

Meine Unfallvorsorge – Einfach erklärt



Willkommen bei der Allianz.

Die Allianz zählt zu den traditionsreichsten Unternehmen Österreichs – seit mehr als 150 Jahren vertrauen unsere Kundinnen und Kunden in unsere Stärke und Kompetenz.



Die Allianz hat sich immer wieder als Vorreiter und Erneuerer der Branche erwiesen und zählt zu den erfolgreichsten Beispielen für die Entwicklung der modernen Versicherungsindustrie.

Wir erwirtschaften nachhaltig auf Basis des mit dem WWF (World Wide Fund For Nature) entwickelten Investitionsmodells und übernehmen so Verantwortung für unsere Gesellschaft und die Umwelt.

Die Allianz Gruppe in Österreich ist Teil der weltweit tätigen Allianz SE, die rund 150.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in mehr als 70 Ländern beschäftigt. Allein in Österreich arbeiten etwa 3.500 Menschen in der Allianz, die zirka 1,2 Millionen Kundinnen und Kunden betreuen.

Wir freuen uns, dass auch Sie uns Ihr Vertrauen schenken und wünschen Ihnen viele unfallfreie Lebensjahre!

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung in Ihre Unfallvorsorge.....	4
2. Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen	6
2.1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	8
2.2 Deckungsumfang der Pakete.....	12
2.2.1 Paket Comfort.....	15
2.2.1.1 Kapitalleistungen.....	15
2.2.1.2 Unfallkosten.....	18
2.2.1.3 Weitere Versicherungsleistungen	21
2.2.1.4 Sonderleistungen.....	22
2.2.1.5 Optionale Zusatzbausteine	22
2.2.2 Paket Extra.....	26
2.2.2.1 Kapitalleistungen.....	26
2.2.2.2 Unfallkosten.....	30
2.2.2.3 Weitere Versicherungsleistungen.....	34
2.2.2.4 Sonderleistungen.....	40
2.2.2.5 Optionale Zusatzbausteine	41
2.2.3 Paket Max	52
2.2.3.1 Kapitalleistungen.....	52
2.2.3.2 Unfallkosten.....	56
2.2.3.3 Weitere Versicherungsleistungen.....	60
2.2.3.4 Sonderleistungen.....	67
2.2.3.5 Optionale Zusatzbausteine	68
2.3 Was ist vom Deckungsumfang generell nicht umfasst?	80
2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen	81
2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes	83
2.4 Obliegenheiten und Pflichten des Versicherungsnehmers	86
2.4.1 Rund um die Prämienzahlung	87
2.4.2 Änderung der Versicherung	89
2.4.3 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles	90
2.4.4 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles	91
2.5 Sonstige Vertragsbestimmungen.....	94
2.5.1 Versicherungsperiode, Kündigung und Vertragsverlängerung	95
2.5.2 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen	96
2.5.3 Erfüllungsort und Gerichtsstand	97
2.5.4 Wertanpassung	97
2.5.5 Änderung der Versicherungsbedingungen.....	99
2.5.6 Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung	99
2.6 Glossar.....	100
3. Häufig gestellte Fragen	118
4. Kundenportal.....	126
5. Anhänge	128

1. Einführung in Ihre Unfallvorsorge

Guten Tag, in diesem Dokument finden Sie Informationen und Antworten rund um Ihre Unfallvorsorge – transparent und verständlich erklärt.



Guten Tag!

Vielen Dank, dass Sie sich für die Allianz als Partner für Ihre Unfallvorsorge entschieden haben. Wir freuen uns und danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen. Wenn es um die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit nach einem Unfall geht, können Sie sich auf uns als verlässlichen Partner an Ihrer Seite verlassen.

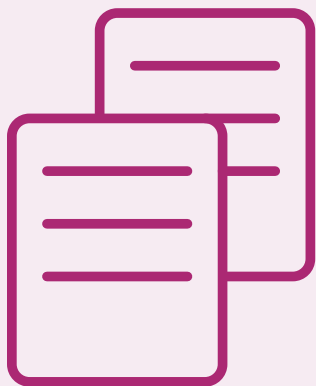
Mit den Paketen Comfort, Extra und Max hat die Allianz eine neue und moderne Produktlandschaft in der Unfallvorsorge geschaffen, damit, wenn doch ein *Unfall* passiert, schnell und unkompliziert finanzielle Hilfe zur Verfügung steht (beispielsweise für Kosten von notwendigen Therapien, Heilbehelfe, Zahnersatz aus den Unfallkosten, ein Kapitalbetrag aus dem *Leistungsbaustein Dauernde Invalidität* für Umbauarbeiten in der Wohnung und vieles mehr). Sie entscheiden anhand Ihrer individuellen Bedürfnisse und Lebenssituation welcher Schutz, also welches Paket, am besten für Sie geeignet ist.

Wir sehen uns jedoch nicht nur als Partner der ihnen finanzielle Unterstützung bietet nach einem Unfall, mit unserer Assistance Leistung unterstützen wir Sie auch bei der Bewältigung Ihres Alltags.

Zusätzlich zu „Meine Unfallvorsorge – Einfach erklärt“ erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsurkunde. Auf dieser sind das gewählte Paket und die darin versicherten Leistungen mit dem jeweiligen Betrag und die Versicherungssumme festgelegt.

Die Versicherungsurkunde legt zusammen mit „Meine Unfallvorsorge – Einfach erklärt“, Ihren konkreten Versicherungsschutz fest.

2. Produkt- beschreibung – Versicherungs- bedingungen



Aus unseren vorliegenden Versicherungsbedingungen „Meine Unfallvorsorge – Einfach erklärt“ stellt nur der Abschnitt 2 „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“ sowie der Abschnitt 5 „Anhänge“ rechtlich verbindlichen Regelungen und Inhalte für den Allianz Unfallvorsorgevertrag dar. Kursiv geschriebene Begriffe werden im Kapitel 2.6 „Glossar“ definiert und erläutert.

Die Abschnitte 3 „Häufig gestellte Fragen“ sowie 4 „Kundenportal“ des Dokuments „Meine Unfallvorsorge – Einfach erklärt“ sind nicht Vertragsbestandteil für den Allianz Unfallvorsorgevertrag.

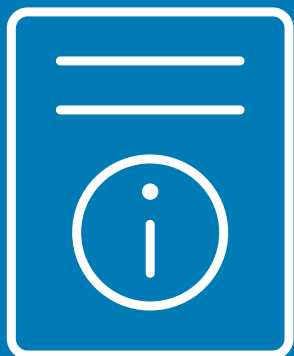
Innerhalb des Dokuments „Meine Unfallvorsorge – Einfach erklärt“ kann es zu Verweisen kommen. Diese geben wir

a) mit der jeweiligen Abschnittsnummer (zum Beispiel Abschnitt 5 „Anhänge“) oder der jeweiligen Kapitelnummer (zum Beispiel Kapitel 2.2.3.2) an.

b) gegebenenfalls auch als betreffenden Punkt in einem Kapitel an. Zum Beispiel Kapitel 2.1, Punkt (1) oder auch Punkt (1) a), wenn der Punkt durch Buchstaben weiter unterteilt ist.

2.1

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes



a) Gegenstand

Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein *Unfall* zustoßt. Zur Ausübung der Rechte siehe 2.5.2 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen.

Der konkrete Versicherungsschutz ist festgelegt durch die Versicherungs-urkunde (im Fall der Wertsicherungsvereinbarung sind die zuletzt vor dem *Versicherungsfall* angepassten Versicherungssummen gültig) und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2 des vorliegenden Dokuments „Meine Unfallvorsorge – Einfach erklärt“.

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

Als Unfall gelten auch:

- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen
- Die Folgen der unabsichtlichen Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbene Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung)
- Die Folgen des Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei *Kindern* bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres

- durch ein Unfallereignis verursachtes Ertrinken oder Ersticken
- durch ein Unfallereignis verursachte Erfrierungen
- durch ein Unfallereignis verursachte Verbrennungen, Verbrühungen,
- durch ein Unfallereignis verursachte Einwirkungen von elektrischen Strom;
- Blitzschlag
- Unabsichtliches Einatmen von Gasen oder Dämpfen, unabsichtliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
- Unfall als Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles
- Unfälle, die sich bei Rettungseinsätzen (Rettung von Menschenleben oder Sachen) ereignen sollten.

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

Dies gilt nicht für die durch Zeckenstich (umgangssprachlich Zeckenbiss) übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen der Kapitel 2.2.1.4, 2.2.2.4 und 2.2.3.4 „Sonderleistungen“, verursacht durch einen Unfall gemäß Kapitel 2.1 Buchstabe a).

Als Unfall gelten auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen (nicht aber Infektionskrankheiten, die nicht durch ein plötzlich von außen wirkendes

Ereignis verursacht werden), die durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase hervorgerufen wurden. Anhauchen, An-niesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht.

Tauchtypische Gesundheitsschäden (z.B. Stickstoffintoxikation, Tiefen-rausch) gelten ebenfalls nicht als Unfälle.

b) Versicherungsvertrag

Die in diesem Dokument enthaltenen Versicherungsbedingungen regeln zusammen mit der Versicherungs-urkunde die Rechte und Pflichten des Versicherungsvertrages. Der Versiche-rungsvertrag wird zwischen der Allianz Elementar Versicherung (im Folgenden „Wir“ oder die „Allianz“ genannt) und dem Versicherungsnehmer (im Folgenden als „Versicherungsnehmer“ bezeichnet) abgeschlossen.

c) Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist neben der Allianz die zweite Vertragspartei des Versicherungsvertrages. Der Versiche-rungsnehmer ist der Vertragspartner der Allianz und Träger der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungs-vertrag. Der Versicherungsnehmer erhält die Versicherungsurkunde und ist Schuldner der Versicherungsprämie.

d) Versicherte Person

Der Versicherungsschutz Ihrer Allianz Unfallvorsorge gilt für die Person, die in der Versicherungsurkunde als versicherte Person angeführt ist.

Der Versicherungsnehmer kann, muss jedoch nicht versicherte Person sein.

e) Hauptwohnsitz

Versichert können nur Personen werden, die in Österreich Ihren Hauptwohnsitz haben.

f) Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz in allen gewählten Paketen gilt weltweit.

g) Zeitlicher Geltungsbereich

Der *Versicherungsfall* ist der Eintritt eines Unfalls, der während der Wirk-samkeit des Versicherungs-schutzes eintritt. Wirksamkeit des Versicherungsschutzes heißt, dass der Vertrag zum Zeitpunkt des Un-falles aufrecht sein muss.

h) Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie und nicht vor dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Versicherungsurkunde nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber binnen 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz mit dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt. Der Versiche-rungsschutz endet mit der Been-digung des Versicherungsvertrages. Für Unfälle, die sich während der Laufzeit ereignen, erbringen wir die in der Versicherungsurkunde vereinbarten Leistungen auch darüber hinaus.

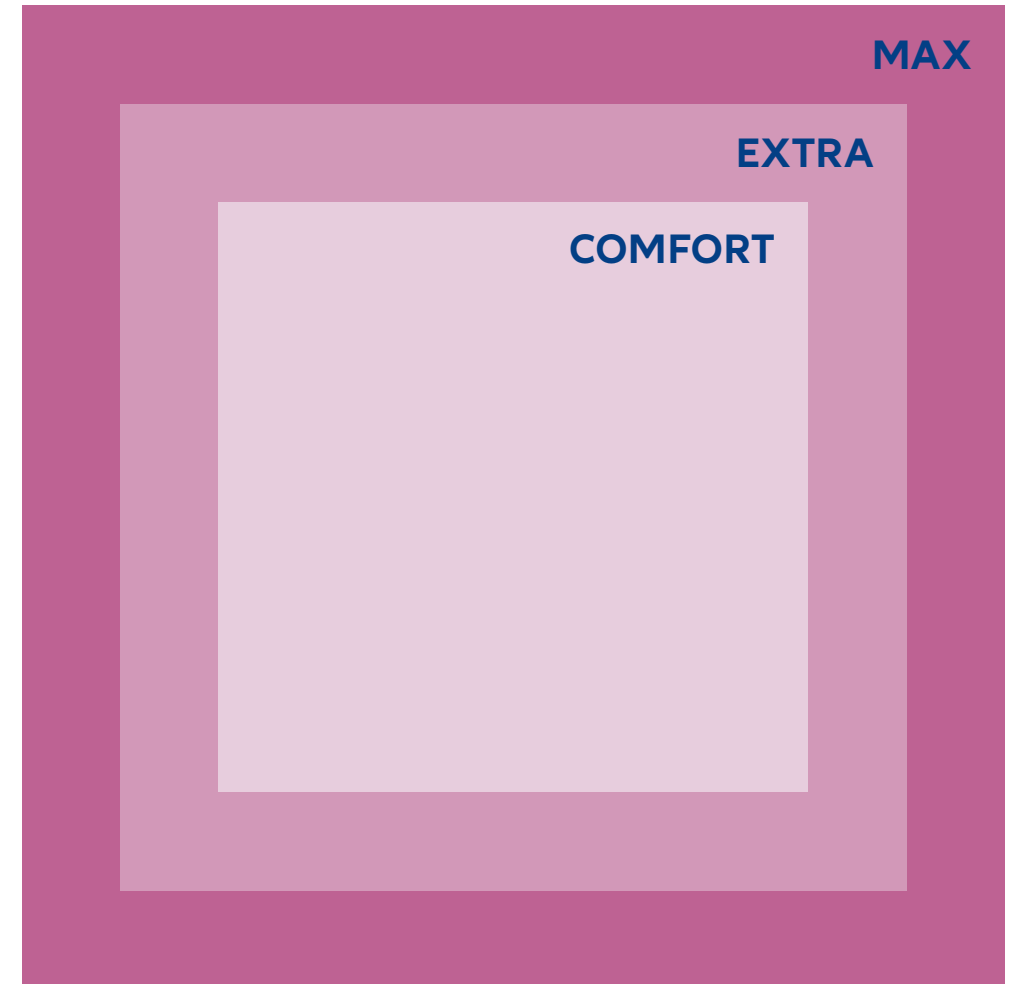
i) Erklärungen von Vertragsparteien und versicherte Personen

- Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person sind an uns in *geschriebener Form* ab-zugeben, sofern hierfür nicht die *Schriftform* mit gesonderter Erklärung zwischen uns verein-bart wurde.
- Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz ist der eigenhändigen Unterschrift gleichgestellt.
- Änderung der Anschrift
Der Versicherungsnehmer hat einen Wechsel seiner Anschrift dem Versicherer bekanntzugeben.

2.2 Deckungsumfang der Pakete

Wir bieten drei Pakete an, die sich nach ihrem Versicherungsschutz unterscheiden.

Nachfolgend finden Sie eine tabellarische Übersicht über den Versicherungsschutz der unterschiedlichen Pakete. Art und Umfang Ihres konkreten Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Versicherungs-urkunde, den gegenständlichen Versicherungsbedingungen und aus dem gewählten Produktpaket.



Meine Unfallvorsorge – Paketüberblick

Deckungsübersicht	Comfort	Extra	Max
Dauernde Invalidität	✓	✓	✓
Unfalltod	✓	✓	✓
Schulenausfallsgeld	✓	✓	✓
Neugeborenen-Bonus	✓	✓	✓
Mein Digital-Doc	✓	✓	✓
Versicherte Unfallkosten: Such-, Berge- und Rückholkosten, Zuschuss zur <i>Rehabilitation</i> , monatliche Fixkosten, ambulante <i>Heilbehandlungen</i>	✓	✓	✓
Weitere versicherte Unfallkosten: stationäre <i>Heilbehandlungen</i> , Kosten für Begleitperson, kosmetische Operationen		✓	✓
<i>Sofortleistung</i>		✓	✓
Vorauszahlung auf dauernde Invalidität		✓	✓
Helm-Bonus bei Kindern		✓	✓
<i>Spitalgeld</i>		✓	✓
Komageld		✓	✓
Meine Unfall-Assistance		✓	✓
Umschulungskosten			✓
Optionale Bausteine			
Sport- oder Berufspaket	✓	✓	✓
Mein Turboplus	✓	✓	✓
Mein Leistungsplus		✓	✓
Mein Zusatzschutz		✓	✓
Taggeld ab dem 1. Tag			✓
<i>Unfall-Invaliditäts-Rente</i>		✓	✓

2.2.1 Paket Comfort

2.2.1.1 Kapitalleistungen

a) Dauernde Invalidität

(1) Voraussetzung und Geltendmachung

Die Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person durch den Unfall auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (=Dauernde Invalidität) beeinträchtigt ist.

Die Dauernde Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* eingetreten sein. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit Dauernen Invalidität hervorgeht, bei der Allianz innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

(2) Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung zahlt die Allianz als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme aus. Die Höhe der Kapitalleistung hängt von der vereinbarten Versicherungssumme, dem *Invaliditätsgrad* und der *Progression* ab. Der Grad der Invalidität wird nach der *Gliedertaxe* bemessen.

Bei Körperteilen und Sinnesorganen, die nicht Bestandteil der *Gliedertaxe* sind, bemisst sich der *Invaliditätsgrad* danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Der endgültige Prozentsatz mindert sich durch eine bereits vor dem *Versicherungsfall* bestehende Vorinvalidität und bei schon vor dem *Versicherungsfall* vorhandenen Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungserscheinungen (siehe auch Kapitel 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes Buchstaben b) und c)).

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

Die für den Versicherungsschutz geltende *Gliedertaxe*, die zugrundeliegende *Progressionstabelle Paket Comfort* ist im Kapitel 2.6 Glossar ersichtlich. Die *Versicherungssumme* für die Dauernde Invalidität ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

(3) Zeitpunkt Feststellung der Invaliditätsleistung

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein dauernde Invalidität von uns nur erbracht, wenn aus ärztlicher Sicht Art und Umfang der Unfallfolgen eindeutig feststehen. Grundsätzlich erfolgt die Begutachtung zur Feststellung der Dauerinvalidität daher frühestens ein Jahr nach dem Unfall. Stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest und kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt, kann dies auch bereits innerhalb des ersten Jahres erfolgen.

