

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

### **Vorbemerkungen**

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

Vorbemerkungen.....	1
<b>ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ</b> .....	<b>2</b>
Artikel 1 Gegenstand der Versicherung.....	2
Artikel 2 Versicherungsfall.....	2
Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich.....	2
Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich.....	2
Artikel 5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung, Sofortschutz.....	2
Artikel 6 Begriff des Unfalles.....	2
<b>ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN</b> .....	<b>3</b>
Artikel 7 Dauernde Invalidität.....	3
Artikel 8 Unfallrente.....	5
Artikel 9 Todesfall.....	5
Artikel 10 Taggeld.....	5
Artikel 11 Spitalgeld.....	5
Artikel 12 Unfallkosten.....	6
Artikel 13 Knochenbruch.....	6
Artikel 14 Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung.....	6
Artikel 15 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztelkommission).....	7
<b>ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES</b> .....	<b>7</b>
Artikel 16 Ausschlüsse.....	7
Artikel 17 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.....	9
<b>ABSCHNITT D: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN</b> .....	<b>9</b>
Artikel 18 Prämie.....	9
Artikel 19 Versicherungsperiode, Vertragsdauer und Ablaufkündigung.....	9
Artikel 20 Kündigung nach Versicherungsfall.....	10
Artikel 21 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen.....	10

## ABSCHNITT A: VERSICHERUNGSSCHUTZ

### Artikel 1 Gegenstand der Versicherung

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

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

### Artikel 2 Versicherungsfall

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

### Artikel 3 Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht weltweit und rund um die Uhr.

### Artikel 4 Zeitlicher Geltungsbereich

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

### Artikel 5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung, Sofortschutz

1. Beginn des Versicherungsschutzes  
Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 18 (Prämie) geregelt.  
War der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie ohne sein Verschulden verhindert, so beginnt der Versicherungsschutz ebenfalls mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Bei schuldhaftem Verzug besteht Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Zahlung.  
Für den Zahlungsverzug mit einem Teil der ersten oder einmaligen Prämie gilt § 39a Versicherungsvertragsgesetz (VersVG)
2. Sofortschutz
- 2.1 Diese Unfallversicherung ist mit vorläufigem Sofortschutz ausgestattet. Der vorläufige Sofortschutz erstreckt sich über die beantragten Versicherungssummen, maximal jedoch für
  - dauernde Invalidität EUR 100.000,-  
Abweichend zur „Besonderen Vereinbarung UNX1“ gibt es keine progressive Invaliditätsleistung bei Invaliditätsgraden über 50%.
  - Unfalltod EUR 10.000,-
  - Unfallkosten EUR 5.000,-.Für alle anderen abschließbaren Leistungsarten sowie für nicht beantragte Leistungsarten wird kein Sofortschutz gewährt.
- 2.2 Der Sofortschutz beginnt mit Unterfertigung des Antrages, vorausgesetzt, dass
  - der Antrag vollständig und richtig ausgefüllt ist,
  - die beantragte Versicherung nach den AUVB und dem Tarif möglich ist und
  - die errechnete Prämie dem Tarif entspricht.Sind mehrere Versicherungen für dieselbe Person beantragt, so gilt der Gesamtleistungsbetrag im Rahmen des Sofortschutzes für alle diese Versicherungen zusammen.
- 2.3 Der Sofortschutz endet mit der Zustellung der Polizza aber nach Ablauf von 6 Wochen ab Antragstellung, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- 2.4 Im Leistungsfall steht uns für die Zeit des Sofortschutzes die entfallende, anteilige Prämie zu.
3. Vorläufige Deckung  
Soll der Versicherungsschutz vor Einlösung der Polizza in höherer Form als er durch den Sofortschutz (Punkt 2) gewährt wird, gegeben sein, ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch uns erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Polizza, jedenfalls und spätestens mit Ablauf der vereinbarten Befristung.  
Wir sind berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche schriftlich zu kündigen. Uns steht in diesem Fall die, auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende, anteilige Prämie zu.

