

Allgemeine Unfallversicherungsbedingungen (AUVB 2019)

Sie sind die Versicherungsnehmerin oder der Versicherungsnehmer, die den Versicherungsvertrag mit der Allianz Elementar Vers.-AG abschließen.

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

Anspruchsberechtigte Person (begünstigte oder bezugsberechtigte Person) ist die Person, die für den Empfang der Leistung benannt ist.

Wir sind die Allianz Elementar Versicherungs-AG als Versicherungsunternehmen.

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Was ist versichert?	Art. 1: Gegenstand der Versicherung
Was gilt als Versicherungsfall?	Art. 2: Versicherungsfall
Wo gilt die Versicherung?	Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
Wann gilt die Versicherung?	Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
Wann beginnt die Versicherung?	Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes
Was ist ein Unfall?	Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Welche Leistungen können bei Dauernder Invalidität versichert werden?	Art. 7: Invalidität: Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung, Unfall-Invaliditäts-Rente, Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz
Welche Leistung für den Todesfall kann versichert werden?	Art. 8: Todesfall
Welche Leistung kann bei dauernder oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit versichert werden?	Art. 9: Taggeld
Welche Leistung kann bei einem Spitalaufenthalt versichert werden?	Art. 10: Spitalgeld
Welche unfallbedingten Kosten können versichert werden?	Art. 11: Unfallkosten, Bergungskosten, Fixkosten
Was versteht man unter Knochenbruch?	Art. 12: Knochenbruch
Anspruch auf Leistung bei Ableben der versicherten Person	Art. 13: Leistungsanspruch
Was zahlen wir zusätzlich?	Art. 14: Sonderleistungen, Zusatzleistungen
Wie sind die Versicherungssummen vom Alter der versicherten Person abhängig?	Art. 15: Tarifierpassung Kinder, Reduzierung Versicherungssummen Erwachsenen
Wann sind unsere Leistungen fällig, wann verjähren sie?	Art. 16: Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

In welchen Fällen zahlen wir nicht?	Art. 17: Ausschlüsse
Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?	Art. 18: Sachliche Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten der Versicherungsnehmerin und des Versicherungsnehmers

Wann ist die Prämie zu bezahlen?	Art. 19: Prämie
Was ist bei Änderung des Berufes, der Beschäftigung oder einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität zu beachten?	Art. 20: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, der Beschäftigung oder einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Person
Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?	Art. 21: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Was gilt als Versicherungsperiode?	Art. 22: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden?	Art. 23: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?	Art. 24: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat die Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?	Art. 25: Unwirksamkeit/Undurchführbarkeit einzelner Bestimmungen
Was gilt bei Unwirksamkeit oder Undurchführbarkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrages?	Art. 26: Zuständiges Gericht (Gerichtsstand)
Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?	Art. 27: Form der Erklärungen
Wie sind Erklärungen abzugeben?	Art. 28: Anwendbares Recht
Welches Recht gilt?	

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1 - Was ist versichert?

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 Versicherungsurkunde ist ersichtlich, welche Leistungen und Versicherungssummen vereinbart sind.

Es gelten die im Zeitpunkt des Versicherungsfalls vereinbarten, im Fall der Wertsicherungsvereinbarung zuletzt vor dem Versicherungsfall angepassten Versicherungssummen.

Artikel 2 - Was gilt als Versicherungsfall?

Versicherungsfall

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

Artikel 3 - Wo gilt die Versicherung?

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4 - Wann gilt die Versicherung?

Zeitlicher Geltungsbereich

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

Darüber hinaus wird der Versicherungsschutz zeitlich begrenzt durch die Bestimmungen über Prämienzahlung (Art. 19) und Beginn des Versicherungsschutzes (Art. 5).

Artikel 5 - Wann beginnt die Versicherung?

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt bei fristgerechter Bezahlung der ersten oder einmaligen Prämie samt Versicherungssteuer (im Folgenden kurz: Prämie) mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Die Zahlungsfrist ist in Artikel 19 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 VersVG (siehe Anhang).

Artikel 6 - Was ist ein Unfall?

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.

2. Als Unfall gelten auch folgende Ereignisse:

- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen
- das Verschlucken von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres
- Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen oder verdorbenen Lebensmitteln (Lebensmittelvergiftung)

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

Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) und Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 14 Pkt. 1.1 (Sonderleistungen, Zusatzleistungen) sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Art. 6 Pkt. 1 (Begriff des Unfalles).

Als Unfall gelten auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen (nicht aber Infektionskrankheiten), die durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase hervorgerufen wurden.

Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht.

4. Tauchtypische Gesundheitsschäden (z.B. Stickstoffintoxikation, Tiefenrausch) gelten ebenfalls nicht als Unfälle.
5. Hinsichtlich der Pkte. 1 bis 3 gelten die Bestimmungen des Artikel 18 über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Artikel 7 - Welche Leistungen können bei dauernder Invalidität versichert werden?

1. Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung

1.1 Welche Voraussetzungen bestehen für die Leistung und in welcher Art erfolgt die Leistung?

- Die versicherte Person ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Funktionsfähigkeit (dauernde Invalidität) durch den Unfall beeinträchtigt.
- Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen.
- Die Invaliditätsleistung zahlen wir - unabhängig vom Alter der versicherten Person - als Kapitalbetrag.

1.2 Was passiert, wenn die versicherte Person stirbt?

- 1.2.1. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- 1.2.2. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt mehr als ein Jahr nach dem Unfall oder aus unfallfremder Ursache, ist nach dem Grad der dauernden Invalidität zu leisten, mit dem auf Grund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre;

1.3 Wie wird die Invaliditätsleistung berechnet?

Die Höhe der Invaliditätsleistung errechnet sich aus der vereinbarten Versicherungssumme mal dem festgestellten Invaliditätsgrad (in %), ausgehend vom Gesamtkörperwert (100%).

1.4 Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

1.4.1 Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

eines Armes	70%
eines Daumens	20%
eines Zeigefingers	10%
eines anderen Fingers	5%
eines Beines	70%
einer großen Zehe	5%
einer anderen Zehe	2%
der Sehkraft beider Augen.....	100%
der Sehkraft eines Auges	50%
des Gehörs beider Ohren	60%
des Gehörs eines Ohres	30%
des Geruchsinnes	10%
des Geschmacksinnes	10%
der Milz	10%
einer Niere	20%
beider Nieren	40%

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

1.4.3 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, siehe Art. 18).

Bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingten Abnützungerscheinungen an den Unfallfolgen finden die Bestimmungen des Art. 18 Pkt. 3 Anwendung.

1.4.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall ist jedoch mit 100% begrenzt.

1.5 Wird im ersten Jahr nach dem Unfall eine Invaliditätsleistung erbracht?

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung von uns nur erbracht, wenn aus ärztlicher Sicht einerseits Art und Umfang der Unfallfolgen eindeutig feststehen und andererseits ein Ableben im ersten Jahr nach dem Unfall auszuschließen ist.

1.6 Bis zu welchem Zeitpunkt kann der Invaliditätsgrad festgestellt werden?

Eine Feststellung des Invaliditätsgrades ist bis maximal 4 Jahren ab dem Unfalltag unter Vorlage aktueller ärztlicher Befunde möglich. Bei neuerlicher Feststellung des Invaliditätsgrades innerhalb der Frist können wir bereits geleistete übersteigende Zahlungen wieder zurückfordern.

1.7 Welche Leistungen erbringen wir bei einem Rehabilitationsaufenthalt?

Erfolgt innerhalb von 6 Wochen nach einem unfallbedingtem Spitalsaufenthalt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in einem Rehabilitationszentrum, bezahlen wir 1% der Versicherungssumme für dauernde Invalidität als Rehabilitationspauschale. Als medizinische Rehabilitation gelten alle Maßnahmen, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.