Steht der Grad der Dauernden Invalidität nach einem Jahr nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person unter Vorlage von ärztlichen Befunden, die eine Verschlechterung begründen, als auch wir berechtigt, den *Invaliditätsgrad* jährlich fristgerecht bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Ein Antrag auf Neubemessung des Grades der Dauernden Invalidität ist so rechtzeitig zu stellen, dass die ärztliche Untersuchung nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge noch vor Ablauf der Frist von vier Jahren ab dem Unfalltag durchgeführt werden kann.

(4) Stirbt die versicherte Person

- a)** unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
- b)** aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, erfolgt die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität auf Basis des Grades der dauernden Invalidität, der sich aus den zuletzt vorliegenden ärztlichen Befunden ergibt;
- c)** unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, erfolgt die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität auf Basis des Grades der dauernden Invalidität, der sich aus den zuletzt vorliegenden ärztlichen Befunden ergibt.

b) Unfalltod

Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt. Die Höhe der Todesfallleistung ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

Wenn bereits Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität erbracht worden sind, werden diese gegengerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung.

Einen Mehrbetrag an Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität kann der Versicherte nicht zurückverlangen.

c) Schulausfallsgeld

Wir bezahlen für versicherte *Kinder* (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) im Falle eines unfallbedingten, ärztlich bestätigten Schulausfalles – ausgenommen Schulferien – von mindestens 14 Tagen (davon mindestens 7 Tage ununterbrochen stationär) und von 21 Tagen (davon mindestens 14 Tage ununterbrochen stationär) ein Schulausfallsgeld in der in der Versicherungsurkunde angegebenen Höhe.

Voraussetzung ist, dass das versicherte *Kind* sich zum Zeitpunkt des *Versicherungsfalles* in Schulausbildung befindet. Homeschooling und distance learning sind mitumfasst.

2.2.1.2 Unfallkosten

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 verlängert.

Unfallkosten sind die im Folgenden unter den Buchstaben a bis d aufgezählten Kosten, soweit diese durch den Unfall verursacht wurden:

a) Such-, Bergungs- und Rückholkosten

Such- und Bergungskosten sind

- die Kosten der Suche und/oder der Bergung, wenn die versicherte Person einen *Unfall* erlitten hat oder in Bergnot, Seenot oder Hochwasser geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.
- die Kosten der Suche und/oder der Bergung, wenn die versicherte Person durch einen *Unfall* oder infolge Bergnot, Seenot oder Hochwassers den Tod erleidet;

- die Kosten des Transportes – wenn erforderlich auch mittels Rettungshubschrauber – bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem *Spital*, in das die versicherte Person gebracht wird; wenn der Transport mittels Rettungshubschrauber notwendig ist, werden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme auch die Kosten der medizinischen Behandlung während des Fluges ersetzt.

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. Seenot 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. Hochwassergefahr liegt vor, wenn die versicherte Person durch eine zeitlich begrenzte Überschwemmung von normalerweise nicht mit Wasser bedeckten Land, insbesondere durch oberirdische Gewässer (Flüsse) in Zwangs- oder Notlage gerät.

Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes der außerhalb ihres Wohnortes verunfallten versicherten Person. Ersetzt werden die Kosten des Transportes von der Unfallstelle bzw. vom Krankenhaus, in das die

versicherte Person nach dem Unfall gebracht wurde, zu ihrem Wohnort bzw. zu ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus.

Wir ersetzen die unfallbedingten Kosten bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

b) Zuschuss für Rehabilitation

Hat die versicherte Person oder das Krankenhaus für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach einem unfallbedingten *Spitalsaufenthalt* einen Antrag auf *medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung* in einem *Rehabilitationszentrum* gestellt, ersetzen wir Ihnen die verbleibenden Selbstkosten des *Rehabilitationsaufenthaltes* (Selbstbehalt pro Tag). Die Höhe der maximalen Kostenübernahme ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen. Im Rahmen der medizinische *Rehabilitation* gelten jene Maßnahmen als medizinisch notwendig, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.

c) Fixkosten

Wird unmittelbar nach einem 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.

Fixkosten sind die nachgewiesenen monatlichen tatsächlichen Kosten einer volljährigen und berufstätigen versicherten Person für Wohnraum-miete inklusive Betriebskosten, Kredit- und Leasingraten, Strom, Gas, Heizung und Alimente.

Die Höhe der maximalen monatlichen Fixkosten ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

d) ambulante Heilbehandlungen

Wir ersetzen bei *medizinisch notwendigen* und ärztlich verordneten ambulanten *Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen Unfallfolgen die unfallkausalen Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- physikalische und *ganzheitsmedizinische* Behandlungsmethoden, wenn sie von einem zu freiberuflichen Ausübung dieser Dienste berechtigten durchgeführt wurden (siehe Anhang 1)
- ambulante Arzt- und Facharztkosten (z.B. Kosten für Ordinationen, Operationen, ärztliche Sonderleistungen und besondere Untersuchungen wie

- EKG, Infusionen, MRT, Ultraschall etc.)
- Kostenbeiträge bei *Spitals*-aufenthalten in der Allgemeinen Gebührenklasse
 - Apothekenrechnungen (für notwendige Medikamente und Heilbehelfe)
 - Transportkosten werden erstattet bei einem *medizinisch notwendigen* Transport zu einem Krankenhaus-aufenthalt (auch mittels Rettungshubschrauber) sowie für den Transport nach Hause. Nicht übernommen werden private Fahrtkosten (z.B. Taxi, private Fahrtendienste, Transportunternehmen)
 - Heilbehelfe (Bandagen, Mieder, Orthesen, Schienen, Rollstuhl, Krücken etc.)
 - Die Kosten von künstlichen Gliedmaßen sowie für die Reparatur oder Wiederbeschaffung derselben
 - Den erstmaligen Zahnersatz sowie auch die Kosten für die Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes
 - Die Kosten einer ärztlich verordneten Psychotherapie (abweichend von Bestimmung 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstabe f)) sofern der erwartete *Invaliditätsgrad* der versicherten Person durch den Unfall mindestens 50 % beträgt

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 (*Heilbehandlungen*) und/oder Verletzten- bzw. Transportkosten beinhaltet.

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

2.2.1.3

Weitere Versicherungsleistungen

a) Neugeborenen-Bonus

Während der Laufzeit des Versicherungsvertrages geborene *Kinder* der versicherten Person sind ab der Geburt 12 Monate prämienfrei mitversichert. Die Versicherungssumme für das neugeborene *Kind* beträgt 50 % der Versicherungssumme der versicherten Elternteile für die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität und dem Leistungsbaustein Todesfall (im Todesfall werden nur die nachweislich aufgewendeten Begräbniskosten ersetzt).

Haben beide Elternteile des neugeborenen *Kindes* bei der Allianz Elementar Versicherungs-AG einen Unfallvorsorgevertrag, ist die höhere der beiden Versicherungssummen heranzuziehen.

Wird das neugeborene *Kind* vor Ablauf der 12 Monate selbst bei der Allianz unfallversichert, gilt der gegenständliche Versicherungsschutz zusätzlich.

b) Mein Digital-Doc

„Mein Digital-Doc“ ist ein digitaler Dienst unserer derzeitigen Vertragspartnerin „*Medi24 AG*“, mit dem eine volljährige und versicherte Person beispielsweise nach einem Unfall allgemeine medizinische Beratung zu gesundheitlichen Fragen in Anspruch nehmen kann.

(1) Die Inanspruchnahme der Dienstleistungen erfordert eine vorherige Registrierung im Portal der „*Medi24 AG*“ und das Akzeptieren von deren Nutzungsbedingungen: <https://personal-assistant.medi24.com/?pt=aze>

Wir können die Qualität der Beratung, die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmung und die Wahrung ärztlicher Berufsgeheimnisse nicht überwachen; hierfür ist allein die „*Medi24 AG*“ verantwortlich.

(2) Von uns werden lediglich die Kosten der Beratungshonorare übernommen. Anfallende Kosten für die Verbindung wie Gebühren für Telefonate, SMS, Daten Roaming und dergleichen trägt die versicherte Person.

(3) Wir behalten uns geringfügige und sachlich gerechtfertigte Änderungen unserer Leistungen „Mein Digital-Doc“, wie beispielsweise die Ersetzung unseres derzeitigen Vertragspartners durch einen oder mehrere andere Dienstleister, vor.

2.2.1.4 Sonderleistungen

Kosten für Obliegenheiten

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die unmittelbar durch Erfüllung der in Kapitel 2.4.4 bestimmten Obliegenheiten – ausgenommen davon sind die Buchstaben c) und h) (Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Behandlung und Krankenpflege, Fahrt zum Sachverständigen) – entstehen.

Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der durch Zeckenstich (umgangssprachlich Zeckenbiss) übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose.

Voraussetzung ist, dass 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 der als Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur bei Vorliegen einer dauernden Invalidität (siehe Kapitel 2.2.1.1 Buchstabe a)) oder bei Unfalltod (siehe Kapitel 2.2.1.1 Buchstabe b)) erbracht. Für allfällige im Rahmen der Erkrankung auftretende unspezifische Allgemeinsymptome

(z.B. Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Schmerzsyndrome, Fieber) wird jedoch keine Leistung erbracht.

Die Leistung ergibt sich aus der jeweils vereinbarten Versicherungssumme, sie ist jedoch immer mit maximal € 75.000,- begrenzt.

2.2.1.5 Optionale Zusatzbausteine

a) Sportpaket

Ob eines der angeführten Sportpakete in Ihrem Versicherungsschutz umfasst ist, entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungsurkunde.

Wenn Sie eine der in den Sportpaketen angeführten Sportarten mitversichert haben wollen, ist ein Abschluss eines der Pakete zwingend notwendig. Wenn kein Sportpaket abgeschlossen wird, gelten die jeweiligen Sportarten nicht mitversichert.

Wenn ein Sportpaket abgeschlossen wird, gilt lediglich die hobbymäßige Ausübung dieser Sportarten mitversichert, bei Übertritt in den Profisport erlischt der Versicherungsschutz automatisch.

Unter Profisport wird die regelmäßige aktive Teilnahme an Staatsmeisterschaften (im Ballsport: Fußball 1. und 2. Liga; alle anderen Sportarten oberste Spielklasse; im Motorsport beispielsweise Formel 1, Formel 2

und ähnliches) oder internationalen Wettbewerben verstanden.

(1) Sportpaket 1

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe f) (generelle Ausschlüsse) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im Sportpaket 1 als mitversichert.

- Klettern ab Schwierigkeitsgrad V ohne Eisklettern (nach der UIAA-Normen-Skala)
- Begehen von Klettersteigen im Freien ab Stufe D/K4 und höher (nach der Hüsler-Skala)

(2) Sportpaket 2

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen Buchstabe d) und Buchstabe f) (generelle Ausschlüsse) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im Sportpaket 2 als mitversichert.

- Klettern ab Schwierigkeitsgrad V mit Eisklettern (inkl. Eisfallklettern)
- Mountainbike-Wettbewerbe inkl. dazugehörige Trainingsfahrten
- tauchtypische Gesundheitsschäden bis 40 Meter Tiefe

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes, Buchstabe a (Unfallbegriff) erstreckt sich der Versicherungsschutz der versicherten Person auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Stickstoffintoxikation (Tiefenrausch), CO₂ Intoxikation (Ensufflement), Sauerstoffintoxikation, Atemgasembolie (AGE, Barotraumen) oder Dekompressionskrankheit mit deren dauerhaften Folgen, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss. Die Kosten der Behandlung in der Dekompressionskammer sind beim Abschluss dieses Paketes im Rahmen der Unfallkosten mitversichert.

Tauchunfälle in mehr als 40 m Tiefe sind gemäß Bestimmung 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe n) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen und sind auch durch Abschluss dieses Sportpaketes nicht versicherbar.

Die Sportarten des Sportpaketes 1 sind im Sportpaket 2 auch mitversichert.

(3) Sportpaket 3

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe b) und Buchstabe c) und der Bestimmung des Kapitels 2.4.3 Obliegenheiten vor Eintritt des *Versicherungsfalles*

Buchstabe a) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgender Sportart erleidet, im Sportpaket 3, als mitversichert:

- Motorsportliche Aktivitäten

Darunter fallen die Ausschlüsse gemäß Kapitel 2.3.1 Buchstaben b) und c) sowie Kapitel 2.4.3 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles Buchstabe a). Für alle anderen Unfälle, die nicht unter diese Definition fallen gilt weiterhin das Fahren ohne kraftfahrrechtliche Berechtigung als Obliegenheitsverletzung (Kapitel 2.4.3 Buchstabe a).

Die Sportarten der Sportpakete 1 und 2 sind im Sportpaket 3 auch mitversichert.

(4) Sportpaket 4

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe e) und Buchstabe o) (generelle Ausschlüsse) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im Sportpaket 4 als mitversichert:

- die Teilnahme an Landes-, Bundes oder internationalen Wettbewerben im Bereich des nordischen und alpinen Schisports, Snowboarden, Freestyle, Bob-, Schibob-, Skeletonfahren oder Rodeln (auf Natur- oder Kunstbahnen); gilt nicht für Personen die einem

Bundes- oder Landeskader angehören

- Fußball – 3. Spielklasse (Regionalliga) und 4. Spielklasse (oberste Landesliga des jeweiligen Bundeslandes)

Die Sportarten der Sportpakete 1, 2 und 3 sind im Sportpaket 4 auch mitversichert.

b) Berufspaket

In Abänderung der *Gliedertaxe* (siehe Kapitel 2.6 Glossar) gibt es für ausgewählte künstlerische oder medizinische Berufe die Möglichkeit eine erhöhte *Gliedertaxe* (siehe Kapitel 2.6 Glossar) abzuschließen.

Eine erhöhte *Gliedertaxe* bedeutet, dass für bestimmte Körperteile, die für die Berufsausübung besonders wichtig sind (z.B. Finger), ein höherer Prozentsatz gilt als in der Standard-*Gliedertaxe*. Die verbesserten Prozentsätze gelten nur für die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität.

In den folgenden Berufspaketen sind die jeweiligen Berufe angeführt, die ein Berufspaket abschließen dürfen. Berufe des Berufspaketes 3 dürfen auch das Berufspaket 1 oder 2 abschließen. Berufe des Berufspaketes 2 dürfen auch das Berufspaket 1 abschließen.

Ob eines der angeführten Berufs-

pakete vom Versicherungsschutz umfasst ist, kann der Versicherungsurkunde entnommen werden.

Eine Kombination Sportpaket mit Berufspaket ist nicht möglich, d.h. es kann nur eines der Berufspakete oder eines der Sportpakete abgeschlossen werden.

(1) Berufspaket 1

Das Berufspaket 1 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Heilmasseur, Physio- und Ergotherapeuten, Chiropraktiker, Musiklehrer

(2) Berufspaket 2

Das Berufspaket 2 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Berufsmusiker (Orchestermusiker), Ärzte (ausgenommen Großtierärzte und Berufspaket 3)

(3) Berufspaket 3

Das Berufspaket 3 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Chirurgen, Zahnärzte, Gynäkologen, Anästhesisten

c) Mein Turboplus

Durch Mein Turboplus wird das Progressionsmodell Comfort verbessert. Ab einem Invaliditätsgrad von 25 % ergeben sich höhere Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität. Der Progressionsverlauf ist im Kapitel 2.6 Glossar ersichtlich (bezüglich Vorerkrankungen, Vorverletzungen siehe Bestimmungen des Kapitels 2.3.2 sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstaben b) und c)).

2.2.2 Paket Extra

2.2.2.1 Kapitalleistungen

a) Dauernde Invalidität

(1) Voraussetzung und Geltendmachung

Die Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person durch den *Unfall* auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (=Dauernde Invalidität) beeinträchtigt ist.

Die Dauernde Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten sein. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit Dauernden Invalidität hervorgeht, bei der Allianz innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

(2) Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung zahlt die Allianz als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme aus. Die Höhe der Kapitalleistung hängt von der vereinbarten Versicherungssumme, dem *Invaliditätsgrad* und der *Progression* ab. Der Grad der Invalidität wird nach der *Gliedertaxe* bemessen.

Bei Körperteilen und Sinnesorganen, die nicht Bestandteil der *Gliedertaxe* sind, bemisst sich der *Invaliditätsgrad* danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Der endgültige Prozentsatz mindert sich durch eine bereits vor dem *Versicherungsfall* bestehende Vorinvalidität und bei schon vor dem *Versicherungsfall* vorhandenen Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungserscheinungen (siehe auch Kapitel 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes Buchstabe b) und Buchstabe c).

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

Bei den im *Verletzungskatalog* angeführten Verletzungen nach einem Unfall erbringen wir die im Anhang 2 genannten Prozentsätze von der gewählten Versicherungssumme (siehe Kapitel 2.2.2.1 Kapitalleistungen, Buchstabe b) *Sofortleistung*)

auch wenn nicht feststeht, dass durch den Unfall eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit eintritt.

Die für den Versicherungsschutz geltende *Gliedertaxe*, die zugrundeliegende *Progressionstabelle Paket Extra* ist im Kapitel 2.6 Glossar ersichtlich. Die Versicherungssumme für die Dauernde Invalidität ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

(3) Zeitpunkt Feststellung der Invaliditätsleistung

Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein dauernde Invalidität von uns nur erbracht, wenn aus ärztlicher Sicht Art und Umfang der Unfallfolgen eindeutig feststehen. Grundsätzlich erfolgt die Begutachtung zur Feststellung der Dauerinvalidität daher frühestens ein Jahr nach dem Unfall. Stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest und kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall durch die Unfallfolgen verstirbt, kann dies auch bereits innerhalb des ersten Jahres erfolgen.

Steht der Grad der Dauernden Invalidität nach einem Jahr nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person unter Vorlage von ärztlichen Befunden, die eine Verschlechterung begründen, als auch wir berechtigt, den *Invaliditätsgrad* jährlich fristgerecht bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Ein Antrag auf Neubemessung des Grades der Dauernden Invalidität ist so rechtzeitig zu stellen, dass die ärztliche Untersuchung nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge noch vor Ablauf der Frist von vier Jahren ab dem Unfalltag durchgeführt werden kann.