### Artikel 6 Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (**Unfallereignis**) unfreiwillig eine **Gesundheitsschädigung** erleidet.
- 1.1 Gesundheitsschädigungen, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur **Rettung von Menschenleben oder Sachen** erleidet, gelten als unfreiwillig erlitten.
- 1.2 Bei **Vergiftungen durch plötzlich ausströmende Gase und Dämpfe** wird der Begriff der Plötzlichkeit auch dann angenommen, wenn die versicherte Person durch besondere Umstände den Einwirkungen von Gasen oder Dämpfen mehrere Stunden lang unfreiwillig ausgesetzt war. Ausgeschlossen bleiben jedoch Berufskrankheiten.
- 1.3 Gesundheitsschädigungen durch **Ertrinken** oder **Ersticken** unter Wasser sowie **tauchtypische Gesundheitsschädigungen** sind versichert.

- 1.4 Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z. B. **Herzinfarkt**), wird eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt sind auch mitversichert.  
Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung des Gehirns entstanden sind (z. B. **Schlaganfall**, ischämischer Insult), wird eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung oder einem Verschluss des betreffenden Blutgefäßes besteht und diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen verursacht worden ist. Unfälle infolge von Schlaganfall sind auch mitversichert.
- 1.5 Für **Bandscheibenhernien** jeder Art wird eine Leistung erbracht, wenn sie durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf die Wirbelsäule verursacht worden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
- 1.6 Für **Bauch- und Unterleibsbrüche** jeder Art wird eine Leistung erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:
- 2.1 Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom.
- 2.2 Unfälle durch den Einfluss **ionisierender Strahlen** im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes.
- 2.3 Plötzliche **Verrenkungen** von Gliedern sowie **Zerrungen** und **Zerreißen** von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie plötzliche Meniskusverletzungen.  
Hinsichtlich abnützungsbedingter Einflüsse mit Krankheitswert findet Artikel 17, Punkt 2, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
- 2.4 **Erfrieren** und **Erfrierungen** als Folge eines Unfallereignisses.
- 2.5 Gesundheitsschädigung infolge **unabsichtlicher Einnahme** von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe, Arzneimittel oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung).
- 2.6 Gesundheitsschädigung infolge **Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen** bei Kindern bis zum vollendeten 7. Lebensjahr.
3. **Krankheiten** gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten und allergische Reaktionen auch nicht als Unfallfolgen. Der Versicherungsschutz erstreckt sich jedoch auf:
- 3.1 **Kinderlähmung** und die durch Zeckenbiss übertragene **Frühsommer-Meningoencephalitis**, wenn die Erkrankung eingetreten ist und serologisch festgestellt wurde und frühestens 15 Tage nach Beginn bzw. spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.  
Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Beschwerden im Zusammenhang mit der allenfalls auch erst später als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde. Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 15.000,- begrenzt.  
Bei mitversicherter Unfallrente gilt, auch wenn eine dauernde Invalidität von mindestens 50 % aufgrund dessen festgestellt wird, besteht kein Anspruch auf eine Auszahlung der Unfallrente.
- 3.2 **HIV-Infektion** als Folge einer Behandlung nach einem versicherten Unfallereignis.
- 3.3 Tierbisse.
- 3.4 Folgen des **Wundstarrkrampfes, Wundinfektionen** und der **Tollwut**, wenn diese durch einen Unfall gemäß Artikel 6, Punkt 1 - Was ist ein Unfall - verursacht wurden.  
Eine Leistung wird von uns nur für Tod oder dauernde Invalidität erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit EUR 15.000,- begrenzt.  
Bei mitversicherter Unfallrente gilt, auch wenn eine dauernde Invalidität von mindestens 50 % aufgrund dessen festgestellt wird, besteht kein Anspruch auf eine Auszahlung der Unfallrente.
4. Nicht als Versicherungsfall gelten
- 4.1 alle weiteren Infektionskrankheiten jeglicher Art, insbesondere
- durch Insektenstiche oder Insektenbisse oder
  - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen
- verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.
- 4.2 **Folgeschäden nach einer Impfung** jeglicher Art, wie z. B. Impfungen gegen Malaria, FSME und Covid-19.