2. Unfall-Invaliditäts-Rente

2.1 Wann wird die Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt?

2.1.1 Bei vereinbarter Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 50%:

Ist die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall beeinträchtigt und beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 50%, dann wird die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt.

2.1.2 Bei vereinbarter Rentenleistung ab einem Invaliditätsgrad von mindestens 35%:

Ist die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall beeinträchtigt und beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35%, dann wird die halbe vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt. Beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 50%, dann wird die volle vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt.

2.1.3 Hatte die versicherte Person am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Rente eine Kapitalleistung, die unter Zugrundelegung der von der versicherten Person zu erwartenden Lebensdauer zu bemessen ist (Statistik Austria)

2.2 Wie wird der Invaliditätsgrad bemessen?

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des Art. 7 Pkt. 1.4.

2.3 Bis zu welchem Zeitpunkt kann der Invaliditätsgrad festgestellt werden?

Ein Anspruch auf Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente ist innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen.

Eine Feststellung des Invaliditätsgrades ist bis maximal 4 Jahren ab dem Unfalltag unter Vorlage aktueller ärztlicher Befunde möglich.

Ergibt die endgültige Feststellung einen Invaliditätsgrad von mindestens 35% bzw. 50%, entsteht ein Anspruch auf Rentenleistung. Ab Feststellung des neuen Invaliditätsgrades wird die Rentenleistung angepasst.

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

2.4 Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde nach fest, besteht der Anspruch auf Zahlung der Unfall-Invaliditäts-Rente ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

Die Rentenleistung erfolgt monatlich im Vorhinein.

2.5 Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Die Unfall-Invaliditäts-Rente wird bis zum Ablauf des Monats geleistet, in dem die Rentenempfängerin oder der Rentenempfänger stirbt.

Die Rentenleistung wird nicht wertangepasst.

2.6 Rentengarantie - wie lange wird die Rentenleistung garantiert?

Stirbt die Rentenempfängerin oder der Rentenempfänger innerhalb von 20 Jahren ab Beginn der Rentenleistung und hat der Rentenempfänger oder die Rentenempfängerin das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet, werden die monatlichen Rentenzahlungen an die von Ihnen bekanntgegebene Person oder an die Erben der Rentenempfängerin oder des Rentenempfängers bis zum Ablauf des 20. Jahres ab Beginn der Rentenzahlung fortgesetzt. Stirbt der Rentenempfänger nach dem 65. Lebensjahr wird nur bis zum Ende des 6. Monats nach Ableben des Rentenempfängers an die von Ihnen bekanntgegebene Person oder an Ihre Erben die Rente weiter bezahlt. Nach diesem Zeitpunkt erlischt die Rentengarantie, sofern die 20 jährige Rentengarantie nicht früher erlischt.

Hatte die versicherte Person am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, wird gemäß Art. 7 Pkt. 2.1.3. eine Kapitalleistung von uns erbracht. Damit entfällt die Rentengarantie.

2.7 Welche Auswirkung hat eine bestehende Vorinvalidität bzw. eine Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingten Abnützungserscheinungen an den Unfallfolgen?

Es gelten die Bestimmungen des Art. 18 über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.

2.8 Welche Bescheinigung muss uns auf Anforderung vorgelegt werden?

Wir sind berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung zu überprüfen. Wird uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

2.9 Welche Meldepflicht ist zu erfüllen?

Das Ableben der Rentenempfängerin oder des Rentenempfängers ist uns im Sinne des Art. 21 Pkt. 2.2 (Obliegenheiten), innerhalb von drei Tagen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung können wir jedenfalls von der unberechtigten Empfängerin oder dem unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

2.10 Welche Auswirkungen hat der Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz für die Unfall-Invaliditäts-Rente endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfall-Invaliditäts-Rente geleistet wird. Die anteilige Prämie wird Ihnen ab dem Zeitpunkt des Unfalles zurückerstattet.

3. Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz

3.1 Für wen kann Versicherungsschutz geboten werden?

Die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit in Österreich ausüben und bei einem österreichischen Sozialversicherer gesetzlich pensionsversichert sind.

Wenn während der Vertragsdauer die obigen Voraussetzungen für den Abschluss der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz wegfallen, wird die bestehende Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz bei gleichbleibender Prämie in eine um 35% erhöhte Unfall-Invaliditäts-Rente ab 50% Invaliditätsgrad (siehe Art. 7 Pkt. 2) umgewandelt.

3.2 Wann wird die vereinbarte Rentenleistung gezahlt?

Ist die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall beeinträchtigt und beträgt der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 50% dann wird die vereinbarte monatliche Unfall-Invaliditäts-Rente gezahlt. In diesem Fall finden die Bestimmungen des Art. 7 Pkt. 2 (Unfall-Invaliditäts-Rente) Anwendung.

3.2.1 Hatte die versicherte Person am Unfalltag das 75. Lebensjahr bereits vollendet, tritt anstelle der Rente eine Kapitalleistung, die unter Zugrundelegung der von der versicherten Person zu erwartenden Lebensdauer zu bemessen ist. (Statistik Austria)

3.3 Wann wird eine Rentenleistung bei Berufsunfähigkeit gezahlt?

Die vereinbarte monatliche Rentenleistung wird - unabhängig vom Alter der versicherten Person - erbracht, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit durch den Unfall beeinträchtigt ist und

- der festgestellte Invaliditätsgrad mindestens 35% beträgt und
- innerhalb von 3 Jahren ab dem Unfallzeitpunkt von einer österreichischen gesetzlichen Pensionsversicherung eine durch den Unfall bedingte Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geleistet wird.

Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten die Bestimmungen des Art. 7 Pkt. 1.3 und 1.5 (Dauernde Invalidität).

3.3.1 Welche Voraussetzungen bestehen für unsere Leistungspflicht bei Berufsunfähigkeit?

Ihr Anspruch auf Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz ist innerhalb von 18 Monaten ab Rechtskraft des Bescheides über die Zuerkennung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geltend zu machen.

Der Bescheid über die Zuerkennung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) und die erhobenen ärztlichen Befunde sind uns vorzulegen.

Kein Anspruch auf Leistung aus der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

Eine Feststellung des Invaliditätsgrades ist bis maximal 4 Jahren ab dem Unfalltag und unter Vorlage aktueller ärztlicher Befunde möglich.

3.3.2 Ab welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Steht unsere Leistungspflicht dem Grunde nach fest, besteht Anspruch auf die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz ab Beginn des Monats, ab dem eine österreichische gesetzliche Pensionsversicherung eine Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geleistet hat. Die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz wird monatlich im Vorhinein geleistet.

3.3.3 Bis zu welchem Zeitpunkt erfolgt die Rentenleistung?

Wird die Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) aberkannt, so erlischt mit dem Zeitpunkt der Aberkennung die Leistung der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz.

Die Umwandlung der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) in eine Alterspension hat keinen Einfluss auf die Leistung der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz.

Die Rentenleistung endet jedenfalls mit Ablauf des Monats, in dem die Rentenempfängerin oder der Rentenempfänger stirbt.

Die Rentenleistung wird nicht wertangepasst.

3.3.4 Welche Bescheinigung muss auf unsere Anforderung vorgelegt werden?

Wir sind berechtigt, die Voraussetzung für die Rentenleistung jederzeit durch Anforderung einer Lebensbescheinigung bzw. einer aktuellen Bescheinigung über den Erhalt einer Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) zu überprüfen. Wird uns die angeforderte Bescheinigung nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenleistung ab der nächsten Fälligkeit.