(4) Stirbt die versicherte Person

a) unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;
b) aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, erfolgt die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität auf Basis des Grades der dauernden Invalidität, der sich aus den zuletzt vorliegenden ärztlichen Befunden ergibt;
c) unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, erfolgt die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität auf Basis des Grades der dauernden Invalidität, der sich aus den zuletzt vorliegenden ärztlichen Befunden ergibt.

(5) Zusatzleistung• **Vorauszahlung**

Nach einem unfallbedingten sowie unmittelbar nach dem Unfall ununterbrochenen *Spitalsaufenthalt* von mindestens 11 Tagen wird eine Vorauszahlung auf eine zu erwartende Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität geleistet. Die Höhe der Vorauszahlung ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

• **Helm-Bonus für Kinder**

Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen von *Kindern* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wird die Versicherungsleistung für die Kapitalleistung Dauernde Invalidität um 25 % erhöht, wenn das *Kind* zum Unfallzeitpunkt einen Ski- bzw. Radhelm getragen hat.

Diese Leistungserweiterung gilt nicht bei der Teilnahme an Wettbewerben und am offiziellen Training zu Wettbewerben sowie für die *Sofortleistung* gemäß Kapitel 2.2.2.1 (Kapitalleistungen, Buchstabe b) *Sofortleistung*).

b) Sofortleistung

Ob ein Unfall eine Dauernde Invalidität des Verletzten zur Folge hat, kann meist erst nach Ablauf eines Jahres von einem medizinischen Sachverständigen geprüft werden (siehe dazu Kapitel Paket Extra 2.2.2.1 Buchstabe a) Dauernde

Invalidität). Diese Wartezeit entfällt bei unserer *Sofortleistung*.

In Abänderung des Kapitels Paket Extra 2.2.2.1 Kapitalleistungen, Buchstabe a) Dauernde Invalidität, ist Voraussetzung für die *Sofortleistung*, dass die versicherte Person durch den Unfall zum ersten Mal an dem betroffenen Körperteil genau eine der im *Verletzungskatalog* taxativ angeführten Verletzungen (Katalogverletzung) erleidet.

Kommt es durch ein Unfallgeschehen zu mehreren Verletzungen, wird die *Sofortleistung* immer von der am höchsten bewerteten Verletzung gemäß *Verletzungskatalog* geleistet.

War der von der Katalogverletzung betroffene Körperteil bereits durch vor dem Unfall vorhandene Krankheiten oder Gebrechen beeinträchtigt, erfolgt keine Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein *Sofortleistung*. Die versicherte Person hat bei Zutreffen der Voraussetzungen nur Anspruch auf eine Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität (Paket Extra 2.2.2.1 Kapitalleistungen, Buchstabe a)).

Der Anspruch auf *Sofortleistung* ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung hervorgeht, innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

Die *Sofortleistung* erbringen wir als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme nach den im Anhang 2 (*Verletzungskatalog* für *Sofortleistung*) genannten Prozentsätzen. Die bei Dauernder Invalidität vorgesehene Vorauszahlung gem. Kapitel 2.2.2.1 Kapitalleistungen, Ziffer (5) Zusatzleistung kommt nicht zur Anwendung.

Sollte ein Versicherter eine *Sofortleistung* bezogen haben und innerhalb eines Jahres unfallkausal versterben, wird die bereits ausgezahlte *Sofortleistung* einer etwaigen Todesfallleistung gegengerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Sollte die Todesfallleistung geringer ausfallen als die bereits gezahlte *Sofortleistung*, kommt es zu keiner Rückforderung der zu viel bezahlten Leistung.

Mit der *Sofortleistung* sind grundsätzlich alle Ansprüche auf Kapitalleistungen für diesen Schadenfall abgegolten. Sollte sich innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eine über die festgestellte Gesundheitsschädigung hinausgehende, auf Lebenszeit bestehende Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person ergeben (=Dauernde Invalidität), kann dies unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit bestehenden Dauernden Invalidität hervorgeht, innerhalb von

18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend gemacht werden.

Kinder bis zum 18. Lebensjahr

Für versicherte *Kinder* (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) wird anstatt der *Sofortleistung* 0,25 % (siehe Anhang 2 – *Verletzungskatalog* für *Kinder*) der Versicherungssumme ausbezahlt. Sollte aufgrund dieser Verletzung bleibende Beeinträchtigungen zurückbleiben, ist der Anspruch auf Dauernde Invalidität bei der Allianz innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen (siehe dazu Kapitel 2.2.2.1 Kapitalleistungen Buchstabe a) Ziffer 1 – Voraussetzung und Geltendmachung). Die Kosten des medizinischen Gutachtens tragen wir.

c) Unfalltod

Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt. Die Höhe der Todesfallleistung ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

Wenn bereits Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität oder dem Leistungsbaustein *Sofortleistung* erbracht worden sind, werden diese gegengerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Einen Mehrbetrag an Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität oder dem Leistungsbaustein *Sofortleistung* kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

d) Schulausfallsgeld

Wir bezahlen für versicherte *Kinder* (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) im Falle eines unfallbedingten, ärztlich bestätigten Schulausfalles – ausgenommen Schulferien – von mindestens 14 Tagen (davon mindestens 7 Tage ununterbrochen stationär) und von 21 Tagen (davon mindestens 14 Tage ununterbrochen stationär) ein Schulausfallsgeld in der in der Versicherungsurkunde angegebenen Höhe.

Voraussetzung ist, dass das versicherte *Kind* sich zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles in Schulausbildung befindet. Homeschooling und distance learning sind mitumfasst.

e) Spitalgeld

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Unfalles für zumindest 24 Stunden in einem *Spital* in *medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung* befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, gezahlt. Die Höhe des *Spitalgeldes* ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

f) Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines Unfalles in ein Koma oder wird infolge eines Unfalles aus medizinischen Gründen in ein Koma versetzt, so wird für die Zeit dieses Zustandes

pro angefangener Woche ein Pauschalbetrag bis zu 25 Wochen lang gezahlt. Die Höhe des wöchentlichen Pauschalbetrages ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

2.2.2.2 Unfallkosten

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 verlängert.

Unfallkosten sind die im Folgenden unter den Buchstaben a bis g aufgezählten Kosten, soweit diese durch den Unfall verursacht wurden:

a) Such-, Bergungs- und Rückholkosten

Such- und Bergungskosten sind

- die Kosten der Suche und/oder der Bergung, wenn die versicherte Person einen *Unfall* erlitten hat oder in Bergnot, Seenot oder Hochwasser geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.
- die Kosten der Suche und/oder der Bergung, wenn die versicherte Person durch einen *Unfall* oder infolge Bergnot, Seenot oder Hochwassers den Tod erleidet;

- die Kosten des Transportes – wenn erforderlich auch mittels Rettungshubschrauber – bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem *Spital*, in das die versicherte Person gebracht wird; wenn der Transport mittels Rettungshubschrauber notwendig ist, werden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme auch die Kosten der medizinischen Behandlung während des Fluges ersetzt.

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. Seenot 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. Hochwassergefahr liegt vor, wenn die versicherte Person durch eine zeitlich begrenzte Überschwemmung von normalerweise nicht mit Wasser bedeckten Land, insbesondere durch oberirdische Gewässer (Flüsse) in Zwangs- oder Notlage gerät.

Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletzentransportes der außerhalb ihres Wohnortes verunfallten versicherten Person. Ersetzt werden die Kosten des Transportes von der Unfallstelle bzw. vom Krankenhaus in das die versicherte

Person nach dem Unfall gebracht wurde, zu ihrem Wohnort bzw. zu Ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus.

Wir ersetzen die unfallbedingten Kosten bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

b) Zuschuss zur Rehabilitation

Hat die versicherte Person oder das Krankenhaus für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach einem unfallbedingten *Spitalsaufenthalt* einen Antrag auf *medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung* in einem *Rehabilitationszentrum* gestellt, ersetzen wir Ihnen die verbleibenden Selbstkosten des *Rehabilitationsaufenthaltes* (Selbstbehalt pro Tag). Die Höhe der maximalen Kostenübernahme ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen. Im Rahmen der medizinischen *Rehabilitation* gelten jene Maßnahmen als *medizinisch notwendig*, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.

c) Fixkosten

Wird unmittelbar nach einem 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.

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

Die Höhe der maximalen monatlichen Fixkosten ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

d) ambulante Heilbehandlungen

Wir ersetzen bei medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten ambulanten *Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen Unfallfolgen die unfallkausalen Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- physikalische und *ganzheitsmedizinische* Behandlungsmethoden wenn sie von einem zu freiberuflichen Ausübung dieser Dienste berechtigten durchgeführt wurden (siehe Anhang 1)
- ambulante Arzt – und Facharztkosten (z.B. Kosten für Ordinationen, Operationen, ärztliche Sonderleistungen und besondere Untersuchungen wie EKG, Infusionen, MRT, Ultraschall etc.)

- Kostenbeiträge bei *Spitals*-aufenthalten in der allgemeinen Gebührenklasse
- Apothekenrechnungen (für notwendige Medikamente und Heilbehelfe)
- Transportkosten werden erstattet bei einem *medizinisch notwendigen* Transport zu einem Krankenhaus-aufenthalt (auch mittels Rettungshubschrauber) sowie für den Transport nach Hause. Nicht übernommen werden private Fahrtkosten (z.B. Taxi, private Fahrtendienste, Transportunternehmen)
- Heilbehelfe (Bandagen, Mieder, Orthesen, Schienen, Rollstuhl, Krücken etc.)
- Die Kosten von künstlichen Gliedmaßen sowie für die Reparatur oder Wiederbeschaffung derselben
- Den erstmaligen Zahnersatz sowie auch die Kosten für die Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes
- die Kosten einer ärztlich verordneten Psychotherapie (abweichend von Bestimmung 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstabe f)), sofern der erwartete *Invaliditätsgrad* der versicherten Person durch den Unfall mindestens 50 % beträgt.

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 (*Heilbehandlungen*) und/oder Verletzten- bzw. Transportkosten beinhaltet.

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

e) stationäre Heilbehandlung

Kosten für stationäre *Heilbehandlung* 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.

Wir ersetzen bei medizinisch notwendigen *Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen Unfallfolgen die Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- Privatarzthonorare im Rahmen der stationären *Heilbehandlung*
- Sonderklassekosten im *Spital* (Hauskosten)

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

(*Heilbehandlungen*) und/oder Verletzten- bzw. Transportkosten beinhaltet.

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

f) kosmetische Operationen

Wir ersetzen die Kosten für kosmetische Operationen bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist, 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 innerhalb von zwei Jahren ab Unfalltag 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*.

g) Kosten für Begleitperson

Bei einer stationären *Heilbehandlung* auf Grund eines Unfalles des versicherten *Kindes* (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) ersetzen wir die Kosten für eine Begleitperson im *Spital*. Die Höhe der maximalen Kostenübernahme ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

2.2.2.3 Weitere Versicherungsleistungen

a) Neugeborenen-Bonus

Während der Laufzeit des Versicherungsvertrages geborene *Kinder* der versicherten Person sind ab der Geburt 12 Monate prämienfrei mitversichert. Die Versicherungssumme für das neugeborene *Kind* beträgt 50 % der Versicherungssumme des versicherten Elternteiles für die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität und dem Leistungsbaustein Todesfall (im Todesfall werden nur die nachweislich aufgewendeten Begräbniskosten ersetzt).

Haben beide Elternteile des neugeborenen *Kindes* bei der Allianz einen Unfallvorsorgevertrag, ist die höhere der beiden Versicherungssummen heranzuziehen.

Wird das neugeborene *Kind* vor Ablauf der 12 Monate selbst bei der Allianz unfallversichert, gilt der gegenständliche Versicherungsschutz zusätzlich.

b) Mein Digital-Doc

„Mein Digital-Doc“ ist ein digitaler Dienst unserer derzeitigen Vertragspartnerin „Medi24 AG“, mit dem eine volljährige und versicherte Person beispielsweise nach einem *Unfall* allgemeine medizinische Beratung zu gesundheitlichen Fragen in Anspruch nehmen kann.

(1) Die Inanspruchnahme der Dienstleistungen erfordert eine vorherige Registrierung im Portal der „Medi24 AG“ und das Akzeptieren von deren Nutzungsbedingungen: <https://personal-assistant.medi24.com/?pt=aze>

(2) Wir können die Qualität der Beratung, die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmung und die Wahrung ärztlicher Berufsgeheimnisse nicht überwachen; hierfür ist allein die „Medi24 AG“ verantwortlich.

(3) Von uns werden lediglich die Kosten der Beratungshonorare übernommen. Anfallende Kosten für die Verbindung wie Gebühren für Telefonate, SMS, Daten Roaming und dergleichen trägt die versicherte Person.

(4) Wir behalten uns geringfügige und sachlich gerechtfertigte Änderungen unserer Leistungen „Mein Digital-Doc“, wie beispielsweise die Ersetzung unseres derzeitigen Vertragspartners durch einen oder mehrere andere Dienstleister, vor.

c) Meine Unfall-Assistance

(1) Voraussetzung für Abschluss und Bestehen

Meine Unfall-Assistance ist ein fixer Bestandteil des Extra Paketes. Wird das jeweilige Paket beendet, endet damit zeitgleich auch der Baustein „Meine Unfall-Assistance“.

(2) Was ist versichert?

Nach einem Unfall (Unfallbegriff gemäß Kapitel 2.1. a) werden die folgenden Hilfeleistungen von unserer Assistance Zentrale (betrieben von unserer Schwestergesellschaft, der AWP P&C S.A. und AP Solutions GmbH, Niederlassung für Österreich: Linzer Straße 225, 1140 Wien) als Dienstleisterin in unserem Auftrag organisiert und von uns bis zur in Ihrer Versicherungsurkunde vereinbarten Höhe bezahlt.

- **Kosten einer medizinischen Zweitmeinung (Second Opinion)**
Auf Wunsch des Versicherten übernehmen wir die Kosten einer medizinischen Zweitmeinung oder einer alternativen Therapieempfehlung. Die Leistung wird einmal pro Anlassfall erbracht.

Wir erstatten die beim Versicherten verbleibenden Kosten nach Rückerstattung durch gesetzliche oder private Krankenversicherungsträger.

- **Psychologische Unterstützung**
Wir organisieren eine erste Beurteilung durch klinische Psycholog:innen, die telefonisch in bis zu 5 Gesprächen durchgeführt wird.

Wenn die Situation eine weiterführende Behandlung erfordert, verweisen Psycholog:innen auf persönliche Konsultationen mit Psycholog:innen in der Nähe des Wohnsitzes oder Arbeitsplatzes des Leistungsempfängers.

Psychologische Erkrankungen, die bereits in der Vergangenheit erkannt oder festgestellt wurden oder am Datum des Inkrafttretens des Vertrags behandelt wurden, sowie psychologische Erkrankungen, die nicht unfallbedingt sind, sind ausgeschlossen.

- **Unterstützungsleistungen des täglichen Lebens**
Die Hilfeleistungen werden nur unter der Voraussetzung erbracht, dass die versicherte Person die angeführten Tätigkeiten aufgrund der Unfallfolgen nicht selbst ausführen kann. Wir leisten, wenn die versicherte Person durch einen Unfall verletzt wurde und dieser Unfall dazu führt, dass die versicherte Person Hilfe im Alltag benötigt. Dies muss durch ärztlichen Nachweis belegbar sein.

Hilfeleistungen müssen über die Assistance-Zentrale angefordert werden. Die Organisation und

Auswahl der Hilfeleister obliegt ausschließlich der Assistance Zentrale. Mit der Ausführung der angeführten Hilfeleistungen werden professionelle Organisationen oder Firmen beauftragt. Privat organisierte Hilfeleistungen sowie Eigenleistungen werden nicht bezahlt. Die angeführten Hilfeleistungen werden am ständigen Wohnort der versicherten Person in Österreich erbracht.

– Hilfe im Haushalt

Wir organisieren und bezahlen häusliche Unterstützung, die wie folgt durchgeführt werden kann:

- Entweder von einer Pflegekraft, die die tägliche Pflege (z. B. Waschen, Füttern, Zubettbringen der versicherten Person) übernimmt. Davon ausgenommen ist die medizinische Versorgung durch einen Arzt oder eine Krankenschwester.
- Oder von einer Haushaltshilfe, die die täglichen Hausarbeiten (z.B. Bügeln, Putzen, Hilfe bei der Zubereitung von Mahlzeiten usw.) in der Wohnung der versicherten Person erledigt.

– Menüservice

Wir organisieren und bezahlen die Lieferung von Mahlzeiten („Essen auf Rädern“) an den Wohnsitz der versicherten Person mit einer Vorlaufzeit ab dem Zeitpunkt der Anfrage von maximal 4 (vier) Werktagen. An Samstagen, Sonn- und

Feiertagen kann diese Dienstleistung nicht in Anspruch genommen werden. Die Mahlzeiten werden in Paketen von 5 oder 7 „Mittagessen + Abendessen“ geliefert. Die versicherte Person übernimmt die Kosten der Mahlzeiten.

In nicht durch unsere Menü-Caterer abgedeckten Gebieten oder wenn der Essensplan nicht geeignet ist, können wir einen Anbieter organisieren, um Mahlzeiten zu Hause zuzubereiten.

Wir übernehmen die Kosten bis zu den entsprechenden Kosten der Essenslieferung.

Die verbleibenden Kosten trägt die versicherte Person.

– Lieferung von Lebensmitteln

Wir organisieren und bezahlen die Lieferung von Lebensmitteln zum Wohnsitz der versicherten Person. Es muss gewährleistet sein, dass jemand vor Ort ist, der die Lieferung entgegennimmt. Die versicherte Person übernimmt die Kosten der Lebensmittel.

– Kinderbetreuung

Wir organisieren und bezahlen die Anwesenheit einer Kinderbetreuerin am Wohnsitz der versicherten Person, um dessen *Kind(er)* zu betreuen, Mahlzeiten zuzubereiten und die tägliche Pflege zu übernehmen. Jede Kinderbetreuung dauert mindestens zwei (2) Stunden und kann von Montag bis Samstag, außer an Feiertagen, von

8:00 bis 19:00 Uhr in Anspruch genommen werden.