## ABSCHNITT B: VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

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

### Artikel 7 Dauernde Invalidität

1. Voraussetzungen für die Leistung:
- Die versicherte Person ist durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt.
- 1.1 Die dauernde Invalidität muss bei sonstigem Anspruchsverlust
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und
  - unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, beim Versicherer innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag angerechnet, geltend gemacht werden.
- Maßgeblich für die Ermittlung der dauernden Invalidität ist der Zustand der Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt der ärztlichen Untersuchung bzw. zum Zeitpunkt der Erstellung des medizinischen Gutachtens.

2. Art und Höhe der Leistung:
- 2.1 Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression. Siehe dazu die aktuell gültige Besondere Vereinbarung zur Unfallversicherung.
- 2.2 Soweit nichts anderes vereinbart ist, gelten die folgenden Invaliditätsgrade für die nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit, welche prozentuell auf den Ganzkörper (100 %) zu sehen sind:

**Gliedertaxe**

eines Armes	70 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	70 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	35 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionslos war	65 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	15 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits vollständig funktionslos war	45 %
des Geruchssinnes	10 %
des Geschmacksinnes	5 %
der Milz	10 %
der Stimme	30 %
des Magens	20 %
der männlichen Geschlechtsorgane	30 %
der weiblichen Brust (je Seite)	15 %
der Niere	20 %

- 2.3 Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.
- 2.4 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad – prozentuell auf den Ganzkörper gesehen – danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zur Unfallkausalität zu berücksichtigen.
- 2.5 War die Funktion der betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
3. Der maßgebliche Prozentsatz des Invaliditätsgrades für eine Leistungspflicht ergibt sich erst nach Anwendung der Bestimmung über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 17.
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. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch wir berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis 4 Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
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 und mit hoher Wahrscheinlichkeit auszuschließen ist, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt.
7. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
- 7.1 Stirbt die versicherte Person:
  - aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall
  - unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall und war bereits ein Anspruch auf Invaliditätsleistung gemäß Punkt 1.1 geltend gemacht
 ist nach jenem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

**8. Soforthilfe bei Schwerverletzungen**

Wir zahlen nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Soforthilfe bis zum Höchstausmaß von 2 % der vereinbarten Versicherungssumme für dauernde Invalidität in Form einer Vorauszahlung auf die Versicherungsleistung für das betreffende Unfallereignis für dauernde Invalidität, wenn die versicherte Person unfallbedingt eine der folgenden schweren Verletzungen erleidet und nicht innerhalb von 3 Tagen nach dem Unfall verstirbt:

- 8.1 Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- 8.2 Amputation mindestens des ganzen Fußes oder der ganzen Hand;
- 8.3 Schädel-Hirn-Verletzungen nach zweifelsfrei nachgewiesener Hirnprellung (Contusion) oder Hirnblutung;
- 8.4 Schwere Mehrfachverletzung/Polytrauma:
  - Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:
    - Fraktur eines langen Röhrenknochens an Armen oder Beinen;
    - Fraktur des Beckens;
    - Fraktur der Wirbelsäule;

- Gewebeerstörende Schäden an einem inneren Organ;
- 8.5 Verbrennungen zweiten oder dritten Grades von mehr als 30 % der Körperoberfläche;
- 8.6 Erblindung auf beiden Augen.

Im Falle, dass nach der Feststellung des Invaliditätsgrades von uns keine Leistung oder eine geringere Leistung als die erbrachte Leistung für die Soforthilfe zu erbringen ist, verzichten wir auf die Rückzahlung der zu viel bezahlten Soforthilfe.