3.3.5 Welche Anzeigepflicht ist zu erfüllen?

- Die Aberkennung einer Berufsunfähigkeitspension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) ist uns im Sinne des Art. 21 Pkt. 2.11 (Obliegenheiten) innerhalb von 14 Tagen ab Erhalt des Bescheides einer österreichischen gesetzlichen Pensionsversicherung anzuzeigen.
- Das Ableben des Rentenempfängers oder der Rentenempfängerin ist uns im Sinne des Art. 21 Pkt. 2.2 (Obliegenheiten) innerhalb von drei Tagen anzuzeigen.
- Eine sich aus der Nichtbeachtung der obigen Anzeigepflichten ergebende Rentenleistung können wir jedenfalls vom unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

3.3.6 Welche Auswirkungen hat der Eintritt des Versicherungsfalles auf den Versicherungsschutz?

- Der Versicherungsschutz für die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz endet, wenn als Folge eines Versicherungsfalles die Unfall-Invaliditäts-Rente gemäß Art. 7 Pkt. 3.2, geleistet wird. Die anteilige Prämie wird Ihnen ab dem Zeitpunkt des Unfalles zurückerstattet.

3.3.7 Was geschieht bei Änderung von Rechtsnormen hinsichtlich der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension)?

Werden Rechtsnormen hinsichtlich der Berufsunfähigkeits-Pension (Erwerbsunfähigkeits-Pension) geändert oder neu geschaffen, können

- Sie und/oder wir innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Bestimmungen den Vertrag hinsichtlich der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz ohne Rücksicht auf den Fortbestand des restlichen Vertrages sofort kündigen.
- wir innerhalb von 6 Monaten ab Inkrafttreten der neuen gesetzlichen Bestimmungen eine Änderung des Versicherungsvertrages anbieten. Das Anbot zur Änderung des Versicherungsvertrages gilt als angenommen, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach seinem Empfang in geschriebener Form abgelehnt wird. Bei Ablehnung des Angebotes gilt der Versicherungsvertrag hinsichtlich der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz - ohne Rücksicht auf den Fortbestand des restlichen Vertrages - als von uns gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsschutz hinsichtlich der Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitsschutz mit Erhalt der Ablehnung. Auf die vorgenannten Rechtsfolgen bei Nichtablehnung bzw. Ablehnung unseres Angebotes werden wir Sie bei Angebotsstellung besonders hinweisen.

3.4 Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingten Abnutzungserscheinungen an den Unfallfolgen?

Es gelten die Bestimmungen des Artikel 18 über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.

3.5 Welche Bestimmungen gelten für Beamte?

Die Punkte 3.1 bis 3.4 sowie der Art. 18 Pkt. 3.3 sind bei Bediensteten in einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Beamte) sinngemäß anzuwenden.

Artikel 8 - Welche Leistung für den Todesfall kann versichert werden?

Todesfall

Wann wird die für den Todesfall vereinbarte Summe gezahlt?

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

Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen für Invalidität (Art. 7 Pkt. 1 - 2), die aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Dauernde Invalidität gemäß Art. 7 können wir nicht zurückverlangen.

Für Personen unter 18 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die nachweislich aufgewendeten Begräbniskosten ersetzt.

Artikel 9 - Welche Leistung kann bei dauernder oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit versichert werden?

Taggeld

1. Für wen kann Taggeld versichert werden?

Taggeld kann nur für Personen versichert werden, die eine Erwerbstätigkeit zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ausüben.

2. Wann und für welche Dauer wird Taggeld gezahlt?

Taggeld wird

- für jeden Kalendertag der unfallbedingten 100%igen Arbeitsunfähigkeit
- nach Ablauf der vertraglich vereinbarten Karenzfrist (z.B. Leistung ab dem 8. Tag)
- für längstens 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag

gezahlt.

3. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingten Abnützungserscheinungen an den Unfallfolgen?

Es gelten die Bestimmungen des Artikel 18 über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.

4. Was gilt als Arbeitsunfähigkeit? Wie wird ihre Dauer ermittelt?

4.1 Die versicherte Person ist unfallbedingt dauernd oder vorübergehend in ihrer Fähigkeit beeinträchtigt, ihrem ursprünglichen am Antrag angegebenen Beruf oder Ihrer Beschäftigung zur Gänze nachzugehen. Bei nicht berufstätigen Personen wird die 100%ige Arbeitsunfähigkeit dadurch festgestellt, dass die versicherte Person unfallbedingt unfähig ist, Arbeit zu leisten oder einem Beruf oder einer Beschäftigung nachzugehen.

4.2 Die Dauer der unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit wird nach allgemeiner medizinischer Erfahrung und nach Maßgabe der Beeinträchtigung körperlicher oder geistiger Funktionen ermittelt.

Artikel 10 -Welche Leistung kann bei einem Spitalaufenthalt versichert werden?

Spitalgeld

1. Wann und für welche Dauer wird Spitalgeld gezahlt?

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Unfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, gezahlt.

2. Was gilt als Spital?

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.

Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Kranken-

abteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Personen mit neurologischen oder psychischen Leiden.

3. Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingten Abnützungserscheinungen an den Unfallfolgen?

Es gelten die Bestimmungen des Artikel 18 über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes.

Artikel 11 -Welche unfallbedingten Kosten können versichert werden?

Unfallkosten, Such- und Bergungskosten, Fixkosten

1. Unfallkosten

1.1 Für welche Kosten wird Ersatz geleistet?

Unfallkosten werden von uns bis zur hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, sofern sie innerhalb von zwei Jahren vom Unfalltag an gerechnet, entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Hat die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, wird die Frist auf 4 Jahre erstreckt.

Unfallkosten sind:

1.1.1 Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand entsprechend nach ärztlicher Verordnung notwendig waren.

Hierzu zählen auch die Kosten ärztlich verordneter Heilmittel, die Kosten des medizinisch notwendigen Verletztentransportes (auch mit einem Rettungshubschrauber, sofern nach medizinischem Befund erforderlich), der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen bzw. eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen von Heilbehelfen.

Bis zu 30% der Versicherungssumme übernehmen wir auch die Kosten einer unfallbedingten Heilbehandlung nach der traditionellen chinesischen Medizin. (Akupunktur, Akupressur, chinesische Pharmakologie, Tuina und Shiatsu). Diese Behandlung muss von einem Arzt oder Physiotherapeuten durchgeführt werden.

Eine Leistung wird nur dann erbracht, wenn und soweit nicht ein anderer Versicherungsvertrag für die versicherte Person besteht, der bei Unfall und/oder Krankheit als Leistungen Heilkosten und/oder Verletzten- bzw. Krankentransportkosten beinhaltet.

Es besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung der Kosten mit den Krankenhäusern bzw. Rechnungserstellern.

Nicht ersetzt werden:

1.1.1.1 die Kosten der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien sowie private Operations- und Ordinationskosten und Kosten der privaten Physiotherapie.

1.1.1.2 die Kosten für Kur-, Bade-, Erholungsreisen und -aufenthalte, Wellness- und kosmetische Behandlungen, ferner Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sowie Kosten für die Folgen von Ausbeißen von Zähnen bzw. Teilen von Zähnen.

1.1.2 Kosten für kosmetische Operationen, die notwendig werden, weil durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart verunstaltet wird, dass nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten dauernd beeinträchtigt ist. Unterzieht sich die versicherte Person zur Beseitigung dieser Folgen einer kosmetischen Operation, übernehmen wir die dafür aufgewendeten Kosten für Arzthonorar, Medikamente und ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung im Spital.

1.1.3 Rückholkosten, das sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes der außerhalb ihres Wohnortes verunfallten versicherten Person von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das die versicherte Person nach dem Unfall gebracht wurde, an seinen Wohnort bzw. zu dem seinem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung der verstorbenen versicherten Person zu deren letztem Wohnort in Österreich bezahlt.

1.1.4 Kosten einer ärztlich verordneten Psychotherapie, sofern der erwartete Invaliditätsgrad der versicherten Person durch den Unfall mindestens 50% beträgt. In diesem Fall übernehmen wir abweichend von Artikel 18 Pkt. 4 Kosten bis zu maximal 10% der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme.