– Fahrdienst für Kinder

Wenn kein Familienmitglied das/ die *Kind(er)* der versicherten Person zur Schule oder zu seinen außerschulischen Aktivitäten begleiten kann, organisieren und bezahlen wir den Transport mit dem Taxi von zu Hause aus. *Kinder* müssen von einem von der versicherten Person benannten Erwachsenen begleitet werden. Für den Transport übernehmen wir keine Haftung.

– Hausnotruf

Wir organisieren die Installation eines Hausnotrufs in der Wohnung der versicherten Person. Dieser Service ist im folgenden Gegenstand eines eigenen Vertrags zwischen dem Bereitsteller des Hausnotrufs und der versicherten Person.

Wir tragen die einmaligen Kosten für die Einrichtung des Services und die nötigen Installationen.

– Umbauten an Wohnung oder Auto

Bestehen bei der versicherten Person dauerhafte Einschränkungen, so organisieren wir folgende Leistungen:

- Eine fundierte Analyse der Einschränkungen im Alltag im Kontext der individuellen Lebensumstände, sowie

- eine Vor-Ort-Evaluierung der Wohnung bzw. der aktuellen Pflegesituation durch einen von uns beauftragten Dienstleister, um die neuen Bedürfnisse der versicherten Person mit den aktuellen Gegebenheiten abzugleichen. Es werden Empfehlungen hinsichtlich möglicher Anpassungen vorgenommen und Kostenschätzungen dafür abgegeben.
- Wir koordinieren ggf. auch die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen mit Handwerkern oder weiteren Dienstleistern.

Wir decken die Kosten für die Bereitstellung dieser Services. Die Kosten für anfallende Arbeiten oder ggf. auch Kostenvoranschläge der ausführenden Handwerker bleiben in der Verantwortung des Versicherten.

– Kontakte zu und Besichtigung von Pflegeheimen

Wenn in kausalem Zusammenhang mit einem Unfall, die versicherte Person nicht mehr für sich selbst sorgen kann und rund um die Uhr Pflege benötigt, stellen wir eine Liste von Pflegestätten in der Nähe des Wohnsitzes der versicherten Person zur Verfügung. Auf Anfrage organisieren wir einen Besichtigungstermin in einem Pflegeheim.

Wir übernehmen die Beförderungskosten zu den ausgewählten Pflegeheimen bei der Besichtigung oder beim Einzug in die Einrichtung. Diese Beförderungskosten werden nur für die Beförderung zu einem von der Allianz Assistance organisierten Besichtigungstermin übernommen.

Die Verfügbarkeit von Besichtigungsterminen sowie die Bereitstellung eines freien Platzes im Pflegeheim können wir nicht garantieren.

Wir bemühen uns, Ihnen im Rahmen unserer Kontakte und Netzwerke weiterzuhelfen.

Sämtliche Kosten der vom Pflegeheim angebotenen Leistungen liegen bei der versicherten Person.

Sport-Paket

a) Kostenerstattung für ausgefallenen Sport

Wir zahlen eine Entschädigung für den Fall, dass der Versicherte die Mitgliedschaft im Sport-Club, Fitness-Studio oder ähnliche Mitgliedschaften infolge eines Unfalls für mehr als 30 Tage ruhen lassen muss. (wird im Einzelfall durch ärztliche Unterlagen überprüft).

Die Entschädigungshöhe entspricht den Kosten der ausgefallenen Tage, an denen kein Sport möglich war und wird für jeden Tag nach dem 30. Tag ohne Sport bezahlt.

b) Allgemeine medizinische Informationen und Trainingsplan

Unsere Spezialisten beantworten Fragen zu medizinischen Diagnosen, zu Verordnungen oder Therapieempfehlungen des behandelnden Arztes.

Die versicherte Person kann auch Informationen zu Sportgesundheit, Gesundheitseinrichtungen, allgemeinen Gesundheitsthemen, Risikofaktoren, allgemeinen medizinischen Problemen, Drogenproblemen, Präventionsinformationen, Informationen über alternative Medizin, Schmerzmanagementzentren und Beratung erhalten, die geeignet sind eine unfallbedingte Einschränkung zu beseitigen oder zu verbessern.

Wenn wir nicht in der Lage sind, diese Informationen bereitzustellen, werden wir einen Sportarzt empfehlen und die Kosten für die Konsultation bzw. die Erstellung eines Trainingsplans für die Beseitigung bzw. Verbesserung der unfallbedingten Einschränkung, bezahlen.

c) Kosten für Personal Trainer oder Fitnessgeräte

Wir übernehmen die Kosten für Training mit einem Personal Trainer oder die Miete für ein Leihgerät oder beteiligen uns an den Anschaffungskosten für ein Fitnessgerät um zurück zur persönlichen Fitness zu gelangen.

d) Kosten für Sport Physiotherapie

Wir übernehmen die Kosten für Reha-Training oder Sport-Therapie durch einen Physiotherapeuten oder diesbezüglich spezialisierten Therapeuten. Auf Wunsch können wir geeignete Spezialisten empfehlen.

e) Kosten für medizinische Fahrten

Wir übernehmen die Kosten für den Transport von und zur Wohnung der versicherten Person anlässlich medizinischer Fahrten (z.B. Physiotherapie, Arztbesuch etc.).

(3) Was ist nicht versichert?

a) Kein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht, wenn die Assistance Zentrale zur Leistungserbringung nicht vorher die Zustimmung im Rahmen der Deckungsprüfung erteilt hat.

b) Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht, wenn sich ein Unfall ereignet hat, für den gemäß Kapitel 2.3.1 kein Versicherungsschutz besteht.

c) Wir können für die Nichterbringung von Dienstleistungen oder für Verzögerungen bei der Erbringung unserer Dienstleistungen aufgrund folgender Ereignissen nicht haftbar gemacht werden:

- Ausfall oder Unterbrechung von Telefon- oder IT-Netzwerken;
- Änderung des Zustands des Versicherten und insbesondere seines

Gesundheitszustands, die nicht mitgeteilt wurde;

- Höhere Gewalt oder Schäden durch Dritte;
- Bei höherer Gewalt oder Ereignissen wie z. B. Streiks, Aufständen, bekannter politischer Instabilität, Repressalien, Embargos, Wirtschaftssanktionen

(4) Pflichten im Schadenfall

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses ist die Assistance-Zentrale unverzüglich zu informieren. Die Telefonnummer der Assistance-Zentrale ist auf der letzten Seite dieser Unterlage zu finden, unter „Allianz Assistance-Services“.

Nach der telefonischen Kontaktaufnahme veranlasst die Assistance-Zentrale alle notwendigen Maßnahmen, die zur Bearbeitung des Ereignisses erforderlich sind, insbesondere die erforderlichen Kontakte zwischen den Servicepartnern (Dienstleistern) und den Ärzten der Assistance-Zentrale, dem behandelnden Arzt vor Ort und – wenn notwendig – dem Hausarzt der versicherten Person, um die geeigneten Maßnahmen einzuleiten.

Die medizinische Beurteilung der Art und Schwere des Leidens erfolgt ausschließlich durch die Ärzte der Assistance-Zentrale. Diese entscheiden über die Durchführung der entsprechenden medizinischen Hilfsmaßnahmen.

(5) Haftung

Unsere Assistance-Zentrale haftet nicht für die unsachgemäße Verwendung oder falsche Auslegung von Informationen, Ratschlägen oder Beratungen, die durch sie zur Verfügung gestellt werden. Alle von der Assistance-Zentrale erteilten Auskünfte verstehen sich als Informationen, die keinen Anspruch auf Rechtsverbindlichkeit erheben können. Daher übernimmt die Assistance-Zentrale keine Haftung für eventuelle Fehlauskünfte, soweit der Schaden nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde.

Die Assistance-Zentrale haftet nicht für die von ihr vermittelten und/oder beauftragten Hilfe-/Dienstleistungen.

(6) Verjährung

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG. Die gesetzliche Bestimmung ist im Anhang abgedruckt.

2.2.2.4 Sonderleistungen**Kosten für Obliegenheiten**

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die unmittelbar durch Erfüllung der in Kapitel 2.4.4 bestimmten Obliegenheiten – ausgenommen davon sind die Buchstaben c) und h) (Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Behandlung und Krankenpflege, Fahrt zum Sachverständigen) – entstehen.

Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der durch Zeckenstich (umgangssprachlich Zeckenbiss) übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose. Voraussetzung ist, dass 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 der als Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur bei Vorliegen einer dauernden Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2.1 Buchstabe a)) oder bei Unfalltod (siehe Kapitel 2.2.2.1 Buchstabe c)) erbracht. Für allfällige im Rahmen der Erkrankung auftretende unspezifische Allgemeinsymptome (z.B. Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, Schmerzsyndrome, Fieber) wird jedoch keine Leistung erbracht.

Die Leistung ergibt sich jeweils aus der vereinbarten Versicherungssumme, sie ist jedoch immer mit maximal € 75.000,- begrenzt.

2.2.2.5 Optionale Zusatzbausteine**a) Sportpaket**

Ob eines der angeführten Sportpakete in Ihrem Versicherungsschutz umfasst ist, entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungsurkunde.

Wenn Sie eine der in den Sportpaketen angeführten Sportarten mitversichert haben wollen, ist ein Abschluss eines der Pakete zwingend notwendig. Wenn kein Sportpaket abgeschlossen wird, gelten die jeweiligen Sportarten nicht mitversichert.

Wenn ein Sportpaket abgeschlossen wurde, gilt lediglich die hobbymäßige Ausübung dieser Sportarten mitversichert, bei Übertritt in den Profisport erlischt der Versicherungsschutz automatisch.

Unter Profisport wird die regelmäßige aktive Teilnahme an Staatsmeisterschaften (im Ballsport: Fußball 1. und 2. Liga; alle anderen Sportarten oberste Spielklasse; im Motorsport beispielsweise Formel 1, Formel 2 und ähnliches) oder internationalen Wettbewerben verstanden.

(1) Sportpaket 1

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe f) (generelle Ausschlüsse) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im

Sportpaket 1 als mitversichert.

- Klettern ab Schwierigkeitsgrad V ohne Eisklettern (nach der UIAA-Normen-Skala)
- Begehen von Klettersteigen im Freien ab Stufe D/K4 und höher (nach der Hüsler-Skala)

(2) Sportpaket 2

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen Buchstabe d) und Buchstabe f) (generelle Ausschlüsse) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im Sportpaket 2 als mitversichert.

- Klettern ab Schwierigkeitsgrad V mit Eisklettern (inkl. Eisfallklettern)
 - Mountainbike-Wettbewerbe inkl. dazugehörige Trainingsfahrten
 - tauchtypische Gesundheitsschäden bis 40 Meter Tiefe
- In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes, Buchstabe a (Unfallbegriff) erstreckt sich der Versicherungsschutz der versicherten Person auch auf tauchtypische Gesundheitsschäden wie z.B. Stickstoffintoxikation (Tiefenrausch), CO₂ Intoxikation (Ensufflement), Sauerstoffintoxikation, Atemgasembolie (AGE, Barotraumen) oder Dekompressionskrankheit mit deren dauerhaften Folgen, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den

Körper wirkendes Ereignis, eintreten sein muss. Die Kosten der Behandlung in der Dekompressionskammer sind beim Abschluss dieses Paketes im Rahmen der Unfallkosten mitversichert.

Tauchunfälle in mehr als 40 m Tiefe sind gemäß Bestimmung 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe n) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen und sind auch durch Abschluss dieses Sportpaketes nicht versicherbar.

Die Sportarten des Sportpaketes 1 sind im Sportpaket 2 auch mitversichert.

(3) Sportpaket 3

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe b) und Buchstabe c) und der Bestimmung des Kapitels 2.4.3 Obliegenheiten vor Eintritt des *Versicherungsfalles* Buchstabe a) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgender Sportart erleidet, im Sportpaket 3, als mitversichert:

- Motorsportliche Aktivitäten

Darunter fallen die Ausschlüsse gemäß Kapitel 2.3.1 Buchstaben b) und c) sowie Kapitel 2.4.3 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles Buchstabe a). Für alle anderen Unfälle, die nicht unter diese Definition fallen gilt weiterhin das Fahren ohne kraftfahrrechtliche

Berechtigung als Obliegenheitsvertretung (Kapitel 2.4.3 Buchstabe a).

Die Sportarten der Sportpakete 1 und 2 sind im Sportpaket 3 auch mitversichert.

(4) Sportpaket 4

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe e) und Buchstabe o) (generelle Ausschlüsse) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im Sportpaket 4 als mitversichert:

- die Teilnahme an Landes-, Bundes oder internationalen Wettbewerben im Bereich des nordischen und alpinen Schisports, Snowboarden, Freestyle, Bob-, Schibob-, Skeletonfahren oder Rodeln (auf Natur- oder Kunstbahnen); gilt nicht für Personen die einem Bundes- oder Landeskader angehören
- Fußball – Teilnahme ab der obersten Landesliga (3. und 4. Spielklasse)

Die Sportarten der Sportpakete 1, 2 und 3 sind im Sportpaket 4 auch mitversichert.

b) Berufspaket

In Abänderung der *Gliedertaxe* (siehe Kapitel 2.6 Glossar) gibt es für ausgewählte künstlerische oder medizinische Berufe die Möglichkeit eine erhöhte *Gliedertaxe* (siehe Kapitel 2.6 Glossar) abzuschließen.

Eine erhöhte *Gliedertaxe* bedeutet, dass für bestimmte Körperteile, die für die Berufsausübung besonders wichtig sind (z.B. Finger), ein höherer Prozentsatz gilt, als in der Standard-*Gliedertaxe*.

Die verbesserten Prozentsätze gelten nur für die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität. Sie gelten nicht für die Sofortleistung, für die Unfallrente sowie für das Leistungsplus.

In den folgenden Berufspaketen sind die jeweiligen Berufe angeführt, die ein Berufspaket abschließen dürfen. Berufe des Berufspaketes 3 dürfen auch das Berufspaket 1 oder 2 abschließen. Berufe des Berufspaketes 2 dürfen auch das Berufspaket 1 abschließen.

Ob eines der angeführten Berufspakete vom Versicherungsschutz umfasst ist, kann der Versicherungs-urkunde entnommen werden. Eine Kombination Sportpaket mit Berufspaket ist nicht möglich, d.h. es kann nur eines der Berufspakete oder eines der Sportpakete abgeschlossen werden.

(1) Berufspaket 1

Das Berufspaket 1 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Heilmasseur, Physio- und Ergotherapeuten, Chiropraktiker, Musiklehrer

(2) Berufspaket 2

Das Berufspaket 2 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Berufsmusiker (Orchestermusiker), Ärzte (ausgenommen Großtierärzte und Berufspaket 3)

(3) Berufspaket 3

Das Berufspaket 3 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Chirurgen, Zahnärzte, Gynäkologen, Anästhesisten

c) Mein Leistungsplus

(1) Um 50 Prozentpunkte höherer Progressionsverlauf ab 50% Invaliditätsgrad

Durch „Mein Leistungsplus“ wird das *Progressionsmodell* Extra verbessert. Ab einem *Invaliditätsgrad* von 50% ergeben sich höhere Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität. Der Progressionsverlauf ist im Kapitel 2.6 Glossar ersichtlich. (bezüglich Vorerkrankungen, Vorverletzungen siehe Bestimmungen des Kapitels 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstaben b) und c)).

(2) Verdoppelung der Versicherungssumme/max. Kosten bei vielen Leistungen

„Mein Leistungsplus“ beinhaltet auch eine Verdoppelung der Versicherungssumme/max. Kosten folgender Leistungen:

- Vorauszahlung Dauernde Invalidität bei Spitalsaufenthalt
- Spitalgeld
- Komageld
- Fixkosten
- ambulante Heilbehandlungen
- stationäre Heilbehandlungen
- Kosten für Begleitperson

Die Höhe der Versicherungssumme/max. Kosten sind der Versicherungs-urkunde zu entnehmen.

(3) Auslands-Assistance

(3.1) Voraussetzung für Abschluss und Bestehen

Meine Auslands-Assistance ist ein fixer Baustein von „Mein Leistungsplus“ und kann ergänzend zum Paket Extra abgeschlossen werden. Wird das Paket beendet, endet damit zeitgleich auch der Baustein Auslands-Assistance. Der ordentliche Hauptwohnsitz der versicherten Person ist in Österreich. Unsere Assistance Zentrale wird von unserer Schwester-gesellschaft, der AWP P&C S.A. und AP Solutions GmbH, Niederlassung für Österreich: Linzer Straße 225, 1140 Wien

betrieben und handelt in Bezug auf die gegenständlichen Hilfeleistungen als unsere Dienstleisterin in unserem Auftrag.

(3.2) Was ist versichert?

a) Heilkostenversicherung bei Auslandsreisen

Wir ersetzen bei *medizinisch notwendigen Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen während einer Auslandsreise die Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum jeweiligen Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- Ambulante ärztliche Behandlungen durch einen zugelassenen Arzt (inkl. verordnete Medikamente)
- Stationäre Behandlung im nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus, das nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeitet und unter ständiger ärztlicher Leitung steht
- Medikamenten- und Serentransport in medizinisch dringend notwendigen Fällen vom nächstgelegenen Depot soweit zulässig

b) Rückreise und Rücktransport

Wir organisieren und bezahlen die folgenden Leistungen zur Gänze, wenn eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale (siehe Punkt (4)) erfolgt ist und ein entsprechender medizinischer Befund vorliegt:

- Überführung in das nächstgelegene Krankenhaus, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen Unfall erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt.
- Medizinisch betreute Rückreise in ein Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, wenn diese während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen Unfall erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt und aus medizinischem Grund eine medizinisch betreute Rückreise in ein für die Behandlung geeignetes Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person erforderlich ist. Die Ärzte der Assistance-Zentrale entscheiden anhand des medizinischen Befundes über die Art des Transports.
- Rückreise an den Wohnort der versicherten Person ohne Begleitung durch medizinisches Pflegepersonal, entsprechenden medizinischen Befund, wenn die

versicherte Person während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen Unfall erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt.