#### 9. **Unfallbedingte kosmetische Operationen**

Kosten für kosmetische Operationen, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person im Gesicht und am Hals, an den Ohren und an den Gliedmaßen derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist, werden zusätzlich zur Invaliditätsleistung vergütet. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer kosmetischen Operation, übernimmt der Versicherer die dafür aufgewendeten Kosten für Arzthonorare, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus. Der Kostenersatz ist mit 10% der für Dauerinvalidität vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

### **Artikel 8 Unfallrente**

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gemäß Artikel 7 von mindestens 50 %, nach Anwendung der sachlichen Begrenzung des Versicherungsschutzes gemäß Artikel 17 wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die Unfallrente bezahlt.
2. Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Nachhinein. Die erste Unfallrente wird rückwirkend mit dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, fällig. Die Rentenzahlung endet, wenn die versicherte Person stirbt.
3. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.
4. Invaliditätsgrade aufgrund mehrerer Unfälle werden nicht zusammengerechnet. Sollte eine neuerliche ärztliche Bemessung innerhalb von 4 Jahren nach dem Unfall ergeben, dass der unfallkausale Invaliditätsgrad gesunken ist, besteht ab dem Tag dieser Feststellung Anspruch auf den jeweils niedrigeren Rentenbetrag bzw. erlischt der Anspruch auf die Rente. Bis zu diesem Zeitpunkt geleistete Rentenzahlungen werden von uns nicht zurückverlangt.

### **Artikel 9 Todesfall**

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt.
2. Auf die 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. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten Beerdigungskosten rückerstattet. Dies ist maximal bis zur Höhe des, durch die FMA verordneten, Betrages für Beerdigungskosten möglich. (Beerdigungskostenverordnung 2016 - Stamfassung BGB1|| Nr. 172/2015)
4. Im Todesfall werden zusätzlich die Kosten ersetzt, die anlässlich der Anreise von nahen Verwandten aus dem Ausland zum Begräbnis der versicherten Person anfallen. Der Kostenersatz ist mit 10 % der für den Todesfall vereinbarten Versicherungssumme begrenzt. Als nahe Verwandte gelten die Eltern, die Großeltern, die Kinder sowie die Geschwister der versicherten Person.

### **Artikel 10 Taggeld**

1. Taggeld kann nur von Personen bezogen werden, die eine Erwerbstätigkeit (Beruf oder Beschäftigung) ausüben.
2. Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der Erwerbstätigkeit der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von vier Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 2.1 Falls die versicherte Person zum Unfallzeitpunkt keine Erwerbstätigkeit ausübt, wird Taggeld für höchstens 10 Tage pro Versicherungsperiode gezahlt.  
Insbesondere werden als nicht erwerbstätig angesehen: Kinder, Schüler, Studenten, Hausfrauen oder Hausmänner, im Mutterschutz befindliche Frauen, karenzierte ArbeitnehmerInnen, Arbeitslose und Pensionisten.
3. Wird eine Karenzfrist vereinbart und auf der Polizze vermerkt, so leisten wir das Taggeld erst nach Ablauf und unter Abzug dieser Karenzfrist.

### **Artikel 11 Spitalgeld**

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Spital befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
- 1.1 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.
- 1.2 Nicht als Spitäler gelten z. B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.
2. Bei einem stationären Spitalsaufenthalt von versicherten minderjährigen Personen gelten die nachgewiesenen Kosten für den begleitenden stationären Spitalsaufenthalt eines Elternteiles mitversichert. Die Entschädigungsleistung hierfür beträgt maximal das Dreifache der für das Spitalgeld vereinbarten Versicherungssumme.
3. Bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung in einem Spital wegen eines Versicherungsfalles erfolgt eine Leistung in der Höhe des vereinbarten Spitalgeldes für höchstens 5 Tage der ambulanten Behandlung.
4. Bei einer unfallbedingten, ambulanten Operation in einem Spital, die üblicherweise stationär durchgeführt wird, zahlen wir das vereinbarte Spitalgeld für 3 Tage.

## **Artikel 12 Unfallkosten**

Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit diese nicht von einem Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger ersetzt werden.