1.1.5 Welche Leistungskürzung erfolgt bei einer bestehenden Vorinvalidität bzw. bei Mitwirkung von Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingten Abnützungserscheinungen an den Unfallfolgen?

Es gelten die Bestimmungen des Artikel 18 über die sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

2. Such- und Bergungskosten

2.1 Für welche Kosten wird Ersatz geleistet?

Such- und Bergungskosten werden von uns bis zur hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Such- und Bergungskosten sind:

2.1.1 die Kosten der Suche und der Bergung, wenn die versicherte Person einen Unfall erlitten hat oder in Bergnot, Seenot oder Hochwassergefahr geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.

2.1.2 die Kosten der Suche und der Bergung, wenn die versicherte Person durch einen Unfall oder infolge Bergnot, Seenot oder Hochwassers den Tod erleidet;

2.1.3 die Kosten des Transportes - wenn erforderlich auch mittels Rettungshubschrauber - bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem dem Unfallort

nächstgelegenen Spital; wenn der Transport mittels Rettungshubschrauber notwendig ist, werden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme auch die Kosten der medizinischen Behandlung während des Fluges ersetzt.

3. Fixkosten

3.1 Wann werden Fixkosten ersetzt?

Wird durch einen Unfall der versicherten Person ein ununterbrochener Spitalsaufenthalt medizinisch notwendig und dauert dieser mehr als 14 Tage, übernehmen wir die monatlichen Fixkosten für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit, höchstens für 6 Monate ab dem Unfalltag.

Fixkosten ersetzen wir für jeden Unfall nur einmal.

Als Spitäler gelten Krankenanstalten im Sinne des Art. 10 Pkt. 2 (Spitalgeld).

3.2 Was sind Fixkosten?

Fixkosten sind die nachgewiesenen anteilmäßigen monatlichen tatsächlichen Kosten der versicherten Person für Wohnraummiete inklusive Betriebskosten, Kredit- und Leasingraten, Strom, Gas, Heizung und Alimente.

3.3 Bis zu welcher Höhe werden Fixkosten ersetzt?

Wir ersetzen Ihnen die Fixkosten bis zu € 1.000,- pro Monat.

Artikel 12 -Was versteht man unter Knochenbruch?

Knochenbruch

Wir leisten eine Entschädigung in der Höhe der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die versicherte Person durch einen Unfall einen Knochenbruch, -riss oder -anbruch, unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen, erlitten hat. Der knöcherner Ausriss einer Sehne sowie Knochensplittierungen gelten ebenfalls als Knochenbruch. Ermüdungsbrüche, altersbedingte, krankheitsbedingte und degenerative Veränderungen der Knochen gelten nicht als Knochenbruch. (siehe Art. 18, Pkt. 3)

Die Versicherungsleistung kommt auch dann zur Auszahlung, wenn bei Kindern (bis zum 18. Geburtstag) durch einen Unfall eine Wachstumsfuge verletzt und daraufhin therapiert wird.

Artikel 13 -Leistungsanspruch bei Ableben der versicherten Person

Auch wenn die versicherte Person nach einem versicherten Unfall stirbt, besteht Anspruch auf Leistung bei den Modulen Spitalgeld, Taggeld, Unfallkosten, Such- und Bergungskosten, Fixkosten sowie Knochenbruch.

Artikel 14 -Was zahlen wir zusätzlich?

Sonderleistungen, Zusatzleistungen

1. Welche Sonderleistungen werden zusätzlich zu den vertraglich vereinbarten Leistungen erbracht?

Falls Dauernde Invalidität mit Kapitalleistung (gemäß Art. 7 Pkt. 1) versichert ist, gelten die Sonderleistungen gemäß Art. 14 Pkt. 1.1 bis 1.5 als vereinbart.

1.1 Welche Sonderleistung erfolgt bei Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und Borreliose?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Borreliose, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung, zum Ausbruch kommt.

Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen Symptomen - wenn auch später - der als Kinderlähmung oder Frühsommer-Meningoencephalitis oder Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur für dauernde Invalidität (gemäß Art. 7 Pkt. 1) oder Tod (gemäß Art. 8) erbracht. Die Leistung bleibt im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme mit € 75.000,- begrenzt.

1.2 Welche Sonderleistung erfolgt bei einer ästhetischen Verunstaltung?

Führt ein Unfall innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag zu einer nach objektiven medizinischen Gesichtspunkten schweren, nicht durch kosmetische Operationen behebbaren Verunstaltung des Gesichtes, zahlen wir für diese ästhetische Verunstaltung bis zu 10% der für den Fall der dauernden Invalidität (gemäß Art. 7 Pkt. 1) versicherten Summe.

Die Sonderleistung entfällt, wenn darüber hinaus als Unfallfolge eine dauernde Invalidität gemäß Art. 7 Pkt. 1 von 10% oder mehr zurückbleibt.

1.3 Welche Sonderleistung erfolgt bei einem Nottransport aus dem Ausland?

Der Versicherungsschutz umfasst die Organisation und den Ersatz der Kosten eines infolge eines Unfalles medizinisch erforderlichen und ärztlich angeordneten Nottransportes aus dem Ausland nach Österreich - auch mittels Rettungsflugzeuges - durch eine hierfür eingerichtete Organisation. Die Kosten der medizinischen Behandlung während des Transportes werden ebenso ersetzt.

Medizinisch erforderlich ist ein Nottransport, wenn eine lebensbedrohende Unfallverletzung vorliegt oder die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.

Es werden die vollen Kosten des Nottransportes ersetzt, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Die Leistung erfolgt nur bei Organisation des Nottransportes durch die Allianz Elementar Assistance. Diese entscheidet auch über die Art des Transportes. Die Telefonnummer der Allianz Elementar Assistance ist in der Versicherungsurkunde angeführt.

1.4 Welche Sonderleistung erfolgt bei einem unfallbedingten Spitalsaufenthalt von 11 Tagen?

Nach einem unfallbedingten, ununterbrochenen Spitalsaufenthalt von mindestens 11 Tagen werden sofort EUR 1.500,- als Vorauszahlung auf eine zu erwartende Leistung für dauernde Invalidität geleistet. Damit können unfallbedingte, zusätzliche Kosten sofort bezahlt werden.

1.5 Welche Sonderleistung erfolgt bei versicherten Kindern?

Schulausfallgeld:

für versicherte Kinder (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) bezahlen wir im Falle eines unfallbedingten, ärztlich bestätigten Schulausfalles ein Schulausfallsgeld in folgender Höhe:

- 14 Tage Schulausfall (davon mindestens 7 Tage ununterbrochener stationärer Spitalsaufenthalt) pauschal: EUR 500,-
- 21 Tage Schulausfall (davon mindestens 14 Tage ununterbrochener stationärer Spitalsaufenthalt) pauschal: EUR 1.000,-

2. Welche Zusatzleistungen werden zusätzlich zu den vertraglich vereinbarten Leistungen erbracht?

2.1 Erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle infolge eines Herzinfarktes?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die die versicherte Person infolge eines Herzinfarktes erleidet. Ein Herzinfarkt gilt in keinem Fall als Unfallfolge (siehe auch Art. 18 Pkt. 7, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes).

2.2 Erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Unfälle infolge eines Schlaganfalles?

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die die versicherte Person infolge eines ihn treffenden Schlaganfalles erleidet. Ein Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge (siehe auch Art. 18 Pkt. 7, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes).

2.3 Welche Kosten werden für Obliegenheiten übernommen?

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die unmittelbar durch Erfüllung der in Art. 21 Pkt. 2 bestimmten Obliegenheiten - ausgenommen Art. 21 Pkt. 2.4 und 2.8 (Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Behandlung und Krankenpflege; Fahrt zum Sachverständigen) - entstehen.