- Überführung im Todesfall: Wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise stirbt, übernehmen wir die Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste an den Wohnort. Die Hilfeleistung muss in jedem Fall bei der Assistance-Zentrale angefordert werden.
- Rückreise wegen Reiseabbruchs der versicherten Person: Muss die versicherte Person oder ein mitreisender Familienangehöriger eine Auslandsreise wegen schwerer Krankheit, Unfall oder einer ärztlich attestierten Verschlimmerung eines chronischen Leidens vorzeitig abbrechen, organisieren und bezahlen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale die vorzeitige Rückreise der mitreisenden Familienangehörigen.
- Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder: Muss die versicherte Person aufgrund einer schweren Krankheit, eines Unfalls oder einer ärztlich attestierten Verschlimmerung eines chronischen Leidens eine Auslandseise vorzeitig abbrechen, organisieren und bezahlen wir die Betreuung der mitreisenden

minderjährigen *Kinder*, welche die Reise allein fortsetzen oder zurückkehren mussten.

- Wir organisieren und bezahlen nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale aufgrund eines Anrufes die Extra-Rückreise der versicherten Person aus dem Ausland nach Österreich,
- wenn ein Familienangehöriger zu Hause schwer erkrankt, schwer verletzt wird oder stirbt,
- bei Elementarschäden am eigenen Vermögen zu Hause oder
- bei Streik, Unruhen oder Epidemien am Urlaubsort außerhalb Österreichs.

Als Familienangehöriger gilt der Ehepartner, der Lebensgefährte, ein *Kind* oder ein Elternteil.

c) Besuchsreise

Wenn die versicherte Person im Ausland einer länger als 7 Tage andauernden stationären Behandlung unterzogen werden muss, organisieren und bezahlen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale eine Besuchsreise für maximal zwei nahestehende Personen an das Krankbett (Bahnkarte 1. Klasse, Flugticket Economy Klasse).

d) Übernahme von Dolmetscherkosten

Fallen während eines Krankenhaus-aufenthalts oder Arztbesuchs während einer Auslandsreise Dolmetscherkosten an, weil die versicherte Person in keiner ihr bekannten Sprache mit den Ärzten kommunizieren und kein mitreisender Familienangehöriger diese Funktion ausüben kann, übernehmen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale gegen Vorlage der Originalrechnung die Kosten. Die Höhe der maximalen Kosten entnehmen Sie bitte ihrer Versicherungsurkunde.

(3.3) Was ist nicht versichert?

Kein Versicherungsschutz besteht

a) wenn die Assistance-Zentrale zur Leistungserbringung nicht vorher die Zustimmung im Rahmen der Deckungsprüfung erteilt hat bzw. der Meldepflicht innerhalb von drei Tagen bei stationärer Behandlung nicht nachgekommen wurde (telefonische Schadensmeldung in der Assistance-Zentrale, siehe Punkt (4) „Pflichten im Schadenfall“).

b) wenn ein Ereignis oder Leiden bei Versicherungsbeginn oder bei Reiseantritt bereits eingetreten und für die versicherte Person erkennbar war.

c) Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht, wenn sich ein Unfall ereignet hat, für den gemäß Kapitel 2.3.1 kein Versicherungsschutz besteht.

d) kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht unbeschadet der Bestimmungen gemäß Buchstaben a) und b), wenn

- die versicherte Person Ereignisse oder Leiden durch Missbrauch von Alkohol, Drogen, Arzneimittel oder durch aktive Beteiligung an Streiks oder Unruhen herbeigeführt hat,
- ein Ereignis oder Leiden bei Versicherungsbeginn oder bei Reiseantritt bereits eingetreten und für die versicherte Person erkennbar war,
- kriegerische Ereignisse oder Unruhen aller Art und die dagegen ergriffenen Maßnahmen, Epidemien, Naturkatastrophen oder radioaktive Strahlung an der Reisedestination das Leben der versicherten Person gefährden und von offizieller österreichischer Stelle (Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten) von einer Reisedurchführung abgeraten wird.

e) Behandlungen, die ausschließlich oder teilweiser Grund für den Antritt einer Reise sind,

f) Kuraufenthalte,

g) konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen

h) Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen

i) Impfungen, ärztliche Gutachten, Kontrolluntersuchungen und Nachbehandlungen, Reiseapotheken und prophylaktische Medikamente

j) Beistellung von *Heilbehelfen* (z.B. Brillen, Einlagen, Prothesen)

k) Krankheiten und Unfälle, die durch Ausübung einer beruflich bedingten manuellen Tätigkeit entstehen

l) Krankheiten und Unfälle, die bei der Nutzung von Fluggeräten wie Para- oder Hängegleitern, Leichtflugzeugen, Sport- oder Segelflugzeugen mit oder ohne Motor etc. entstehen, unabhängig davon, ob diese selbst gesteuert werden oder nicht

m) Sonderleistungen im Krankenhaus, wie Sonderklasse, Telefon, TV etc.

(4) Pflichten im Schadenfall

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses ist die Assistance-Zentrale unverzüglich zu informieren. Die Telefonnummer der Assistance-Zentrale ist auf der letzten Seite dieser Unterlage zu finden, unter „Allianz Assistance-Services“. Bei *medizinisch notwendiger* Inanspruchnahme einer stationären

Behandlung genügt die Meldung an die Assistance-Zentrale bis längstens drei Tage nach Aufnahme.

Nach der telefonischen Kontaktaufnahme veranlasst die Assistance-Zentrale alle notwendigen Maßnahmen, die zur Bearbeitung des Ereignisses erforderlich sind, insbesondere die erforderlichen Kontakte zwischen den Servicepartnern (Dienstleistern) und den Ärzten der Assistance-Zentrale, dem behandelnden Arzt vor Ort und – wenn notwendig – dem Hausarzt der versicherten Person, um die geeigneten Maßnahmen einzuleiten. Die medizinische Beurteilung der Art und Schwere des Leidens erfolgt ausschließlich durch die Ärzte der Assistance-Zentrale. Diese entscheiden über die Durchführung der entsprechenden medizinischen Hilfsmaßnahmen.

(5) Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt bei Auslandsreisen auf der ganzen Welt mit einer Dauer von maximal 62 Tagen.

(6) Subsidiarität

Die Leistungen aus dem Zusatzbaustein „Meine Auslands-Assistance“ sind *subsidiär*. Bestehen für Behandlungs-, Reise und Transportkosten mehrere Versicherungen bei öffentlichen oder privaten Versicherungsträgern, so werden diese gesamthaft nur einmal und aus dem

Zusatzbaustein „Meine Auslands-Assistance“ nur insoweit vergütet, als sie von den oben genannten Versicherungsträgern nicht übernommen werden.

(7) Haftung

Unsere Assistance-Zentrale haftet nicht für die von ihr vermittelten und/oder beauftragten Hilfe-/Dienstleistungen.

(8) Verjährung

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG. Die gesetzliche Bestimmung ist im Anhang abgedruckt.

d) Mein Zusatzschutz

Durch „Mein Zusatzschutz“ wird das Progressionsmodell Extra verbessert.

Die Einschränkung auf 1 % der Kapitalleistung für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 % wird aufgehoben und es gilt ein linearer Verlauf. Die Leistung innerhalb von 0–10 % erfolgt demnach entsprechend des Grades der dauernden Invalidität.

e) Unfall-Invaliditäts-Rente

(1) Voraussetzung und Geltendmachung

Ist die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt so wird die vereinbarte monatliche *Unfall-Invaliditäts-Rente*

bezahlt. Die dauernde Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* eingetreten sein. Der Anspruch auf die Leistungsart *Unfall-Invaliditäts-Rente* ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, bei der Allianz innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

Ob eine Leistung aus dem Leistungsbaustein *Unfall-Invaliditäts-Rente* vom Versicherungsschutz umfasst ist und die Höhe der Rentenleistung kann der Versicherungsurkunde entnommen werden.

(2) Höhe der Leistung

Ist die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, so wird ab einem festgestellten *Invaliditätsgrad* von mindestens 50 % die volle vereinbarte monatliche *Unfall-Invaliditäts-Rente* bezahlt. Der Grad der dauernden Invalidität wird nach der *Gliedertaxe* bemessen.

Bei Körperteilen und Sinnesorganen, die nicht Bestandteil der *Gliedertaxe* sind, bemisst sich der *Invaliditätsgrad* danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist.

Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes. Der endgültige Prozentsatz mindert sich durch eine bereits vor dem *Versicherungsfall* bestehende Vorinvalidität und bei schon vor dem *Versicherungsfall* vorhandenen Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungserscheinungen (siehe Kapitel 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstabe b) und Buchstabe e).

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

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

(3) Zeitpunkt Feststellung der Invaliditätsleistung

Im ersten Jahr nach dem *Unfall* wird eine Rentenleistung aus dem Leistungsbaustein *Unfall-Invaliditäts-Rente* von uns nur erbracht, wenn aus ärztlicher Sicht Art und Umfang der Unfallfolgen eindeutig feststehen. Grundsätzlich erfolgt die Begutachtung zur Feststellung des Grades der dauernden Invalidität daher frühestens ein Jahr nach dem *Unfall*. Stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest und kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* durch die Unfallfolgen verstirbt, kann dies auch bereits innerhalb des ersten Jahres erfolgen.

Steht der Grad der dauernden Invalidität nach einem Jahr nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person unter Vorlage von ärztlichen Befunden, die eine Verschlechterung begründen als auch wir berechtigt, den *Invaliditätsgrad* jährlich fristgerecht bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Ein Antrag auf Neubemessung des Grades der Dauernden Invalidität ist so rechtzeitig zu stellen, dass die ärztliche Untersuchung nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge noch vor Ablauf der Frist von vier Jahren ab dem Unfalltag durchgeführt werden kann.

(4) Im Falle des Ablebens

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall*, besteht kein Anspruch auf die *Unfall-Invaliditäts-Rente*.

(5) Rentengarantie – wie lange wird die Rentenleistung garantiert?

Stirbt die Rentenempfängerin oder der Rentenempfänger innerhalb von 20 Jahren ab Beginn der Rentenleistung, werden die monatlichen Rentenzahlungen an die bekanntgegebene bezugsberechtigte Person oder an die Erben der Rentenempfängerin oder des Rentenempfängers bis zum Ablauf des 20. Jahres ab Beginn der Rentenzahlung fortgesetzt. Nach diesem Zeitpunkt erlischt die Rentengarantie.

(6) Meldepflicht Lebensbescheinigung, Ende des Versicherungsschutzes

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.

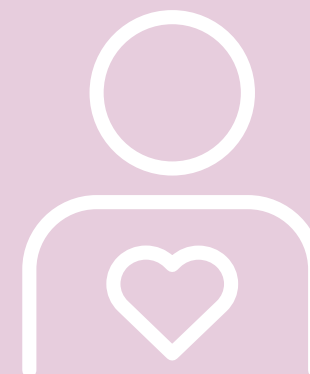
Wird die Lebensbescheinigung vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht übermittelt, sind wir nach Maßgabe von § 6 VersVG leistungsfrei. Die Bestimmung des § 6 VersVG finden Sie abgedruckt im Anhang.

Das Ableben der Rentenempfängerin oder des Rentenempfängers ist uns im Sinne des Kapitels 2.4.4 Obliegenheiten nach Eintritt des *Versicherungsfalles*, Buchstabe b) (Obliegenheiten), innerhalb von drei Tagen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung können wir von der unberechtigten Empfängerin oder dem unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

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

f) „Mein Turboplus“

Durch Mein Turboplus wird das Progressionsmodell Extra verbessert. Ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % ergeben sich höhere Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität. Der Progressionsverlauf ist im Kapitel 2.6 Glossar ersichtlich (bezüglich Vorerkrankungen, Vorverletzungen siehe Bestimmungen des Kapitels 2.3.2 sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstaben b) und c)).



2.2.3 Paket Max

2.2.3.1 Kapitalleistungen

a) Dauernde Invalidität

(1) Voraussetzung und Geltendmachung

Die Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person durch den *Unfall* auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit (=Dauernde Invalidität) beeinträchtigt ist.

Die Dauernde Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* eingetreten sein. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit Dauernden Invalidität hervorgeht, bei der Allianz innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

(2) Höhe der Leistung

Die Invaliditätsleistung zahlt die Allianz als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme aus. Die Höhe der Kapitalleistung hängt von der vereinbarten Versicherungssumme, dem *Invaliditätsgrad* und der *Progression* ab. Der Grad der Invalidität wird nach der *Gliedertaxe* bemessen.

Bei Körperteilen und Sinnesorganen, die nicht Bestandteil der *Gliedertaxe* sind, bemisst sich der

Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Der endgültige Prozentsatz mindert sich durch eine bereits vor dem *Versicherungsfall* bestehende Vorinvalidität und bei schon vor dem *Versicherungsfall* vorhandenen Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungserscheinungen (siehe auch Kapitel 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes Buchstabe b) und Buchstabe c)).

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

Bei den im *Verletzungskatalog* angeführten Verletzungen nach einem *Unfall* erbringen wir die im Anhang 2 genannten Prozentsätze von der gewählten Versicherungssumme (siehe Kapitel 2.2.3.1 Kapitalleistungen, Buchstabe b *Sofortleistung*) auch wenn nicht feststeht, dass durch den *Unfall* eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit eintritt.

Die für den Versicherungsschutz geltende *Gliedertaxe*, die zugrundeliegende *Progressionstabelle Paket MAX* ist im Kapitel 2.6 Glossar ersichtlich. Die *Versicherungssumme* für die Dauernde Invalidität ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

(3) Zeitpunkt Feststellung der Invaliditätsleistung

Im ersten Jahr nach dem *Unfall* wird eine Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein dauernde Invalidität von uns nur erbracht, wenn aus ärztlicher Sicht Art und Umfang der Unfallfolgen eindeutig feststehen. Grundsätzlich erfolgt die Begutachtung zur Feststellung der Dauerinvalidität daher frühestens ein Jahr nach dem *Unfall*. Stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest und kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* durch die Unfallfolgen verstirbt, kann dies auch bereits innerhalb des ersten Jahres erfolgen.

Steht der Grad der Dauernden Invalidität nach einem Jahr nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person unter Vorlage von ärztlichen Befunden, die eine Verschlechterung begründen, als auch wir berechtigt, den *Invaliditätsgrad* jährlich fristgerecht bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Ein Antrag auf Neubemessung des Grades der Dauernden Invalidität ist so rechtzeitig zu stellen, dass die ärztliche Untersuchung nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge noch vor Ablauf der Frist von vier Jahren ab dem Unfalltag durchgeführt werden kann.

(4) Im Falle des Ablebens

Stirbt die versicherte Person

a) unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall*, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung;

b) aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach einem *Unfall*, erfolgt die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität auf Basis des Grades der dauernden Invalidität, der sich aus den zuletzt vorliegenden ärztlichen Befunden ergibt;

c) unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem *Unfall*, erfolgt die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität auf Basis des Grades der dauernden Invalidität, der sich aus den zuletzt vorliegenden ärztlichen Befunden ergibt.

(5) Zusatzleistung• **Vorauszahlung**

Nach einem unfallbedingten sowie unmittelbar nach dem Unfall ununterbrochenen *Spitalsaufenthalt* von mindestens 11 Tagen wird eine Vorauszahlung auf eine zu erwartende Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität geleistet. Die Höhe der Vorauszahlung ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

• **Helm-Bonus für Kinder**

Bei Ski-, Snowboard- oder Radunfällen von *Kindern* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wird die Versicherungsleistung für die Kapitalleistung Dauernde Invalidität um 25 % erhöht, wenn das *Kind* zum Unfallzeitpunkt einen Ski- bzw. Radhelm getragen hat.

Diese Leistungserweiterung gilt nicht bei der Teilnahme an Wettbewerben und am offiziellen Training zu Wettbewerben sowie für die *Sofortleistung* gemäß Kapitel 2.2.3.1 Kapitalleistungen, Buchstabe b *Sofortleistung*).

b) Sofortleistung

Ob ein *Unfall* eine Dauernde Invalidität des Verletzten zur Folge hat, kann meist erst nach Ablauf eines Jahres von einem medizinischen Sachverständigen geprüft werden. (siehe dazu Kapitel Paket Max 2.2.3.1 Kapitalleistungen,

Buchstabe a) Dauernde Invalidität). Diese Wartezeit entfällt bei unserer *Sofortleistung*.

In Abänderung des Kapitels Paket Max 2.2.3.1 Kapitalleistungen, Buchstabe a) Dauernde Invalidität, ist Voraussetzung für die *Sofortleistung*, dass die versicherte Person durch den *Unfall* zum ersten Mal an dem betroffenen Körperteil genau eine der im Verletzungskatalog taxativ angeführten Verletzungen (Katalogverletzung) erleidet.

Kommt es durch ein Unfallgeschehen zu mehreren Verletzungen, wird die *Sofortleistung* immer von der am höchsten bewerteten Verletzung gemäß *Verletzungskatalog* geleistet.

War der von der Katalogverletzung betroffene Körperteil bereits durch vor dem *Unfall* vorhandene Krankheiten oder Gebrechen beeinträchtigt erfolgt keine Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein *Sofortleistung*. Die versicherte Person hat bei Zutreffen der Voraussetzungen nur Anspruch auf eine Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität (Paket Max 2.2.3.1 Kapitalleistungen, Buchstabe a)).

Der Anspruch auf *Sofortleistung* ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung hervorgeht, innerhalb von 18 Monaten vom *Unfalltag* an gerechnet geltend zu machen.

Die *Sofortleistung* erbringen wir als prozentuellen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme nach den im Anhang 2 (*Verletzungskatalog* für *Sofortleistung*) genannten Prozentsätzen. Die bei Dauernder Invalidität vorgesehene Vorauszahlung gem. Kapitel 2.2.3.1 Kapitalleistungen, Ziffer (5) Zusatzleistung kommt nicht zur Anwendung.

Sollte ein Versicherter eine *Sofortleistung* bezogen haben und innerhalb eines Jahres unfallkausal versterben, wird die bereits ausgezahlte *Sofortleistung* einer etwaigen Todesfallleistung gegengerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Sollte die Todesfallleistung geringer ausfallen als die bereits gezahlte *Sofortleistung*, kommt es zu keiner Rückforderung der zu viel bezahlten Leistung.