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

### **Unfallkosten sind:**

1. **Heilkosten**  
Heilkosten sind jene Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren. Dazu zählen auch die notwendigen Kosten:
  - des bodengebundenen Verletzentransportes zur Erstbehandlung,
  - der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen,
  - der erstmaligen Anschaffung eines Zahnersatzes und/oder einer teilweisen Zahnsanierung,
  - sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher, erstmaliger Anschaffung.**Nicht ersetzt werden Kosten:**
  - für die Sonderklasse - insbesondere in Spitälern, Krankenanstalten und privaten Sanatorien,
  - für Kuraufenthalte, Bade- und Erholungsreisen,
  - der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes oder einer Zahnsanierung,
  - künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe.
2. **Such-, Rettungs- und Bergungskosten**  
Such-, Rettungs- und Bergungskosten umfassen das Suchen nach der versicherten Person, ihre Bergung und ihr Transport bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem Unfallort nächstgelegenen Krankenhaus.  
Wir leisten Kostenersatz im Falle von Berg- oder See-/Wassernot verletzter wie unverletzter Bergung und nach Unfall/Unfalltod.  
Bergnot liegt vor, wenn die versicherte Person in alpinem Gelände durch dafür typische Gefahren (z.B. Lawine, Steinschlag, Wettersturz, Verlust der Orientierung) in eine Zwangs- oder Notlage gerät.  
See- bzw. Wassernot liegt vor, wenn die versicherte Person durch außergewöhnliche Wassermassen (z.B. Überschwemmung, Sturmflut) oder außergewöhnliche Wetterverhältnisse (z.B. Sturm, Unwetter) während des Aufenthalts auf Wasserflächen in eine Zwangs- oder Notlage gerät.  
Wir ersetzen die Kosten eines Hubschraubereinsatzes nach einem Unfall
  - in Ausübung von Sport und Touristik, oder
  - wenn keine Leistung für Hubschrauberkosten durch einen Sozialversicherungsträger oder von einem sonstigen Leistungsträger erfolgt.
3. **Rückholkosten**  
Rückholkosten sind unfallbedingte Kosten des medizinisch notwendigen bodengebundenen Verletzentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
4. **Honorare von Privatärzten**  
Im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten gelten Honorare von Privatärzten für Operations- und Ordinationskosten aufgrund unfallbedingter Behandlungen der versicherten Person als mitversichert. Die Entschädigungsleistung ist mit 25 % der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten pro versicherter Person beschränkt.  
Diese Versicherung gilt subsidiär zu eventuell bestehenden anderen Versicherungen.

## **Artikel 13 Knochenbruch**

Wir leisten eine Entschädigung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für Knochenbruch, wenn die versicherte Person nach einem Unfall einen Knochenbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Der knöchernen Abriss einer Sehne oder eines Bandes sowie Knochensplinterungen und Fissuren (Haarrisse) gelten auch als Knochenbruch. Die Versicherungsleistung kommt auch dann zur Auszahlung, wenn bei Kindern (bis zum vollendeten 18. Lebensjahr) durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin therapiert wird.

## **Artikel 14 Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung**

1. Unsere Geldleistungen werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung nötig sind.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn Sie nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangen, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.
3. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so können Sie in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben.
4. Für die Leistungen aus dem Titel einer „Dauernden Invalidität“ ist überdies zu beachten:  
Die Invalidität muss bei sonstigem Anspruchsverlust
  - innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein und
  - unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, beim Versicherer innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet, geltend gemacht werden.

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

5. Für die Verjährung der Versicherungsleistung gelten die im § 12 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) enthaltenen Bestimmungen.

#### **Artikel 15 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzteliste)**

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies Sie bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder wir verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des von uns im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 Versicherungsvertragsgesetz (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 nachfolgenden Punkt 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 uns zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen werden wir den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.
4. Als Schiedsgutachter bestellen der von uns im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit Recht zur Berufsausübung, welcher in die Liste der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die Österreichische Ärztekammer als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Artikel 2 Punkt 1.4, 1.6 und 1.7 der Allgemeinen Bedingungen „Obliegenheiten und Pflichten für die Unfallversicherung“ gelten sinngemäß für das Schiedsgutachter-Verfahren. 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 von Punkt 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangen wir die Entscheidung des Schiedsgutachters, so tragen wir dessen Kosten allein.  
Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, haben wir dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist von uns unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 1 % der für Unfalltod und dauernde Invalidität (jeweils Maximalleistung) zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 25 % des strittigen Betrages betragen.  
Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags. Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters, wie oben in Punkt 2 beschrieben, tragen wir die Kosten des Schiedsgutachters.