Artikel 15 -Tarifanpassung Kinder . Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Erwachsene

1. Tarifierpassung für Kinder

Der Tarif sieht vor, dass Kinder bis zum 18. Lebensjahr zu besonderen Prämien in einer Versicherungsurkunde mitversichert werden.

Für versicherte Kinder sind ab dem 1. Juli des Jahres, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, diejenigen Prämien zu bezahlen, die für Männer bzw. Frauen ihrer Risikoklassifizierung zu entrichten sind. Die Prämie wird daher mit 1.7. des Jahres in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet hat automatisch auf den Erwachsenenentarif umgestellt.

2. Wann reduzieren sich die Versicherungssummen für Erwachsene?

Für Erwachsene gelten die Versicherungssummen in der vereinbarten Höhe bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet hat. Ab diesem Zeitpunkt reduzieren sich die Versicherungssummen für die betreffende versicherte Person um 20%, sofern der Versicherungsvertrag vor Vollendung des 65. Lebensjahres abgeschlossen wurde.

Artikel 16 -Wann sind unsere Leistungen fällig, wann verjähren sie?

Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

1. Wann müssen wir erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen?

Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für Invalidität (gemäß Art. 7) innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe wir eine Leistungspflicht anerkennen.

Die Fristen beginnen mit dem Eingang

- der Unterlagen zur Feststellung des Unfallherganges, der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens, sowie
- des Bescheides über die Zuerkennung einer Berufsunfähigkeitspension im Falle der Mitversicherung einer Rente bei Berufsunfähigkeit (gemäß Art. 7 Pkt. 3).

Die genannten Unterlagen bzw. den Bescheid hat die anspruchsberechtigte Person beizubringen.

2. Wann ist unsere Leistung fällig?

Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung von uns verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und wir diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entsprechen.

3. Wann können Sie Vorschüsse verlangen?

Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann die anspruchsberechtigte Person von uns Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den wir nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben werden.

4. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG (Verjährung, siehe Anhang).

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 17 -In welchen Fällen zahlen wir nicht?

Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle

1. bei der Benützung von Luftfahrzeugen oder Luftsportgeräten, insbesondere von Segelflugzeugen, Fallschirmen, Hängegleitern, Paragleitern oder Wingsuits, sowie bei der Benützung von Raumfahrzeugen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle, die die versicherte Person als

- Pilot oder
- Besatzungsmitglied in

Flugzeugen, Hubschraubern, Freiballonen oder Luftschiffen zum gewerbsmäßigen Personen- und/oder Frachtverkehr berechtigter Luftfahrtunternehmen, des Militärs oder der Exekutive erleidet.

Ebenso besteht Versicherungsschutz für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in Flugzeugen, Hubschraubern, Freiballonen oder Luftschiffen 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.

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

2. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;
3. 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.
4. 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;
5. bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyle, Bob-, Schibob-, Skeletonfahrens oder Rodelns (auf Natur- oder Kunstbahnen) sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
6. die sich beim Klettern im Freien ab Schwierigkeitsgrad V, beim Eisklettern sowie beim Begehen von Klettersteigen im Freien ab Stufe D/E/K5 ereignen.
7. bei Unfällen, die bei der Benützung von Explosivkörpern, die gesetzlich verboten sind bzw. für die keine ausreichende behördliche Genehmigung vorliegt, bzw. die versicherte Person nicht zur Benützung gesetzlich oder behördlich berechtigt ist, entstehen.
8. die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist, durch die versicherte Person eintreten;
9. die ursächlich mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebenten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.
10. durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
11. die mittelbar oder unmittelbar durch
 - jegliche Einwirkung von Atomwaffen, chemischen, bio-chemischen, biologischen oder elektromagnetischen Waffen,
 - Kernenergie sowie jegliches radioaktives Material oder
 - den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzesverursacht oder beeinflusst werden.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Unfälle mit radioaktiven Isotopen im Zuge von medizinischen Heilbehandlungen, die aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren.

12. die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet. Das Vorliegen einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol gilt bei einem Lenker eines Kraftfahrzeuges, Pilot eines Luftfahrzeuges oder Lenker eines Fahrrades jedenfalls ab einer Blutalkoholkonzentration von 0,8‰ im Zeitpunkt des Versicherungsfalles als vereinbart. Eine Verweigerung des Alkoholtests oder der Blutabnahme zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes wird einer wesentlichen Beeinträchtigung der psychischen Leistungsfähigkeit gleichgestellt. (siehe Art. 21, Pkt. 1.4)
13. 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.
14. oder Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.
15. die die versicherte Person beim Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen (z.B. Apnoe-, Höhlen-, Wrack- oder Eistauchen) erleidet. Die Teilnahme an Wettbewerben und/oder Rekordversuchen ist generell vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Artikel 18 -Welche sachlichen Begrenzungen gibt es?

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. Waren vom Unfall betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

Die Vorinvalidität wird nach Art. 7 Pkt. 1.3 bemessen.

3. Auswirkungen von Vorerkrankungen, Gebrechen oder nicht altersbedingten Abnützungerscheinungen
 - 3.1 Haben Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingte Abnützungerscheinungen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist
 - im Falle von dauernder Invalidität (gemäß Art. 7, Pkt. 1) der Invaliditätsgrad,
 - bei Taggeld und Spitalgeld die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage,
 - bei den sonstigen Versicherungsleistungen lt. Abschnitt B (ausgenommen bei Leistungen für die Unfallrenten gemäß Art. 7 Pkt. 2 und 3 oder für Suche und Bergung sowie Verletztentransport gemäß Art. 11) die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Abnützungerscheinung zu kürzen, wenn dieser Anteil mindestens 25% beträgt.

- 3.2 Für die Unfall-Invaliditäts-Rente gemäß Art. 7 Pkt. 2, gelten folgende Bestimmungen:

Haben Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingte Abnützungerscheinungen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Abnützungerscheinung zu kürzen.

Eine Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente erfolgt je nach vereinbarter Art der Rente somit nur unter der Voraussetzung, dass die unfallbedingten Folgen zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 35% oder 50% geführt haben.

- 3.3 Für die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitschutz gemäß Art. 7 Pkt. 3, gelten folgende Bestimmungen:

Haben Krankheiten, Gebrechen oder krankhafte Abnützungerscheinungen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist der Invaliditätsgrad entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Abnützungerscheinung zu kürzen.

Eine Leistung für die Unfall-Invaliditäts-Rente mit Berufsunfähigkeitschutz laut Art. 7 Pkt. 3.2 erfolgt von uns somit nur unter der Voraussetzung, dass die unfallbedingten Folgen zu einem Invaliditätsgrad von 50% oder mehr geführt haben. Für eine Leistung im Sinne des Art. 7 Pkt. 3.3 ist ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von mindestens 35% erforderlich.

4. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist.

Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

5. Für Bandscheibenleiden, insbesondere Bandscheibenvorfall oder Bandscheibenprotrusion, wird eine Leistung von uns nur erbracht, wenn diese durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheits- oder Abnützungerscheinungen handelt.
6. 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.
7. Ein Herzinfarkt oder ein Schlaganfall gilt in keinem Fall als Unfallfolge.
8. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallszeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich sämtliche vereinbarten Versicherungsleistungen gemäß Abschnitt B um 25%.
9. Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Tragen eines Sturzhelmes behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallszeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich bei unfallkausalen Kopf- und Halswirbelverletzungen sämtliche vereinbarten Versicherungsleistungen gemäß Abschnitt B um 25%.

Abschnitt D: Pflichten der Versicherungsnehmerin und des Versicherungsnehmers

Artikel 19 -Wann ist die Prämie zu bezahlen?