Mit der *Sofortleistung* sind grundsätzlich alle Ansprüche auf Kapitalleistungen für diesen Schadenfall abgegolten. Sollte sich innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* eine über die festgestellte Gesundheitsschädigung hinausgehende, auf Lebenszeit bestehende Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit der versicherten Person ergeben (=Dauernde Invalidität), kann dies unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit bestehenden Dauern-

den Invalidität hervorgeht, innerhalb von 18 Monaten vom *Unfalltag* an gerechnet geltend gemacht werden.

Kinder bis zum 18. Lebensjahr

Für versicherte *Kinder* bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres wird anstatt der *Sofortleistung* 0,25 % der Versicherungssumme ausbezahlt (siehe Kapitel 2 – *Verletzungskatalog* für *Kinder*). Sollte dennoch aufgrund dieser Verletzung bleibende Beeinträchtigungen zurückbleiben, ist der Anspruch auf Dauernde Invalidität bei der Allianz innerhalb von 18 Monaten vom *Unfalltag* an gerechnet geltend zu machen. (siehe dazu Kapitel 2.2.3.1 Kapitalleistungen, Buchstabe a) Ziffer 1 – Voraussetzung und Geltendmachung). Die Kosten des medizinischen Gutachtens tragen wir.

c) Unfalltod

Tritt innerhalb eines Jahres vom *Unfalltag* an gerechnet der Tod als Folge des *Unfalles* ein, wird die für den Todesfall versicherte Summe gezahlt. Die Höhe der Todesfallleistung ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

Wenn bereits Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität oder dem Leistungsbaustein *Sofortleistung* erbracht worden sind, werden diese gegengerechnet und es kommt nur die Differenz zur Auszahlung. Einen Mehrbetrag an Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität oder dem

Leistungsbaustein *Sofortleistung* kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

d) Schulausfallsgeld

Wir bezahlen für versicherte *Kinder* (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) im Falle eines unfallbedingten, ärztlich bestätigten Schulausfalles – ausgenommen Schulferien – von mindestens 14 Tagen (davon mindestens 7 Tage ununterbrochen stationär) und von 21 Tagen (davon mindestens 14 Tage ununterbrochen stationär) ein Schulausfallsgeld in der in der Versicherungsurkunde angegebenen Höhe.

Voraussetzung ist, dass das versicherte *Kind* sich zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles in Schulausbildung befindet. Homeschooling und distance learning sind mitumfasst.

e) Spitalgeld

Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines *Unfalles* für zumindest 24 Stunden in einem *Spital* in *medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung* befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag, gezahlt. Die Höhe des *Spitalgeldes* ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

f) Komageld

Fällt die versicherte Person infolge eines *Unfalles* in ein Koma oder wird infolge eines *Unfalles* aus medizinischen Gründen in ein Koma versetzt, so wird für die Zeit dieses Zustandes pro angefangener Woche ein Pauschalbetrag bis zu 25 Wochen lang gezahlt. Die Höhe des wöchentlichen Pauschalbetrages ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

2.2.3.2 Unfallkosten

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 verlängert.

Unfallkosten sind die im Folgenden unter den Buchstaben a bis g aufgezählten Kosten, soweit diese durch den *Unfall* verursacht wurden:

a) Such-, Bergungs- und Rückholkosten

Such- und Bergungskosten sind

- die Kosten der Suche und/oder der Bergung, wenn die versicherte Person einen *Unfall* erlitten hat oder in Bergnot, Seenot oder Hochwasser geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss.
- die Kosten der Suche und/oder der Bergung, wenn die versicherte Person durch einen *Unfall* oder infolge Bergnot, Seenot oder Hochwassers den Tod erleidet;
- die Kosten des Transportes – wenn erforderlich auch mittels Rettungshubschrauber – bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu dem *Spital*, in das die versicherte Person gebracht wird; wenn der Transport mittels Rettungshubschrauber notwendig ist, werden im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme auch die Kosten der medizinischen Behandlung während des Fluges ersetzt.

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. Seenot 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. Hochwassergefahr liegt vor, wenn die versicherte Person durch eine zeitlich begrenzte Überschwemmung von normalerweise nicht mit Wasser bedeckten Land, insbesondere durch oberirdische Gewässer (Flüsse) in Zwangs- oder Notlage gerät. Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen Verletztentransportes der außerhalb ihres Wohnortes verunfallten versicherten Person. Ersetzt werden die Kosten des Transportes von der Unfallstelle bzw. vom Krankenhaus, in das die versicherte Person nach dem *Unfall* gebracht wurde, zu ihrem Wohnort bzw. zu ihrem Wohnort nächstgelegenen Krankenhaus.

Wir ersetzen die unfallbedingten Kosten bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist, soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

b) Zuschuss zur Rehabilitation

Hat die versicherte Person oder das Krankenhaus für die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach einem unfallbedingten *Spitalsaufenthalt* einen Antrag auf *medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung* in einem *Rehabilitationszentrum* gestellt, ersetzen wir Ihnen die verbleibenden Selbstkosten des *Rehabilitationsaufenthaltes*

(Selbstbehalt pro Tag). Die Höhe der maximalen Kostenübernahme ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen. Im Rahmen der medizinischen *Rehabilitation* gelten jene Maßnahmen als *medizinisch notwendig*, die geeignet sind, eine unfallbedingte dauernde Invalidität zu beseitigen oder zu verbessern.

c) Fixkosten

Wird unmittelbar nach einem *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.

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

Die Höhe der maximalen monatlichen Fixkosten ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

d) ambulante Heilbehandlungen

Wir ersetzen bei medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten ambulanten *Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen Unfallfolgen die unfallkausalen Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- physikalische und *ganzheitsmedizinische* Behandlungsmethoden wenn sie von einem zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden (siehe Anhang 1)
- ambulante Arzt – und Facharztkosten (z.B. Kosten für Ordinationen, Operationen, ärztliche Sonderleistungen und besondere Untersuchungen wie EKG, Infusionen, MRT, Ultraschall etc.)
- Kostenbeiträge bei *Spitalsaufenthalt* in der allgemeinen Gebührenklasse
- Apothekenrechnungen (für notwendige Medikamente und Heilbehelfe)
- Transportkosten werden erstattet bei einem *medizinisch notwendigen* Transport zu einem Krankenhaus-aufenthalt (auch mittels Rettungshubschrauber) sowie für den Transport nach Hause. Nicht übernommen werden private Fahrtkosten (z.B. Taxi, private Fahrtendienste, Transportunternehmen).
- Heilbehelfe (Bandagen, Mieder, Orthesen, Schienen, Rollstuhl, Krücken etc.)

- Die Kosten von künstlichen Gliedmaßen sowie für die Reparatur oder Wiederbeschaffung derselben
- Den erstmaligen Zahnersatz sowie auch die Kosten für die Reparatur oder Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes
- die Kosten einer ärztlich verordneten Psychotherapie (abweichend von Bestimmung 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstabe f)), sofern der erwartete *Invaliditätsgrad* der versicherten Person durch den *Unfall* mindestens 50 % beträgt.

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 (*Heilbehandlungen*) und/oder Verletzten- bzw. Transportkosten beinhaltet.

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

e) stationäre Heilbehandlung

Kosten für stationäre *Heilbehandlung* 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.

Wir ersetzen bei medizinisch notwendigen *Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen Unfallfolgen die Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- Privatarzthonorare im Rahmen der stationären *Heilbehandlung*
- Sonderklassekosten im *Spital* (Hauskosten)

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 (*Heilbehandlungen*) und/oder Verletzten- bzw. Transportkosten beinhaltet.

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

f) kosmetische Operationen

Wir ersetzen die Kosten für kosmetische Operationen bis zum Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist, 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 innerhalb von zwei Jahren ab Unfalltag 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*.

g) Kosten für Begleitperson

Bei einer stationären *Heilbehandlung* aufgrund eines *Unfalles* des versicherten *Kindes* (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) ersetzen wir die Kosten für eine Begleitperson im *Spital*. Die Höhe der maximalen Kostenübernahme ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

2.2.3.3 Weitere Versicherungsleistungen

a) Neugeborenen-Bonus

Während der Laufzeit des Versicherungsvertrages geborene *Kinder* der versicherten Person sind ab der Geburt 12 Monate prämienfrei mitversichert. Die Versicherungssumme für das neugeborene *Kind* beträgt 50 % der Versicherungssumme der versicherten Elternteile für die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität und dem Leistungsbaustein Todesfall (im Todesfall werden nur die nachweislich aufgewendeten Begräbniskosten ersetzt).

Haben beide Elternteile des neugeborenen *Kindes* bei der Allianz einen Unfallvorsorgevertrag, ist die höhere der beiden Versicherungssummen heranzuziehen.

Wird das neugeborene *Kind* vor Ablauf der 12 Monate selbst bei der Allianz unfallversichert, gilt der gegenständliche Versicherungsschutz zusätzlich.

b) Mein Digital-Doc

„Mein Digital-Doc“ ist ein digitaler Dienst unserer derzeitigen Vertragspartnerin „*Medi24 AG*“, mit dem eine volljährige und versicherte Person beispielsweise nach einem *Unfall* allgemeine medizinische Beratung zu gesundheitlichen Fragen in Anspruch nehmen kann.

(1) Die Inanspruchnahme der Dienstleistungen erfordert eine vorherige Registrierung im Portal der „*Medi24 AG*“ und das Akzeptieren von deren Nutzungsbedingungen: <https://personal-assistant.medi24.com/?pt=aze>

(2) Wir können die Qualität der Beratung, die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmung und die Wahrung ärztlicher Berufsgeheimnisse nicht überwachen; hierfür ist allein die „*Medi24 AG*“ verantwortlich.

(3) Von uns werden lediglich die Kosten der Beratungshonorare übernommen. Anfallende Kosten für die Verbindung wie Gebühren für Telefonate, SMS, Daten Roaming und dergleichen trägt die versicherte Person.

(4) Wir behalten uns geringfügige und sachlich gerechtfertigte Änderungen unserer Leistungen „Mein Digital-Doc“, wie beispielsweise die Ersetzung unseres derzeitigen Vertragspartners durch einen oder mehrere andere Dienstleister, vor.

c) Meine Unfall-Assistance

(1) Voraussetzung für Abschluss und Bestehen

Meine *Unfall-Assistance* ist ein fixer Bestandteil des Max Paketes. Wird das jeweilige Paket beendet, endet damit zeitgleich auch der Baustein „Meine *Unfall-Assistance*“.

(2) Was ist versichert?

Nach einem *Unfall* (Unfallbegriff gemäß Kapitel 2.1. a) werden die folgenden Hilfeleistungen von unserer Assistance Zentrale (betrieben von unserer Schwestergesellschaft der AWP P&C S.A. und AP Solutions GmbH, Niederlassung für Österreich: Linzer Straße 225, 1140 Wien) als Dienstleisterin in unserem Auftrag organisiert und von uns bis zur in Ihrer Versicherungsurkunde vereinbarten Höhe bezahlt.

- **Kosten einer medizinischen Zweitmeinung (Second Opinion)**
Auf Wunsch des Versicherten übernehmen wir die Kosten einer medizinischen Zweitmeinung oder einer alternativen Therapieempfehlung. Die Leistung wird einmal pro Anlassfall erbracht.

Wir erstatten die beim Versicherten verbleibenden Kosten nach Rückerstattung durch gesetzliche oder private Krankenversicherungsträger.

- **Psychologische Unterstützung**

Wir organisieren eine erste Beurteilung durch klinische Psycholog:innen, die telefonisch in bis zu 5 Gesprächen durchgeführt wird.

Wenn die Situation eine weiterführende Behandlung erfordert, verweisen Psycholog:innen auf persönliche Konsultationen mit Psycholog:innen in der Nähe des Wohnsitzes oder Arbeitsplatzes des Leistungsempfängers.

Psychologische Erkrankungen, die bereits in der Vergangenheit erkannt oder festgestellt wurden oder am Datum des Inkrafttretens des Vertrags behandelt wurden, sind ausgeschlossen.

- **Unterstützungsleistungen des täglichen Lebens**

Die Hilfeleistungen werden nur unter der Voraussetzung erbracht, dass die versicherte Person die angeführten Tätigkeiten aufgrund der Unfallfolgen nicht selbst ausführen kann. Wir leisten, wenn die versicherte Person durch einen *Unfall* verletzt wurde und dieser *Unfall* dazu führt, dass die versicherte Person Hilfe im Alltag benötigt. Dies muss durch ärztlichen Nachweis belegbar sein.

Hilfeleistungen müssen über die Assistance-Zentrale angefordert werden. Die Organisation und Auswahl der Hilfeleister obliegt ausschließlich der Assistance-Zentrale. Mit der Ausführung der angeführten Hilfeleistungen werden professionelle Organisationen oder Firmen beauftragt. Privat organisierte Hilfeleistungen sowie Eigenleistungen werden nicht bezahlt. Die angeführten Hilfeleistungen werden am ständigen Wohnort der versicherten Person in Österreich erbracht.

- **Hilfe im Haushalt**

Wir organisieren und bezahlen häusliche Unterstützung, die wie folgt durchgeführt werden kann:

- Entweder von einer Pflegekraft, die die tägliche Pflege (z. B. Waschen, Füttern, Zubettbringen der versicherten Person) übernimmt. Davon ausgenommen ist die medizinische Versorgung durch einen Arzt oder eine Krankenschwester.
- Oder von einer Haushaltshilfe, die die täglichen Hausarbeiten (z. B. Bügeln, Putzen, Hilfe bei der Zubereitung von Mahlzeiten usw.) in der Wohnung der versicherten Person erledigt.

- **Menüservice**

Wir organisieren und bezahlen die Lieferung von Mahlzeiten an den Wohnsitz der versicherten Person mit einer Vorlaufzeit ab dem Zeitpunkt der Anfrage von maximal 4 (vier) Werktagen. An Samstagen, Sonn- und Feiertagen kann diese Dienstleistung nicht in Anspruch genommen werden.

Die Mahlzeiten werden in Paketen von 5 oder 7 „Mittagessen + Abendessen“ geliefert. Die versicherte Person übernimmt die Kosten der Mahlzeiten.

In nicht durch unsere Menü-Caterer abgedeckten Gebieten oder wenn der Essensplan nicht geeignet ist, können wir einen Anbieter organisieren, um Mahlzeiten zu Hause zuzubereiten. Wir übernehmen die Kosten bis zu den entsprechenden Kosten der Essenslieferung.

Die verbleibenden Kosten trägt die versicherte Person.

- **Lieferung von Lebensmitteln**

Wir organisieren und bezahlen die Lieferung von Lebensmitteln zum Wohnsitz der versicherten Person. Es muss gewährleistet sein, dass jemand vor Ort ist, der die Lieferung entgegennimmt. Die versicherte Person übernimmt die Kosten der Lebensmittel.

- **Kinderbetreuung**

Wir organisieren und bezahlen die Anwesenheit einer Kinderbetreuung am Wohnsitz der versicherten Person, um dessen *Kind(er)* zu betreuen, Mahlzeiten zuzubereiten und die tägliche Pflege zu übernehmen. Jede Kinderbetreuung dauert mindestens zwei (2) Stunden und kann von Montag bis Samstag, außer an Feiertagen, von 8:00 bis 19:00 Uhr in Anspruch genommen werden.

- **Fahrdienst für Kinder**

Wenn kein Familienmitglied das/ die *Kind(er)* der versicherten Person zur Schule oder zu seinen außerschulischen Aktivitäten begleiten kann, organisieren und bezahlen wir den Transport mit dem Taxi von zu Hause aus. *Kinder* müssen von einem von der versicherten Person benannten Erwachsenen begleitet werden.

- **Hausnotruf**

Wir organisieren die Installation eines Hausnotrufs in der Wohnung der versicherten Person. Dieser Service ist im folgenden Gegenstand eines eigenen Vertrags zwischen dem Bereitsteller des Hausnotrufs und der versicherten Person.

Wir tragen die einmaligen Kosten für die Einrichtung des Services und die nötigen Installationen.

– Umbauten an Wohnung oder Auto

Bestehen bei der versicherten Person dauerhafte Einschränkungen, so organisieren wir folgende Leistungen:

- Eine fundierte Analyse der Einschränkungen im Alltag im Kontext der individuellen Lebensumstände, sowie
- eine Vor-Ort-Evaluierung der Wohnung bzw. der aktuellen Pflegesituation durch einen von uns beauftragten Dienstleister, um die neuen Bedürfnisse der versicherten Person mit den aktuellen Gegebenheiten abzugleichen. Es werden Empfehlungen hinsichtlich möglicher Anpassungen vorgenommen und Kostenschätzungen dafür abgegeben.
- Wir koordinieren ggf. auch die Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen mit Handwerkern oder weiteren Dienstleistern.

Wir decken die Kosten für die Bereitstellung dieser Services. Die Kosten für anfallende Arbeiten oder ggf. auch Kostenvoranschläge der ausführenden Handwerker bleiben in der Verantwortung des Versicherten.

– Kontakte zu und Besichtigung von Pflegeheimen

Wenn die versicherte Person nicht mehr für sich selbst sorgen kann und rund um die Uhr Pflege benötigt, stellen wir eine Liste von Pflegeplätzen in der Nähe des Wohnsitzes der versicherten Person zur Verfügung. Auf Anfrage organisieren wir einen Besichtigungstermin in einem Pflegeheim.

Wir übernehmen die Beförderungskosten zu den ausgewählten Pflegeheimen bei der Besichtigung oder beim Einzug in die Einrichtung. Die Verfügbarkeit von Besichtigungsterminen sowie die Bereitstellung eines freien Platzes im Pflegeheim können wir nicht garantieren.

Wir bemühen uns, Ihnen im Rahmen unserer Kontakte und Netzwerke weiterzuhelfen.

Sämtliche Kosten der vom Pflegeheim angebotenen Leistungen liegen bei der versicherten Person.

Sport-Paket

a) Kostenerstattung für ausgefallenen Sport

Wir zahlen eine Entschädigung für den Fall, dass der Versicherte die Mitgliedschaft im Sport-Club, Fitness-Studio oder ähnliche Mitgliedschaften infolge eines *Unfalls* für mehr als 30 Tage ruhen lassen muss. (wird im Einzelfall durch ärztliche Unterlagen überprüft).