### **ABSCHNITT C: BEGRENZUNGEN DES VERSICHERUNGSSCHUTZES**

#### **Artikel 16 Ausschlüsse**

**Kein Versicherungsschutz** besteht für Unfälle:

1. der versicherten Person
  - als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer. Unter Luftsportgeräten wird jedes Fluggerät verstanden, bei dem die Sportausübung Hauptverwendungszweck ist.
  - als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges-- bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit
  - bei der Benützung von Raumfahrzeugen.Luftfahrzeuge sind Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen.  
Zum Beispiel: motorisch angetriebene Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber, Fallschirme, Luftschiffe, Freiballone oder Ähnliches sind.  
Wir geben aber Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen erleidet. Diese Luftfahrzeuge müssen für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sein.
2. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines **Motorfahrzeuges** an Fahrtveranstaltungen einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten teilnimmt, bei denen es auf das schnellstmögliche Zurücklegen einer vorgegebenen Fahrtstrecke oder die Bewältigung von Hindernissen bzw. schwierigem Gelände ankommt.
3. bei der Teilnahme an **Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben** auf den folgenden Gebieten: nordischer und alpiner Schisport, Snowboarden sowie Freestyling, Bob-, Skibob-, Skeletonfahren oder Rodeln.  
Auch das offizielle Training für diese Veranstaltungen ist ausgenommen.

4. bei einer **entgeltlich** ausgeübten sportlichen **Betätigung** und dem Training dafür.  
Entgeltlich liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesenersatz aus der Ausübung des Sports erhält.  
Weiters besteht kein Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person
  - als von der Österreichischen Sporthilfe geförderter Sportler bei der Ausübung der geförderten Sportart,
  - bei der Ausübung des Fußballsportes ab der vierthöchsten Spielklasse in Österreich,
  - bei der Ausübung einer anderen Mannschaftssportart in der höchsten Spielklasse in Österreich erleidet. Unfälle beim Training für die genannten Sportarten sind ebenfalls nicht versichert.
5. bei der Ausübung folgender gefährlicher Aktivitäten bzw. Sportarten:
  - 5.1 Bergsteigen/Klettern mit außergewöhnlichem Risiko:
    - Klettern im freien Gelände ab Schwierigkeitsgrad VI+ nach UIAA-Skala bzw. ab 6a nach Französische Skala
    - Klettern im Klettersteig ab Schwierigkeitsgrad F nach Skala Kurt Schall
    - Free-Solobegehungen (Klettern ohne Sicherung)
    - Eisklettern
    - Big Wall Klettern
    - Bouldern ab Schwierigkeitsgrad 5c+ Fb-Bloc nach Fontainebleau-Skala
    - Technisches Klettern ab Schwierigkeitsgrad A4 (Bewertungsskala für technisches Klettern)
    - Bergsteigen/Hochtouren ab Höhe 5.300m
    - alle Aktivitäten im Bereich der Arktis, Antarktis oder Alaska
  - 5.2 Teilnahme an **Expeditionen**;
  - 5.3 **Tauchgänge** mit außergewöhnlichem Risiko (Tauchgänge ab 40 Metern, Eistauchen, Tauchexpeditionen) außer als Mitglied einer Rettungsorganisation im Einsatz;
  - 5.4 **Radsport** mit außergewöhnlichem Risiko:
    - Befahren von Strecken mit Fahrrädern jeglicher Art (insbesondere Mountainbikes und Downhillbikes) ab Schwierigkeitsgrad S3 nach Skala Mountainbikes / Singletrails
    - Freeriding
    - BMX (Bicycle Motocross)
    - Rennradfahren bei der Teilnahme an Jedermann-, Amateur-, Bahn-, Straßenrennen und ähnlichen Veranstaltungen
  - 5.5 **Rekordversuche** in den Bereichen Geschwindigkeit, Tauchen, Luftfahrt und Alpinistik;
  - 5.6 **Teilnahme an Bewerben** einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten;
  6. bei **aggressiven Mannschaftssportarten** mit vollem Körperkontakt (wie zum Beispiel: alle Arten von Football, Rugby, Eishockey oder ähnliche Sportarten);
  7. die versicherte Person beim Gewichtheben, Kraftsportarten oder sonstiger Schwerathletik erleidet;
  8. die die versicherte Person bei **Kampfsportarten mit vollem Körperkontakt** (wie zum Beispiel: Boxen, Karate, Kickboxen, Escrima oder ähnlichen Sportarten) oder **Semikontakt** (wie zum Beispiel: Judo, Taekwondo oder ähnlichen Sportarten) erleidet;
  9. beim Springreiten, Vielseitigkeits- und Military Reiten, Polospielen, Hindernisreiten, Rennreiten, Teilnahme an Trabrennen, Rodeo- und Westernreiten sowie reitsportlichen Wettkämpfen;
  10. welche die versicherte Person im Zuge von sonstigen, nicht namentlich angeführten, **Risiko- und Extremsportarten** erleidet. Diese definieren sich durch folgende Eigenschaften:
    - außerordentliche körperliche Strapazen und Konfrontation mit widrigen Naturkräften
    - ungewohnte Körperlagen und -zustände (zum Beispiel freier Fall, hohe Geschwindigkeiten und Beschleunigungskräfte, Rotationsbewegungen, extreme Seitenlagen, die völlig neue Körperorientierungen verlangen)
    - ungewissen Handlungsausgang (das bedeutet, wenn der Erfolg und Misserfolg einer Tätigkeit bzw. Handlung gleichwahrscheinlich sind)
    - unvorhersehbare Situationsbedingungen
    - eine generelle Verletzungs- und Todesfallgefahr beinhalten.
  11. die beim Versuch oder der Begehung **gerichtlich strafbarer Handlungen** durch die versicherte Person eintreten, für die **Vorsatz** Tatbestandsmerkmal ist;
  12. die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:
    - Kriegsereignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung,
    - bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten,
    - Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen,
    - inneren Unruhen, Bürgerkrieg,
    - Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Rebellen, Aufrührer, Aufständischen daran teilgenommen hat,
    - atomaren, biologischen oder chemischen Waffen,
    - Einwirkung von Kernenergie, oder
    - dem Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, sofern die Bestrahlung nicht durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst war;
  13. der versicherten Person infolge
    - einer Selbsttötung und eines Selbsttötungsversuches,
    - eines epileptischen Anfalls,
    - eines anderen Krampfanfalls, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift,
    - einer Bewusstseinsstörung oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte und Medikamente erleidet.