Prämie

1. Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist von Ihnen gegen Übermittlung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zum vereinbarten, in der Versicherungsurkunde angeführten Hauptfälligkeitstermin, bei vereinbarter Teilzahlung zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten.
2. Bestimmte Leistungen sind von der Prämie nicht umfasst. Für diese durch den Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die betroffenen Leistungen und die Höhe der Gebühren können bei uns erfragt, der Homepage www.allianz.at bzw. den Vertragsunterlagen entnommen werden. Diese Gebühren sind wertgesichert und verändern sich ab Beginn eines Kalenderjahres in demselben Ausmaß, in dem sich der von der Statistik Austria monatlich verlaublichste Verbraucherpreisindex 2000 oder ein von Amts wegen an seine Stelle tretender Index verändert hat. Der für den Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer maßgebliche Ausgangswert kann den Vertragsunterlagen entnommen werden. Wir sind dessen unbeschadet berechtigt, geringere als die sich nach dieser Indexklausel ergebenden Gebühren zu verlangen, ohne dass dadurch das Recht verloren geht, für die Zukunft wieder die indexkonformen Gebühren zu verlangen.
3. Zahlungsverzug kann zu unserer Leistungsfreiheit führen. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 38, 39 und 39a VersVG im Anhang).
4. Wir haben mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf die gesamte Jahresprämie. Die Vereinbarung einer unterjährigen Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich) ist eine Stundung, bei deren Nichteinhaltung wir zur Einforderung der Jahresprämie berechtigt sind.

Artikel 20 -Was ist bei Änderung des Berufes, der Beschäftigung oder einer besonders gefährlichen Freizeitaktivität der versicherten Person zu beachten?

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person

Als Obliegenheiten werden vereinbart:

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder im Antrag anzugebenden besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten (auch Hochleistungssport) der versicherten Person sowie die Angabe des richtigen Berufes bei Umstellung der Kinder auf Erwachsenentarif (siehe Art. 15) sind unverzüglich anzuzeigen.

Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- 1.1 Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, die Beschäftigung oder die besonders gefährliche Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport) oder bei der Angabe des richtigen Berufes bei Umstellung der Kinder auf Erwachsenentarif (siehe Art. 15) der versicherten Person nach unserem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

- 1.2 Ergibt sich nach dem zum Zeitpunkt der Anzeige gültigen Tarif des Versicherers gemäß Pkt. 1 eine höhere Prämie, so wird der Vertrag ab Zugang der Anzeige mit der höheren Prämie fortgesetzt. In diesem Fall besteht ab dem Zeitpunkt, an dem uns die Anzeige zugegangen ist, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport oder entgeltliche Sportausübung) der volle Versicherungsschutz.

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb von 1 Monat ab Zugang der Information über die Prämienhöhung unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist den Vertrag kündigen.

- 1.3 Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährliche Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport) oder aus der Umstellung von Kinder auf den Erwachsenentarif zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so werden unsere Leistungen in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrundegelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung bzw. besonders gefährliche Freizeitaktivität (auch Hochleistungssport) erforderlichen Prämienätzen aufgrund der tatsächlichen in der Police berechneten Prämie ergeben.
- 1.4 Bieten wir für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten (auch Hochleistungssport) grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Kündigungsmöglichkeit bzw. Leistungsfreiheit auf Grund Gefahrerhöhung) Anwendung.

2. Für den Fall, dass die Versicherungsnehmerin und der Versicherungsnehmer eine dieser Obliegenheiten verletzt, wird Leistungsfreiheit vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe § 6 Abs. 1a und 2 VersVG im Anhang).

Artikel 21 -Was ist vor Eintritt eines Versicherungsfalles zu beachten? Was ist nach Eintritt eines Versicherungsfalles zu tun?

Obliegenheiten

Als Obliegenheiten werden vereinbart:

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles:

- 1.1 Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, zu besitzen; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.
- 1.2 Die versicherte Person hat als Pilot eines Luftfahrzeuges die erforderlichen Berechtigungen zum Fliegen des jeweiligen Luftfahrzeuges (Pilotenschein, Typenberechtigung) sowie zum Unfallzeitpunkt die erforderliche Flugtauglichkeit zu besitzen;
- 1.3 Die Anzeigepflicht gemäß Art. 20 (Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten der versicherten Person).
- 1.4 Die versicherte Person hat sich als Lenker eines Kraftfahrzeuges, als Lenker eines Fahrrades (§ 5 StVO), als Fahranfänger bzw. Lenker von LKW, Buslenker gemäß FSG §20 Abs. 4) oder als Pilot eines Luftfahrzeuges (ge-

mäß §1 Abs. 3 LuftVO) an die gesetzlichen Grenzen in Bezug auf Blutalkoholkonzentration zu halten.

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer eine dieser Obliegenheiten verletzt, wird Leistungsfreiheit vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe § 6 Abs. 1 VersVG im Anhang).

2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles:

2.1 Ein Unfall ist uns unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen und die Einleitung eines damit zusammenhängenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens ist uns unverzüglich mitzuteilen.

2.2 Ein Todesfall ist uns innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

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

2.4 Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über weitere bestehende Unfallversicherungen. Der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person hat an der Feststellung des Sachverhaltes mitzuwirken.

2.5 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die von uns verlangten Auskünfte gem. § 11a VersVG (siehe Anhang) zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einer Sozialversicherung gemeldet, so ist auch diese im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

2.6 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die von uns verlangten Auskünfte gem. § 11a VersVG (siehe Anhang) zu erteilen.

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

2.8 Ist Spitalgeld (Art. 10) versichert, so ist uns nach der Entlassung der versicherten Person aus dem Spital (Art. 10 Pkt. 2, Spitalgeld) eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.

2.9 Ist Taggeld (Art. 9) versichert, so ist uns eine ärztliche Bescheinigung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit, sowie über den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zuzusenden.

2.10 Im Falle der Mitversicherung der Unfall-Invaliditäts-Rente ist uns die im Art. 7 Pkt. 2.7 genannte Lebensbescheinigung nach unserer Aufforderung vorzulegen.

2.11 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten, Bergungskosten oder Fixkosten (Art. 11) sind uns die Originalbelege zu überlassen.

2.12 Im Falle der Mitversicherung von Knochenbruch (Art. 12) ist uns eine ärztliche Bestätigung mit Diagnose zu übermitteln.

2.13 Im Falle eines Nottransportes aus dem Ausland ist die Allianz Elementar Assistance mit der Organisation des Nottransportes zu beauftragen (siehe Art. 14 Pkt. 1.3).

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer eine dieser Obliegenheiten verletzt, wird Leistungsfreiheit vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe §§ 6 Abs. 3 und 62 VersVG im Anhang).

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 22 -Was gilt als Versicherungsperiode?

Versicherungsperiode

1. Versicherungsperiode:

Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres, und zwar auch dann, wenn die Jahresprämie vertragsgemäß in Teilbeträgen zu entrichten ist.

Artikel 23 -Unter welchen Voraussetzungen und wann kann der Versicherungsvertrag gekündigt werden? Wann erlischt der Versicherungsvertrag ohne Kündigung?

Kündigung, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles:

1.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles können Sie kündigen, wenn wir einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnen oder die Anerkennung verzögern.

In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 16, Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung)

von Ihnen vorzunehmen.

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

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

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung

von uns vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen.

Falls Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben, können wir mit sofortiger Wirkung kündigen.

1.3 Uns steht die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

2. Nach Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über Ihr Vermögen können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist kündigen.
3. Erlischt der Vertrag, weil die versicherte Person gestorben ist, so steht uns die bis zur Vertragsauflösung anteilige Prämie zu.

Artikel 24 -Wem steht die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu, wer hat Pflichten aus dem Versicherungsvertrag zu erfüllen?

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 §§ 75 ff VersVG (Versicherung für fremde Rechnung) sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich Ihnen zusteht.

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, von Ihnen für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die Zustimmung des anderen in geschriebener Form 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.