Die Entschädigungshöhe entspricht den Kosten der ausgefallenen Tage, an denen kein Sport möglich war und wird für jeden Tag nach dem 30. Tag ohne Sport bezahlt.

b) Allgemeine medizinische Informationen und Trainingsplan

Unsere Spezialisten beantworten Fragen zum medizinischen Zustand und zu Verordnungen oder Therapieempfehlungen des behandelnden Arztes.

Die versicherte Person kann auch Informationen zu Sportgesundheit, Gesundheitseinrichtungen, allgemeinen Gesundheitsthemen, Risikofaktoren, allgemeinen medizinischen Problemen, Drogenproblemen, Präventionsinformationen, Informationen über alternative Medizin, Schmerzmanagementzentren und Beratung zur Wiedererlangung seiner vollständigen Leistungsfähigkeit erhalten.

Wenn wir nicht in der Lage sind, diese Informationen bereitzustellen, werden wir einen Sportarzt empfehlen und die Kosten für die Konsultation bzw. die Erstellung eines Trainingsplans für die Wiedererlangung der persönlichen Fitness bezahlen.

c) Kosten für Personal Trainer oder Fitnessgeräte

Wir übernehmen die Kosten für Training mit einem Personal Trainer oder die Miete für ein Leihgerät oder beteiligen uns an den Anschaffungskosten für ein Fitnessgerät um zurück zur persönlichen Fitness zu gelangen.

d) Kosten für Sport-Physiotherapie

Wir übernehmen die Kosten für Reha-Training oder Sport-Therapie durch einen Physiotherapeuten oder diesbezüglich spezialisierten Therapeuten. Auf Wunsch können wir geeignete Spezialisten empfehlen.

e) Kosten für medizinische Fahrten

Wir übernehmen die Kosten für den Transport von und zur Wohnung der versicherten Person anlässlich medizinischer Fahrten (z.B. Physiotherapie, Arztbesuch etc.).

(3) Was ist nicht versichert?

a) Kein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht, wenn die Assistance-Zentrale zur Leistungserbringung nicht vorher die Zustimmung erteilt hat.

b) Kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht, wenn sich ein *Unfall* ereignet hat, für den gemäß Kapitel 2.3.1 kein Versicherungsschutz besteht.

c) Wir können für die Nichterbringung von Dienstleistungen oder für Verzögerungen bei der Erbringung unserer Dienstleistungen aufgrund folgender Ereignisse nicht haftbar gemacht werden:

- Ausfall oder Unterbrechung von Telefon- oder IT-Netzwerken;
- Änderung des Zustands des Versicherten und insbesondere seines Gesundheitszustands, die nicht mitgeteilt wurde;
- Höhere Gewalt oder Schäden durch Dritte;
- Bei höherer Gewalt oder Ereignissen wie z.B. Streiks, Aufständen, bekannter politischer Instabilität, Repressalien, Embargos, Wirtschaftssanktionen

(4) Pflichten im Schadenfall

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses ist die Assistance-Zentrale unverzüglich zu informieren. Die Telefonnummer der Assistance-Zentrale ist auf der letzten Seite dieser Unterlage zu finden, unter „Allianz Assistance-Services“.

Nach der telefonischen Kontaktaufnahme veranlasst die Assistance-Zentrale alle notwendigen Maßnahmen, die zur Bearbeitung des Ereignisses erforderlich sind, insbesondere die erforderlichen Kontakte zwischen den Servicepartnern (Dienstleistern) und den Ärzten der Assistance-Zentrale, dem behandelnden Arzt vor Ort und – wenn notwendig – dem Hausarzt der versicherten Person, um die geeigneten Maßnahmen einzuleiten.

Die medizinische Beurteilung der Art und Schwere des Leidens erfolgt ausschließlich durch die Ärzte der Assistance-Zentrale. Diese entscheiden über die Durchführung der entsprechenden medizinischen Hilfsmaßnahmen.

(5) Haftung

Unsere Assistance-Zentrale haftet nicht für die unsachgemäße Verwendung oder falsche Auslegung von Informationen, Ratschlägen oder Beratungen, die durch sie zur Verfügung gestellt werden. Alle von der Assistance-Zentrale erteilten Auskünfte verstehen sich als Informationen, die keinen Anspruch auf Rechtsverbindlichkeit erheben können. Daher übernimmt die Assistance-Zentrale keine Haftung für eventuelle Fehlauskünfte, soweit der Schaden nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verursacht wurde.

Die Allianz Assistance haftet nicht für die von ihr vermittelten und/oder beauftragten Hilfe-/Dienstleistungen.

(6) Verjährung

Für die Verjährung gilt § 12 VersVG. Die gesetzliche Bestimmung ist im Anhang abgedruckt.

d) Umschulungskosten

Führt die versicherte Person infolge unfallbedingter Berufsunfähigkeit eine staatlich anerkannte Umschulung durch, übernehmen wir die mit der Umschulung verbundenen Kosten, sofern diese innerhalb von zwei Jahren ab Unfalltag entstehen, bis zum Höchstbetrag, der in ihrer Versicherungsurkunde angeführt ist. Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen heißt, dass die versicherte Person voraussichtlich dauernd außerstande ist, ihren Beruf oder eine ähnliche Tätigkeit auszuüben, die ihrer Ausbildung entspricht und gleichwertige Kenntnisse und Fähigkeiten voraussetzt. Die Kosten werden lediglich *subsidiär* übernommen, soweit nicht von einer staatlichen Einrichtung wie z.B. Arbeitsmarktservice, Bundessozialamt, etc. Ersatz zu leisten ist oder geleistet wurde.

2.2.3.4 Sonderleistungen**Kosten für Obliegenheiten**

Wir übernehmen die erforderlichen Kosten, die unmittelbar durch Erfüllung der in Kapitel 2.4.4 bestimmten Obliegenheiten – ausgenommen davon sind die Buchstaben c) und h) (Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, Behandlung und Krankenpflege, Fahrt zum Sachverständigen) – entstehen.

Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der durch Zeckenstich (umgangssprachlich Zeckenbiss) übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose. Voraussetzung ist, dass 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 der als Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird von uns nur bei Vorliegen einer dauernden Invalidität (siehe Kapitel 2.2.3.1 Buchstabe a) oder bei Unfalltod (siehe Kapitel 2.2.3.1 Buchstabe c) erbracht. Für allfällige im Rahmen der Erkrankung auftretende unspezifische Allgemeinsymptome (z.B. Kopfschmerzen, Gelenkschmerzen,

Muskelschmerzen, Schmerzsyndrome, Fieber) wird jedoch keine Leistung erbracht.

Die Leistung ergibt sich jeweils aus der vereinbarten Versicherungssumme, sie ist jedoch immer mit maximal € 75.000,- begrenzt.

2.2.3.5 Optionale Zusatzbausteine

a) Sportpaket

Ob eines der angeführten Sportpakete in Ihrem Versicherungsschutz umfasst ist, entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungsurkunde.

Wenn Sie eine der in den Sportpaketen angeführten Sportarten mitversichert haben wollen, ist ein Abschluss eines der Pakete zwingend notwendig. Wenn kein Sportpaket abgeschlossen wird, gelten die jeweiligen Sportarten nicht mitversichert. Wenn das Sportpaket abgeschlossen wurde, dann gilt lediglich die hobbymäßige Ausübung dieser Sportarten mitversichert, bei Übertritt in den Profisport erlischt der Versicherungsschutz automatisch.

Unter Profisport wird die regelmäßige aktive Teilnahme an Staatsmeisterschaften (im Ballsport: Fußball 1. und 2. Liga; alle anderen Sportarten oberste Spielklasse; im Motorsport beispielsweise Formel 1, Formel 2 und ähnliches) oder internationalen Wettbewerben verstanden.

(1) Sportpaket 1

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe f) (generelle Ausschlüsse) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im Sportpaket 1 als mitversichert.

- Klettern ab Schwierigkeitsgrad V ohne Eisklettern (nach der UIAA-Normen-Skala)
- Begehen von Klettersteigen im Freien ab Stufe D/K4 und höher (nach der Hüsler-Skala)

(2) Sportpaket 2

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen Buchstabe d) und Buchstabe f) (generelle Ausschlüsse) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im Sportpaket 2 als mitversichert.

- Klettern ab Schwierigkeitsgrad V mit Eisklettern (inkl. Eisfallklettern)
- Mountainbike-Wettbewerbe inkl. dazugehörige Trainingsfahrten
- tauchtypische Gesundheits-schäden bis 40 Meter Tiefe

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.1 Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes, Buchstabe a) (Unfallbegriff) erstreckt sich der Versicherungsschutz der versicherten Person auch auf tauchtypische Gesundheits-schäden wie z.B. Stickstoffintoxi-

kation (Tiefenrausch), CO2 Intoxikation (Ensufflement), Sauerstoffintoxikation, Atemgasembolie (AGE, Barotraumen) oder Dekompressionskrankheit mit deren dauerhaften Folgen, ohne dass ein Unfallereignis, d.h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss. Die Kosten der Behandlung in der Dekompressionskammer sind beim Abschluss dieses Paketes im Rahmen der Unfallkosten mitversichert.

Tauchunfälle in mehr als 40 m Tiefe sind gemäß Bestimmung 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe n) vom Versicherungsschutz ausgeschlossen und sind auch durch Abschluss dieses Sportpaketes nicht versicherbar.

Die Sportarten des Sportpaketes 1 sind im Sportpaket 2 auch mitversichert.

(3) Sportpaket 3

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe b) und Buchstabe c) und der Bestimmung des Kapitels 2.4.3 Obliegenheiten vor Eintritt des *Versicherungsfalles* Buchstabe a) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgender Sportart erleidet, im Sportpaket 3, als mitversichert:

- Motorsportliche Aktivitäten

Darunter fallen die Ausschlüsse gemäß Kapitel 2.3.1 Buchstabe b) und c) sowie Kapitel 2.4.3 Obliegenheiten vor Eintritt des *Versicherungsfalles* Buchstabe a). Für alle anderen Unfälle, die nicht unter diese Definition fallen gilt weiterhin das Fahren ohne kraftfahrerechtliche Berechtigung als Obliegenheitsverletzung (Kapitel 2.4.3 Buchstabe a).

Die Sportarten der Sportpakete 1 und 2 sind im Sportpaket 3 auch mitversichert.

(4) Sportpaket 4

In Abänderung der Bestimmung des Kapitels 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe e) und Buchstabe o) gelten Unfälle, die die versicherte Person in folgenden Sportarten erleidet, im Sportpaket 4 als mitversichert:

- die Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben im Bereich des nordischen und alpinen Schisports, Snowboarden, Freestyle, Bob-, Schibob-, Skeletonfahren oder Rodeln (auf Natur- oder Kunstbahnen); gilt nicht für Personen die einem Bundes- oder Landeskader angehören
- Fußball – Teilnahme ab der obersten Landesliga (3. und 4. Spielklasse)

Die Sportarten der Sportpakete 1, 2 und 3 sind im Sportpaket 4 auch mitversichert.

b) Berufspaket

In Abänderung der *Gliedertaxe* (siehe Kapitel 2.6 Glossar) gibt es für ausgewählte künstlerische oder medizinische Berufe die Möglichkeit, eine erhöhte *Gliedertaxe* (siehe Kapitel 2.6 Glossar) abzuschließen.

Eine erhöhte *Gliedertaxe* bedeutet, dass für bestimmte Körperteile, die für die Berufsausübung besonders wichtig sind (z.B. Finger), ein höherer Prozentsatz gilt, als in der Standard-*Gliedertaxe*.

Die verbesserten Prozentsätze gelten nur für die Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität. Sie gelten nicht für die Sofortleistung, für die Unfallrente sowie für das Leistungsplus.

In den folgenden Berufspaketen sind die jeweiligen Berufe angeführt, die ein Berufspaket abschließen dürfen. Berufe des Berufspaketes 3 dürfen auch das Berufspaket 1 oder 2 abschließen. Berufe des Berufspaketes 2 dürfen auch das Berufspaket 1 abschließen.

Ob eines der angeführten Berufspakete vom Versicherungsschutz umfasst ist, kann der Versicherungsurkunde entnommen werden.

Eine Kombination Sportpaket mit Berufspaket ist nicht möglich, d.h. es kann nur eines der Berufspakete oder eines der Sportpakete abgeschlossen werden.

(1) Berufspaket 1

Das Berufspaket 1 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Heilmasseur, Physio- und Ergotherapeuten, Chiropraktiker, Musiklehrer

(2) Berufspaket 2

Das Berufspaket 2 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Berufsmusiker (Orchestermusiker), Ärzte (ausgenommen Großtierärzte und Berufspaket 3)

(3) Berufspaket 3

Das Berufspaket 3 darf für folgende Berufe abgeschlossen werden: Chirurgen, Zahnärzte, Gynäkologen, Anästhesisten

c) Mein Leistungsplus

(1) Um 50 Prozentpunkte höherer Progressionsverlauf ab 50% Invaliditätsgrad

Durch „Mein Leistungsplus“ wird das *Progressionsmodell* MAX verbessert. Ab einem *Invaliditätsgrad* von 50% ergeben sich höhere Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität. Der *Progressionsverlauf* ist im Kapitel 2.6 Glossar ersichtlich.

(bezüglich Vorerkrankungen, Vorverletzungen siehe Bestimmungen des Kapitels 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstabe b) und c).

(2) Verdoppelung der Versicherungssumme/max. Kosten bei vielen Leistungen

„Mein Leistungsplus“ beinhaltet auch eine Verdoppelung der Versicherungssumme/max. Kosten folgender Leistungen:

- Vorauszahlung Dauernde Invalidität bei *Spitalsaufenthalt*
- *Spitalgeld*
- Komageld
- Fixkosten
- ambulante *Heilbehandlungen*
- stationäre *Heilbehandlungen*
- Kosten für Begleitperson

Die Höhe der Versicherungssumme/maximalen Kosten sind der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

(3) Auslands-Assistance

(3.1) Voraussetzung für Abschluss und Bestehen

Meine Auslands-Assistance ist ein fixer Baustein von „Mein Leistungsplus“ und kann ergänzend zum Paket Max abgeschlossen werden. Wird das Paket beendet, endet damit zeitgleich auch der Baustein Auslands-Assistance. Der ordentliche Hauptwohnsitz der versicherten Person ist Österreich. Unsere Assistance-Zentrale wird von unserer Schwester-gesellschaft, der AWP P&C S.A. und AP Solutions GmbH, Niederlassung für Österreich: Linzer Straße 225, 1140 Wien

betrieben und handelt in Bezug auf die gegenständlichen Hilfeleistungen als unsere Dienstleisterin in unserem Auftrag.

(3.2) Was ist versichert?

a) Heilkostenversicherung bei Auslandsreisen

Wir ersetzen bei *medizinisch notwendigen Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen während einer Auslandsreise die Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum jeweiligen Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- Ambulante ärztliche Behandlungen durch einen zugelassenen Arzt (inkl. verordnete Medikamente)
- Stationäre Behandlung im nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus, das nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeitet und unter ständiger ärztlicher Leitung steht
- Medikamenten- und Serentransport in medizinisch dringend notwendigen Fällen vom nächstgelegenen Depot soweit zulässig

b) Rückreise und Rücktransport

Wir organisieren und bezahlen die folgenden Leistungen zur Gänze, wenn eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale (siehe Punkt (4)) erfolgt ist und ein entsprechender medizinischer Befund vorliegt:

- Überführung in das nächstgelegene Krankenhaus, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt.
- Medizinisch betreute Rückreise in ein Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, wenn diese während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt und aus medizinischem Grund eine medizinisch betreute Rückreise in ein für die Behandlung geeignetes Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person erforderlich ist. Die Ärzte der Assistance-Zentrale entscheiden anhand des medizinischen Befundes über die Art des Transports.
- Rückreise an den Wohnort der versicherten Person ohne Begleitung durch medizinisches Pflegepersonal, gestützt auf einen entsprechenden medizinischen Befund, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt.
- Überführung im Todesfall: Wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise stirbt, übernehmen wir die Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste an den Wohnort. Die Hilfeleistung muss in jedem Fall bei der Assistance-Zentrale angefordert werden.
- Rückreise wegen Reiseabbruchs der versicherten Person: Muss die versicherte Person oder ein mitreisender Familienangehöriger eine Auslandsreise wegen schwerer Krankheit, *Unfall* oder einer ärztlich attestierten Verschlimmerung eines chronischen Leidens vorzeitig abbrechen, organisieren und bezahlen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale die vorzeitige Rückreise der mitreisenden Familienangehörigen.
- Betreuung mitreisender minderjähriger *Kinder*: Muss die versicherte Person aufgrund einer schweren Krankheit, eines *Unfalls* oder einer ärztlich attestierten Verschlimmerung eines chronischen Leidens eine Auslandsreise vorzeitig abbrechen, organisieren und bezahlen wir die Betreuung der mitreisenden minderjährigen *Kinder*, welche die Reise allein fortsetzen oder zurückkehren mussten.

- Wir organisieren und bezahlen nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale aufgrund eines Anrufes die Extra-Rückreise der versicherten Person aus dem Ausland nach Österreich,
 - wenn ein Familienangehöriger zu Hause schwer erkrankt, schwer verletzt wird oder stirbt,
 - bei Elementarschäden am eigenen Vermögen zu Hause oder
 - bei Streik, Unruhen oder Epidemien am Urlaubsort außerhalb Österreichs.

Als Familienangehöriger gilt der Ehepartner, der Lebensgefährte, ein *Kind* oder ein Elternteil.

c) Besuchsreise

Wenn die versicherte Person im Ausland einer länger als 7 Tage andauernden stationären Behandlung unterzogen werden muss, organisieren und bezahlen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale eine Besuchsreise für maximal zwei nahestehende Personen an das Krankbett (Bahnkarte 1. Klasse, Flugticket Economy-Klasse).

d) Übernahme von Dolmetscherkosten

Fallen während eines Krankenhausaufenthalts oder Arztbesuchs während einer Auslandsreise Dolmetscherkosten an, weil die versicherte Person in keiner ihr bekannten Sprache mit den Ärzten kommunizieren und kein mitreisender Familienangehöriger diese Funktion ausüben kann, übernehmen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale gegen Vorlage der Originalrechnung die Kosten. Die Höhe der maximalen Kosten entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungsurkunde.