**Bewusstseinsstörung:**



Bewusstseinsstörungen sind alle erheblichen Störungen der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit, die die versicherte Person außerstande setzen, den Sicherheitsanforderungen ihrer Umwelt zu genügen, und einen Grad erreicht haben, bei dem sie die Gefahrenlage nicht mehr beherrschen kann.

14. durch Gesundheitsschäden bei **Heilmaßnahmen**/im Zuge von **Heilmaßnahmen** oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch versicherten Unfall veranlasst waren.
15. mit Verletzungen und Verletzungsfolgen, die sich die versicherte Person im Zuge einer **körperlichen Auseinandersetzung** mit einer oder mehreren Personen zugezogen hat, sofern die versicherte Person an dieser Auseinandersetzung aktiv teilnahm oder sich selbst – wenn auch nur fahrlässig – dem Risiko einer derartigen Verletzung durch aktives Handeln (bspw. durch physische oder verbale Provokation, Versuch der Streitschlichtung im Zuge einer physischen Auseinandersetzung Dritter oder ähnliches) aussetzte.  
Kein Versicherungsschutz besteht jedenfalls, wenn die versicherte Person aufgrund deren Handlung(en) im Rahmen einer physischen Auseinandersetzung, bei der sie selbst verletzt wurde und für diese Verletzung oder Verletzungsfolgen Versicherungsschutz begehrt, strafrechtlich verurteilt wurde oder das Strafverfahren diversionell beendet wurde. Verletzungen und Verletzungsfolgen im Zuge angemessener Notwehrhandlungen im Sinne des § 3 Strafgesetzbuch (StGB) sind von diesem Deckungsausschluss nicht umfasst.