Artikel 25 -Was gilt bei Unwirksamkeit oder Undurchführbarkeit einzelner Bestimmungen dieses Vertrages?

Unwirksamkeit/Undurchführbarkeit einzelner Bestimmungen

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen hiervon nicht berührt. An die Stelle einer unwirksamen

Anhang

Auszug aus dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VersVG), BGBl. Nr. 2/1959 in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 34/2015 (Wiedergabe der in den AUVB 2019 erwähnten Bestimmungen des Gesetzes)

§ 6

- (1) Ist im Vertrag bestimmt, daß bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, daß die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
- (1a) Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrundeliegende Äquivalenz zwischen Risiko und Prämie aufrechterhalten soll, tritt die vereinbarte Leistungsfreiheit außerdem nur in dem Verhältnis ein, in dem die vereinbar-

ten oder undurchführbaren Bestimmung tritt eine solche Regelung, die dem wirtschaftlichen Zweck der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung am nächsten kommt. Das gleiche gilt, wenn eine ergänzungsbedürftige Lücke offenbar wird.

Artikel 26 -Wo können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gerichtlich geltend gemacht werden?

Zuständiges Gericht (Gerichtsstand)

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem für unseren Sitz oder unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung.

Das Recht des Verbrauchers, Klagen bei anderen gesetzlichen Gerichtsständen einzubringen, bleibt davon unberührt.

Hat eine selbständig tätige Person als Vermittlerin am Zustandekommen des Vertrages mitgewirkt, ist auch das Gericht des Ortes zuständig, an dem die Vermittlerin zur Zeit der Vermittlung oder des Abschlusses ihre gewerbliche Niederlassung oder - bei Fehlen einer gewerblichen Niederlassung - ihren Wohnsitz hatte.

Wir können Klagen gegen Sie bei dem für Ihren Wohnsitz zuständigen Gericht gemäß § 14 KSchG (siehe Anhang) erheben.

Artikel 27 -Wie sind Erklärungen abzugeben?

Form der Erklärungen

Für sämtliche Anzeigen und Erklärungen der Versicherungsnehmerin und des Versicherungsnehmers an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person der oder des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass die Erklärungsempfängerin oder der Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift der oder des Erklärenden zugehen muss. Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signaturgesetz ist der eigenhändigen Unterschrift nicht gleichgestellt.

Artikel 28 -Welches Recht gilt?

Anwendbares Recht

Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

genheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für die Leistungspflicht des Versicherers bedeutsam sind, so bleibt der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

- (4) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.
- (5) Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11a

- (1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies
 1. zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder
 2. zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder
 3. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.
- (2) Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:
 1. durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder
 2. anhand der vom Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder
 3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder
 4. zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem konkreten Versicherungsfall durch Auskünfte von untersuchenden oder behandelnden Ärzten, Krankenanstalten oder sonstigen Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge (Gesundheitsdienstleister) über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form zugestimmt hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einzelzustimmung (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Zustimmung sowie die Verweigerung der Zustimmung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Zustimmung belehrte; solche Auskünfte dürfen erst eingeholt werden, nachdem der Betroffene von der beabsichtigten Auskunftserhebung unter Bekanntgabe der konkret nachgefragten Daten sowie des Zweckes der Datenermittlung verständigt und dabei über sein Widerspruchsrecht sowie die Folgen des Widerspruchs klar und verständlich belehrt wurde, und der Datenermittlung nicht binnen 14 Tagen (Einlangen des Widerspruchs) widersprochen hat; oder
 5. durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.

§ 12

- a. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten zu, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekanntgeworden ist; ist dem Dritten dieses Recht nicht bekanntgeworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
- b. Ist ein Anspruch des Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmers beim Versicherer angemeldet worden, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer in geschriebener Form übermittelten Entscheidung des Versicherers gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung derzeit zugrunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.
- c. Der Versicherer ist von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem der Versicherer dem Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 23

- (1) Nach Abschluss des Vertrages darf der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.
- (2) Erlangt der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer davon Kenntnis, daß durch eine von ihm ohne Einwilligung des Versicherers vorgenommene oder gestattete Änderung die Gefahr erhöht ist, so hat er dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.

§ 24

- (1) Verletzt der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer die Vorschrift des § 23 Abs. 1, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Beruht die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmers, so muß dieser die Kündigung erst mit dem Ablauf eines Monats gegen sich gelten lassen.
- (2) Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in welchem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.

§ 25

- (1) Der Versicherer ist im Fall einer Verletzung der Vorschrift des § 23 Abs. 1 von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn die Verletzung nicht auf einem Verschulden des Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmers beruht. Der Versicherer ist jedoch auch in diesem Fall von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die im § 23 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht wird und der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, es sei denn, daß ihm in diesem Zeitpunkt die Erhöhung der Gefahr bekannt war.
- (3) Die Verpflichtung des Versicherers zur Leistung bleibt auch dann bestehen, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 26

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

§ 27

- (1) Tritt nach dem Abschluss des Vertrages unabhängig vom Willen des Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmers eine Erhöhung der Gefahr ein, so ist der Versicherer berechtigt, das Versicherungsverhältnis unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat zu kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn es nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an ausgeübt wird, in dem der Versicherer von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt hat, oder wenn der Zustand wiederhergestellt ist, der vor der Erhöhung bestanden hat.
- (2) Der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer hat, sobald er von der Erhöhung der Gefahr Kenntnis erlangt, dem Versicherer unverzüglich Anzeige zu machen.
- (3) Ist die Erhöhung der Gefahr durch allgemein bekannte Umstände verursacht, die nicht nur auf die Risiken bestimmter Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer einwirken, etwa durch eine Änderung von Rechtsvorschriften, so erlischt das Kündigungsrecht des Versicherers nach Abs. 1 erst nach einem Jahr und ist Abs. 2 nicht anzuwenden.

§ 28

- (1) Wird die im § 27 Abs. 2 vorgesehene Anzeige nicht unverzüglich gemacht, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall später als einen Monat nach dem Zeitpunkt eintritt, in welchem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen.
- (2) Die Verpflichtung des Versicherers bleibt bestehen, wenn ihm die Erhöhung der Gefahr in dem Zeitpunkt bekannt war, in welchem ihm die Anzeige hätte zugehen müssen. Das gleiche gilt, wenn zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles die Frist für die Kündigung des Versicherers abgelaufen und eine Kündigung nicht erfolgt ist oder wenn die Erhöhung der Gefahr keinen Einfluß auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 38

- (1) Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluß des Versicherungsvertrags und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
- (2) Ist die erste oder einmalige Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist des Abs. 1 noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- (3) Die Aufforderung zur Prämienzahlung hat die im Abs. 1 und 2 vorgesehenen Rechtsfolgen nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer dabei auf diese hingewiesen hat.
- (4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 und 2 nicht aus.

§ 39

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

und ist der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer zur Zeit des Eintritts mit der Zahlung der Folgeprämie im Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, daß der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

- (3) Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, daß sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich aufmerksam zu machen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
- 2) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a

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

§ 62

- (1) Der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen; er hat, wenn die Umstände es gestatten, solche Weisungen einzuholen. Sind mehrere Versicherer beteiligt und haben diese entgegenstehende Weisungen gegeben, so hat der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtgemäßem Ermessen zu handeln.
- (2) Hat der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als der Umfang des Schadens auch bei gehöriger Erfüllung der Verpflichtungen nicht geringer gewesen wäre.

§ 75

- (1) Bei der Versicherung für fremde Rechnung stehen die Rechte aus dem Versicherungsvertrag dem Versicherten zu. Die Übermittlung eines Versicherungsscheines kann jedoch nur der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer verlangen.
- (2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmers über seine Rechte nur dann verfügen und diese Rechte nur dann gerichtlich geltend machen, wenn er im Besitz eines Versicherungsscheines ist.

