungen sind unter www.wuestenrot.at/gebuehrenblatt veröffentlicht.

2. Aus der Nichtgeltendmachung von Kosten derartiger Mehraufwendungen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, kann kein Verzicht für die Zukunft abgeleitet werden.

3. Der Versicherungsnehmer kann jederzeit auf seine Kosten Abschriften aller Erklärungen verlangen, die von ihm oder für ihn dem Versicherer gegenüber mit Bezug auf den Vertrag abgegeben worden sind.

Artikel G.6 Abtretung, Verpfändung, Vinkulierung, Belehnung

Eine Abtretung, Verpfändung, Vinkulierung bzw. Belehnung des Vertrages ist jeweils nicht möglich.

Artikel G.7 Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde

Auf diesen Vertrag kommt österreichisches Recht zur Anwendung. Die Versicherungsaufsicht obliegt der "Finanzmarktaufsicht" (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.