#### **Artikel 17** **Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes**

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

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war.  
Die Vorinvalidität wird nach Artikel 7, Punkt 2 und 3, Dauernde Invalidität, bemessen.
- 1.1 Es gilt als vereinbart, dass bestehende oder gutachterlich festgestellte Vorinvaliditäten und alle Verletzungen, die medizinisch nachweisbar damit kausal zusammenhängen, eine Leistung aus der Unfallversicherung nicht bedingen und bei der Festsetzung des Invaliditätsgrades aus anderen Unfallursachen unberücksichtigt bleiben.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu vermindern, sofern dieser Anteil mindestens 25 % beträgt. Ein genereller Abzug erfolgt bei Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.  
Nicht versichert sind krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen (zum Beispiel: Psychosen, Neurosen), auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

### **ABSCHNITT D: SONSTIGE VERTRAGSBESTIMMUNGEN**

#### **Artikel 18** **Prämie**

1. Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) ist von Ihnen innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.  
Die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung sind in den §§ 38, 39, 39a Versicherungsvertragsgesetz (VersVG), Prämienzahlungsverzug geregelt.
2. Neben der Prämie verrechnen wir Gebühren, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch Ihr Verhalten veranlasst worden sind (z. B. Mahngebühren).

#### **Artikel 19** **Versicherungsperiode, Vertragsdauer und Ablaufkündigung**

1. **Versicherungsperiode**  
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres. Dies gilt auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen bezahlt wird.  
Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr.  
Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Polizze ausgewiesene Versicherungsdauer endet.
2. **Vertragsdauer**
  - 2.1 Der Vertrag gilt zunächst für die in der Polizze festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag jeweils um ein Jahr, wenn er nicht spätestens ein Monat vor Ablauf von einem Vertragspartner gekündigt wird (Ablaufkündigung).  
Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragsdauer unter Beachtung der genannten einmonatigen Kündigungsfrist zur Verfügung.
  - 2.2 Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb Ihres Unternehmens gehören (Verbraucherverträge), werden wir Sie frühestens vier Monate, spätestens aber drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer darüber informieren, dass Sie den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen können. Des Weiteren werden wir Sie auf die Rechtsfolgen der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung sowie der Vertragsbeendigung bei Vornahme der Kündigung besonders hinweisen.
  - 2.3 Für den neuerlichen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 2.1 und 2.2
3. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

**Artikel 20**  
**Kündigung nach Versicherungsfall**

1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können wir unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat kündigen, wenn
- 1.1 innerhalb einer Versicherungsperiode mehr als ein Versicherungsfall eintritt und die Summe aus den Versicherungsleistungen das 5-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode übersteigt. Die Kündigung hat binnen eines Monats ab dem Zeitpunkt zu erfolgen, in dem die 5-fache Jahresprämie durch eine oder mehrere Auszahlungen von Versicherungsleistungen erreicht ist; oder
- 1.2 ein Versicherungsfall eintritt, zu dem wir eine Versicherungsleistung anerkannt haben, die das 7-fache der Jahresprämie jener Versicherungsperiode erreicht, in der der Versicherungsfall eingetreten ist. Die Kündigung hat binnen eines Monats nach Anerkenntnis der Versicherungsleistung zu erfolgen.
- 1.3 eine Versicherungsleistung wegen eines arglistig erhobenen Anspruchs abgelehnt wird.
2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie kündigen
- 2.1 wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder ihre Anerkennung schuldhaft verzögern;
- 2.2 nach Anerkennung dem Grunde nach und nach erbrachter Versicherungsleistung;
- 2.3 nach Entscheidung des Schiedsgutachters bzw. nach Rechtskraft eines Gerichtsurteils über einen Deckungsanspruch aus diesem Vertrag.
- 2.4 Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
3. Uns steht die anteilige Prämie bis zur Wirksamkeit der Vertragsauflösung zu.

**Artikel 21**  
**Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen**

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die Ihnen oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 74 bis 80 Versicherungsvertragsgesetz (VersVG), Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.  
Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen (die Versicherungsleistung steht Ihnen zu), so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich. Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten Ihnen zu, so können Sie den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.
2. Alle für Sie getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen.
3. Diese Personen sind neben Ihnen für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.