§ 76

- (1) Der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden Rechte im eigenen Namen verfügen.
- (2) Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer ohne Zustimmung des Versicherten nur dann zur Annahme der Zahlung und zur Übertragung der Rechte des Versicherten befugt, wenn er im Besitz des Scheines ist.
- (3) Der Versicherer ist zur Zahlung an den Versicherungsnehmerin und Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm

gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77

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

§ 78

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

§ 79

(1) Auf die Kenntnis des Versicherten kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne sein Wissen abgeschlossen worden ist oder eine rechtzeitige Benachrichtigung des Versicherungsnehmerin und

Auszug aus dem Konsumentenschutzgesetz

§ 14

- 1) Hat der Verbraucher im Inland seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt oder ist er im Inland beschäftigt, so kann für eine Klage gegen ihn nach den §§ 88, 89, 93 Abs. 2 und 104 Abs. 1 JN nur die Zuständigkeit des Gerichtes begründet werden, in dessen Sprengel der Wohnsitz, der gewöhnliche Aufenthalt oder der Ort der Beschäftigung liegt; dies gilt nicht für Rechtsstreitigkeiten, die bereits entstanden sind.
- 2) Das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit sowie der örtlichen Zuständigkeit des Gerichtes ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Hei-

lung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der sachlichen oder örtlichen Zuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.

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

§ 184

- (1) Sollen nach dem Vertrag einzelne Voraussetzungen des Anspruches aus der Versicherung oder das Maß der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit durch Sachverständige festgestellt werden, so ist die getroffene Feststellung nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. Die Feststellung erfolgt in diesem Falle durch Urteil. Das gleiche gilt, wenn die Sachverständigen die Feststellung nicht treffen können oder wollen oder sie verzögern.
- (2) Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen, so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs. 2 entsprechend anzuwenden.
- (3) Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs. 1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

lung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der sachlichen oder örtlichen Zuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.

- 3) Eine Vereinbarung, mit der für eine Klage des Verbrauchers gegen den Unternehmer ein nach dem Gesetz gegebener Gerichtsstand ausgeschlossen wird, ist dem Verbraucher gegenüber rechtsunwirksam.
- 4) Die Abs. 1 bis 3 sind insoweit zur Gänze oder zum Teil nicht anzuwenden, als nach Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anderes bestimmt ist.

Besondere Bedingungen für die Kollektivunfallversicherung 2019

Die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUVB 2019) finden insoweit Anwendung, als in den nachstehenden Besonderen Bedingungen keine Sonderregelung getroffen wird.

1. Versicherungsformen

Der Versicherungsvertrag gilt je nach der vereinbarten Versicherungsform abgeschlossen als Kollektivunfallversicherung

- ohne Namensangabe oder
- mit Namensangabe der versicherten Personen.

Nicht anzurechnen sind nur die freiwilligen außerordentlichen, nicht wiederkehrenden Zuwendungen, wie bei Betriebs- oder Dienstjubiläen, Unglücks- oder Krankheitsfällen und Betriebsveranstaltungen.

2. Gemeinsame Bestimmungen

2.1 Versicherungssummen:

Vereinbart sind

- fixe Versicherungssummen oder
- das Vielfache (Teil) des Jahresbezuges der einzelnen versicherten Person.

2.2.2 Jahresbezug:

Als Jahresbezug der versicherten Person gelten ihre tatsächlichen Bezüge während der dem Unfalltag vorangegangenen 12 Monate; wenn während dieser Zeit kein ununterbrochenes Dienstverhältnis bestanden hat, der so errechnete Jahresbezug einer vergleichbaren Dienstnehmerin oder eines vergleichbaren Dienstnehmers.

2.2 Jahresbezug als Versicherungssumme:

2.2.1 Begriffsbestimmung

Anzurechnen sind alle Löhne, Gehälter, Provisionen und sonstige Entgelte, welche Bezeichnung sie auch immer tragen (z.B. Gefahren-, Montage-, Schmutzulage, Weggelder, usw.).

2.2.3 Höchstgrenze:

Als Höchstgrenze eines der Berechnung der Versicherungsleistung wie auch der Prämienberechnung zugrundezulegenden einfachen Jahresbezuges gemäß Pkt. 2.2.1 der einzelnen versicherten Person wird ein Betrag von € 150.000,- bestimmt.

2.3 Kumulrisiko:

Sind mindestens zwei durch vorliegenden Versicherungsvertrag versicherte Personen durch ein und dasselbe Schadenereignis betroffen, so gilt ein Betrag von

€ 10.000.000,- als Höchstgrenze der Versicherungsleistungen.

Überschreitet die Summe der Ansprüche der versicherten Personen den Betrag von € 10.000.000,-, so wird die Leistung für jede einzelne versicherte Person im Verhältnis der Summe der vertraglichen Einzelansprüche zu diesem Betrag gekürzt.

2.4 Erlöschen des Versicherungsschutzes:

Ohne dass sich am Weiterbestand des Versicherungsvertrages etwas ändert, erlischt die Versicherung für die einzelne versicherte Person mit Beendigung des Dienstverhältnisses oder dem Ausscheiden aus dem Kreis der versicherten Personen.

3. Kollektivunfallversicherung ohne Namensangabe

3.1 Versicherte Personen:

Versichert sind alle zu einer eindeutig beschriebenen Gruppe gehörenden Personen zum gleichen Versicherungsumfang. Die Zuordnung der versicherten Personen hat so zu erfolgen, dass bei einem Unfall kein Zweifel über die Zugehörigkeit der betroffenen Person zum versicherten Personenkreis entsteht.

3.2 Prämienregulierung:

3.2.1 Prämienberechnung:

Der Prämienberechnung wird zunächst eine den zu erwartenden Verhältnissen entsprechende Größe zugrunde gelegt.

Nach Ablauf einer jeden Versicherungsperiode haben Sie die den tatsächlichen Verhältnissen entsprechenden Größen anzugeben und auf Verlangen nachzuweisen; dieser Verpflichtung haben Sie innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Anfrage nachzukommen.

Wir haben nach Empfang Ihrer Angaben die endgültige Abrechnung vorzunehmen; der Mehr- oder Minderbetrag an Prämie ist einen Monat nach Empfang der Abrechnung fällig.

3.2.2 Haben Sie die Angaben nicht rechtzeitig gemacht, so haben wir die Wahl, auf Nachholung der Angaben zu klagen oder eine Zusatzprämie einzuheben. Diese Zusatzprämie beträgt, wenn die ausständigen Angaben die erste Jahresprämie oder die Prämie für eine Versicherungsdauer von weniger als einem Jahr betreffen, soviel wie jene Prämie, die erstmals zur Vorschreibung gelangt ist, andernfalls soviel wie die Prämie für jenes Versicherungsjahr, das dem abzurechnenden Versicherungsjahr unmittelbar vorgeht. Werden die Angaben nachträglich, aber noch innerhalb zweier Monate nach Empfang der Aufforderung zur Bezahlung der Zusatzprämie gemacht, so haben wir den zuviel gezahlten Betrag rückzuerstatten.

3.2.3 Unser Einblicksrecht:

Wir haben das Recht, Ihre Angaben nachzuprüfen. Sie haben zu diesem Zweck Einblick in sämtliche maßgebende Unterlagen zu gewähren.

4. Kollektivunfallversicherung mit Namensangabe

4.1 Versicherte Personen:

Versichert sind alle Personen, die uns mit Angabe von Namen, Geburtsdatum, Beruf und Anschrift sowie den gewünschten Versicherungssummen bekanntgegeben werden.

4.2 An- und Abmeldung:

Für Personen, die in den Versicherungsvertrag eingeschlossen werden sollen, tritt die Versicherung für diese Personen nach Zusage des Versicherungsschutzes durch uns in Kraft. Versicherte Personen, die ihr Dienstverhältnis mit Ihnen beendet haben, sind bei uns abzumelden.