(3.3) Was ist nicht versichert?

Kein Versicherungsschutz besteht

a) wenn die Assistance-Zentrale zur Leistungserbringung nicht vorher die Zustimmung erteilt hat bzw. der Meldepflicht innerhalb von drei Tagen bei stationärer Behandlung nicht nachgekommen wurde (telefonische Schadensmeldung in der Assistance-Zentrale, siehe Punkt (4) „Pflichten im Schadenfall“).

b) wenn ein Ereignis oder Leiden bei Versicherungsbeginn oder bei Reiseantritt bereits eingetreten und für die versicherte Person erkennbar war.

c) kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht, wenn sich ein *Unfall* ereignet hat, für den gemäß Kapitel 2.3.1 kein Versicherungsschutz besteht.

d) kein Anspruch auf Versicherungsleistungen besteht unbeschadet der Bestimmungen gemäß Buchstaben a) und b), wenn

- die versicherte Person Ereignisse oder Leiden durch Missbrauch von Alkohol, Drogen, Arzneimitteln oder durch aktive Beteiligung an Streiks oder Unruhen herbeigeführt hat,
- ein Ereignis oder Leiden bei Versicherungsbeginn oder bei Reiseantritt bereits eingetreten und für die versicherte Person erkennbar war,
- kriegerische Ereignisse oder Unruhen aller Art und die dagegen ergriffenen Maßnahmen, Epidemien, Naturkatastrophen oder radioaktive Strahlung an der Reisedestination das Leben der versicherten Person gefährden und von offizieller österreichischer Stelle (Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten) von einer Reisedurchführung abgeraten wird.

e) Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt einer Reise sind,

f) Kuraufenthalte,

g) konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen

h) Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen

i) Impfungen, ärztliche Gutachten, Kontrolluntersuchungen und Nachbehandlungen, Reiseapotheken und prophylaktische Medikamente

j) Beistellung von Heilbehelfen (z.B. Brillen, Einlagen, Prothesen)

k) Krankheiten und Unfälle, die durch Ausübung einer beruflich bedingten manuellen Tätigkeit entstehen

l) Krankheiten und Unfälle, die bei der Nutzung von Fluggeräten wie Para- oder Hängegleitern, Leichtflugzeugen, Sport- oder Segelflugzeugen mit oder ohne Motor etc. entstehen, unabhängig davon, ob diese selbst gesteuert werden oder nicht

m) Sonderleistungen im Krankenhaus, wie Sonderklasse, Telefon, TV etc.

(4) Pflichten im Schadenfall

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses ist die Assistance-Zentrale unverzüglich zu informieren. Die Telefonnummer der Assistance-Zentrale ist auf der letzten Seite dieser Unterlage zu finden, unter „Allianz Assistance-Services“. Bei *medizinisch notwendiger* Inanspruchnahme einer stationären Behandlung genügt die Meldung an die Assistance-Zentrale bis längstens drei Tage nach Aufnahme.

Nach der telefonischen Kontaktaufnahme veranlasst die Assistance-Zentrale alle notwendigen Maßnahmen, die zur Bearbeitung des Ereignisses erforderlich sind, insbesondere die erforderlichen Kontakte zwischen den Servicepartnern (Dienstleistern) und den Ärzten der Assistance-Zentrale, dem behandelnden Arzt vor Ort und – wenn notwendig – dem Hausarzt der versicherten Person, um die geeigneten Maßnahmen einzuleiten. Die medizinische Beurteilung der Art und Schwere des Leidens erfolgt ausschließlich durch die Ärzte der Assistance-Zentrale. Diese entscheiden über die Durchführung der entsprechenden medizinischen Hilfsmaßnahmen.

(5) Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt bei Auslandsreisen auf der ganzen Welt mit einer Dauer von maximal 62 Tagen.

(6) Subsidiarität

Die Leistungen aus dem Zusatzbaustein „Meine Auslands-Assistance“ sind *subsidiär*. Bestehen für Behandlungs-, Reise- und Transportkosten mehrere Versicherungen bei öffentlichen oder privaten Versicherungsträgern, so werden diese gesamthaft nur einmal und aus dem Zusatzbaustein „Meine Auslands-Assistance“ nur insoweit vergütet, als sie von den oben genannten Versicherungsträgern nicht übernommen werden.

(7) Haftung

Die Allianz Assistance haftet nicht für die von ihr vermittelten und/oder beauftragten Hilfe-/Dienstleistungen.

(8) Verjährung

Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren drei Jahre nach dem Ende jenes Jahres, in dem der Schaden eingetreten ist, der eine Leistungspflicht der Allianz Assistance begründet.

d) Taggeld

Taggeld ist nur für Personen versichert, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses und zum Zeitpunkt des *Unfalls* eine Erwerbstätigkeit ausüben, also einem Beruf nachgehen. Geht die versicherte Person zum Zeitpunkt des *Unfalles* keiner Erwerbstätigkeit nach (Schüler, Studenten, Hausfrauen oder Hausmänner, Pensionisten), ist kein Versicherungsschutz für die Leistung Taggeld gegeben.

Taggeld wird bei dauernder oder vorübergehender unfallbedingter Invalidität für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.

Die unfallbedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit ist uns durch ärztlichen Befundbericht nachzuweisen, aus dem die Diagnose sowie die nach allgemeiner medizinischer Erfahrung zu beurteilende Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit ersichtlich sind. Wir sind berechtigt, die vorliegende Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer durch Sachverständige überprüfen zu lassen.

Ob eine Leistung aus dem Leistungsbaustein Taggeld vom Versicherungsschutz umfasst ist und die Höhe des Taggeldes kann der Versicherungsurkunde entnommen werden.

e) Unfall-Invaliditäts-Rente**(1) Voraussetzung und Geltendmachung**

Ist die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* auf Lebenszeit in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt so wird die vereinbarte monatliche *Unfall-Invaliditäts-Rente* bezahlt.

Die dauernde Invalidität muss innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* eingetreten sein. Der Anspruch auf die Leistungsart *Unfall-Invaliditäts-Rente* ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, bei der Allianz innerhalb von 18 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.

Ob eine Leistung aus dem Leistungsbaustein *Unfall-Invaliditäts-Rente* vom Versicherungsschutz umfasst ist und die Höhe der Rentenleistung kann der Versicherungsurkunde entnommen werden.

(2) Höhe der Leistung

Ist die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall* auf Dauer in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt, so wird

- bei einem festgestellten *Invaliditätsgrad* von mindestens 35 % die halbe
- ab einem festgestellten *Invaliditätsgrad* von mindestens 50 % die volle

vereinbarte monatliche *Unfall-Invaliditäts-Rente* bezahlt.

Der Grad der dauernden Invalidität wird nach der *Gliedertaxe* bemessen.

Bei Körperteilen und Sinnesorganen, die nicht Bestandteil der *Gliedertaxe* sind, bemisst sich der *Invaliditätsgrad* danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

Der endgültige Prozentsatz mindert sich durch eine bereits vor dem *Versicherungsfall* bestehende Vorinvalidität und bei schon vor dem *Versicherungsfall* vorhandenen Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungserscheinungen (siehe Kapitel 2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstabe b) und Buchstabe e)).

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

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

Die Rentenleistung wird nicht wertangepasst.

(3) Zeitpunkt Feststellung der Invaliditätsleistung

Im ersten Jahr nach dem *Unfall* wird eine Rentenleistung aus dem Leistungsbaustein *Unfall-Invaliditäts-Rente* von uns nur erbracht, wenn aus ärztlicher Sicht Art und Umfang der Unfallfolgen eindeutig feststehen. Grundsätzlich erfolgt die Begutachtung zur Feststellung des Grades der dauernden Invalidität daher frühestens ein Jahr nach dem *Unfall*. Stehen die Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht bereits früher eindeutig fest und kann mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden, dass die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall*

durch die Unfallfolgen verstirbt, kann dies auch bereits innerhalb des ersten Jahres erfolgen.

Steht der Grad der dauernden Invalidität nach einem Jahr nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person unter Vorlage von ärztlichen Befunden, die eine Verschlechterung begründen als auch wir berechtigt, den *Invaliditätsgrad* jährlich fristgerecht bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.

Ein Antrag auf Neubemessung des Grades der Dauernden Invalidität ist so rechtzeitig zu stellen, dass die ärztliche Untersuchung nach dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge noch vor Ablauf der Frist von vier Jahren ab dem Unfalltag durchgeführt werden kann.

(4) Im Falle des Ablebens

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem *Unfall*, besteht kein Anspruch auf die *Unfall-Invaliditäts-Rente*.

(5) Rentengarantie – wie lange wird die Rentenleistung garantiert?

Stirbt die Rentenempfängerin oder der Rentenempfänger innerhalb von 20 Jahren ab Beginn der Rentenleistung, werden die monatlichen Rentenzahlungen an die bekanntgegebene bezugsberechtigte Person oder an die Erben der Rentenempfängerin oder des

Rentenempfängers bis zum Ablauf des 20. Jahres ab Beginn der Rentenzahlung fortgesetzt. Nach diesem Zeitpunkt erlischt die Rentengarantie.

(6) Meldepflicht Lebensbescheinigung, Ende des Versicherungsschutzes

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. Wird die Lebensbescheinigung vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht übermittelt, sind wir nach Maßgabe von § 6 VersVG leistungsfrei. Die Bestimmung des § 6 VersVG finden Sie abgedruckt im Anhang.

Das Ableben der Rentenempfängerin oder des Rentenempfängers ist uns im Sinne des Kapitels 2.4.4 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles, Buchstabe b) (Obliegenheiten), innerhalb von drei Tagen anzuzeigen. Eine sich aus der Nichtbeachtung dieser Anzeigepflicht ergebende Rentenleistung können wir von der unberechtigten Empfängerin oder dem unberechtigten Empfänger zurückverlangen.

Der Versicherungsschutz für die *Unfall-Invaliditäts-Rente* endet, wenn als Folge eines *Versicherungsfalles* die volle vereinbarte monatliche *Unfall-*

Invaliditäts-Rente bezahlt wird. Die anteilige Prämie wird Ihnen ab dem Zeitpunkt des *Unfalles* zurückerstattet.

f) Mein Zusatzschutz

Durch „Mein Zusatzschutz“ wird das *Progressionsmodell* Max verbessert. Die Einschränkung auf die halbe Kapitalleistung für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 % wird aufgehoben und es gilt ein linearer Verlauf. Die Leistung innerhalb von 0–10 % erfolgt demnach entsprechend des Grades der dauernden Invalidität.

g) Mein Turboplus

Durch Mein Turboplus wird das *Progressionsmodell* Max verbessert. Ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % ergeben sich höhere Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität. Der Progressionsverlauf ist im Kapitel 2.6 Glossar ersichtlich (bezüglich Vorerkrankungen, Vorverletzungen siehe Bestimmungen des Kapitels 2.3.2 sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Buchstaben b) und c)).



2.3

Was ist vom Deckungsumfang generell nicht umfasst?



2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz nicht Unfälle und sonstige Leistungsfälle:

a) die die versicherte Person erleidet:

- bei der Benützung von bemannten oder unbemannten *Luftfahrzeugen* oder Luftsportgeräten, insbesondere von Segelflugzeugen, Fallschirme, Hängegleitern, Paragleitern oder Wingsuits.
- 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;

b) die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten entstehen;

c) die bei Fahrten mit Kraftfahrzeugen auf Rennstrecken (ausgenommen Fahr-sicherheitstrainings, 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;

d) 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;

e) die 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 entstehen;

f) die sich beim Klettern im Freien ab Schwierigkeitsgrad V, beim Eisklettern sowie beim Begehen von Klettersteigen im Freien ab Stufe D/K4 ereignen;

g) 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;

h) die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist, durch die versicherte Person eintreten;

i) die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:

- Kriessereignissen jeder Art, mit oder ohne Kriegserklärung,
- bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten,
- Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen, der aktiven Beteiligung an Inneren Unruhen, Bürgerkriegen, Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand

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;

j) die in ursächlichem Zusammenhang stehen mit:

- 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;

k) die die versicherte Person infolge einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer psychischen Leistungsfähigkeit durch Suchtgifte oder Medikamente erleidet.

Unfälle, die sich durch wesentliche Beeinträchtigungen der psychischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol ereignen, gelten als mitversichert.

Unfälle beim Lenken eines Kraftfahrzeuges gelten bis zu einer Blutalkoholkonzentration von 1,3 Promille, zum Zeitpunkt des Unfalls, als mitversichert. Dies gilt jedoch nicht für die im Führerscheingesetz normierten besonderen Alkoholgrenzen für Fahranfänger, für LKW-Fahrer und Busfahrer.

l) 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;

m) nicht versichert sind, 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;

n) die die versicherte Person beim Tauchen in mehr als 40 Metern 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;

o) die die versicherte Person bei der Ausübung der Sportart Fußball in der 3. und 4. Spielklasse leidet.

2.3.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

b) vom Unfall betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der *Invaliditätsgrad* um die Vorinvalidität gemindert.

Der Grad der Vorinvalidität wird nach der *Gliedertaxe* bemessen. Bei Körperteilen und Sinnesorganen, die nicht Bestandteil der *Gliedertaxe* sind, bemisst sich der Grad der Vorinvalidität danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Bei Teilverlust oder Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes. Ist die Funktion mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach der *Gliedertaxe* ermittelten Vorinvaliditätsgrade zusammengerechnet

c) Haben Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingte Abnützungsercheinungen, die schon vor dem Unfall bestanden haben, die Unfallfolgen beeinflusst, ist

- im Falle einer Kapitalleistung aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität der *Invaliditätsgrad*,
- bei Taggeld und *Spitalgeld* sowie beim Zuschuss zur *Rehabilitation* aus dem Leistungsbaustein Unfallkosten die Anzahl der anspruchsberechtigten Tage,
- bei allen sonstigen Versicherungsleistungen (ausgenommen bei Leistungen für die *Unfall-Renten* gemäß Kapitel 2.2.2.5 und 2.2.3.5 Pkt. e) oder für Suche und Bergung sowie Verletztentransport gemäß Kapitel 2.2.1.2, 2.2.2.2 und 2.2.3.2)

die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Abnützungserscheinung zu kürzen, wenn dieser Anteil mindestens 30 % beträgt.

d) Für den Leistungsbaustein *Sofortleistung* gilt, dass keine *Sofortleistung* erbracht wird, wenn

- (i) Krankheiten, Gebrechen oder nicht altersbedingte Abnützungserscheinungen an dem betroffenen Körperteil schon vor dem Unfall bestanden haben oder
- (ii) Ermüdungsbrüche, pathologische Brüche, sowie alters- und krankheitsbedingte Brüche sowie degenerative Veränderungen der Knochen vorliegen.

e) Für den Leistungsbaustein *Unfall-Invaliditäts-Rente* (Paket Extra 2.2.2.5 und Paket Max, 2.2.3.5 Optionale Zusatzbausteine, Buchstabe e) gelten folgende Bestimmungen:

Der endgültige Prozentsatz des *Invaliditätsgrades* mindert sich bei schon vor dem *Versicherungsfall* vorhandenen Krankheiten, Gebrechen oder Abnützungserscheinungen entsprechend dem Anteil der Krankheit, des Gebrechens oder der Abnützungserscheinung. 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.

f) 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.

g) Für Bandscheibenleiden, insbesondere Bandscheibenvorfall oder Bandscheibenprotusion, 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 Abnützungserscheinungen handelt.

h) 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.

i) Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mängeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und die Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge eines Herzinfarkts oder eines Schlaganfalls gelten als mitversichert.

j) Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund einer Mängeldurchblutung des Gehirns (z.B. Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mängeldurchblutung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt haben.

k) Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Anlegen eines Sicherheitsgurtes behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallzeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich sämtliche in Ihrer Versicherungs-urkunde vereinbarten Versicherungsleistungen im kausalen Ausmaß, sofern die Verletzung dieser Verpflichtung einen Einfluss auf den Eintritt des *Versicherungsfalles* oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung hatte.

l) Ist bei Benützung eines Kraftfahrzeuges das Tragen eines Sturzhelms behördlich vorgeschrieben und wurde dieser Verpflichtung zum Unfallzeitpunkt nicht nachgekommen, reduzieren sich bei Kopf- und Halswirbelverletzungen sämtliche in Ihrer Versicherungs-urkunde vereinbarten Versicherungsleistungen im kausalen Ausmaß, sofern die Verletzung dieser Verpflichtung einen Einfluss auf den Eintritt des *Versicherungsfalles* oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung hatte.

2.4 Obliegenheiten und Pflichten des Versicherungsnehmers



2.4.1 Rund um die Prämienzahlung

(1) Prämien, Gebühren und Abgaben

a) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Es besteht die Möglichkeit, eine unterjährige Zahlungsweise zu vereinbaren. Die vereinbarte Zahlungsweise finde Sie in der Versicherungsurkunde. Die erste Prämie ist binnen 14 Tagen nach Zustellung der Versicherungsurkunde fällig. Die Vereinbarung einer unterjährigen Zahlungsweise (monatlich, viertel- oder halbjährlich) ist eine Stundung, bei deren Nichteinhaltung wir zur Einforderung der Jahresprämie berechtigt sind.

b) Bestimmte Leistungen sind von der Versicherungsprämie nicht umfasst. Für diese durch den Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwendungen verrechnen wir die im Gebührenblatt ersichtlichen Gebühren.

(2) Prämienbegünstigung

a) Kinderprämie

Für versicherte *Kinder* wird bis zum 1. Juli des Jahres, in dem sie das 18. Lebensjahr vollenden, eine begünstigte Kinderprämie angewendet. Mit dem 1. Juli des Jahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, wird die Prämie auf denjenigen Betrag angehoben, den das abgeschlossene Paket für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter die Versicherung

abschließen (Erwachsenenprämie). Diese Umstellung führt dazu, dass die Prämien zum genannten Zeitpunkt erheblich ansteigen. Wir werden den Versicherungsnehmer mindestens zwei Monate vor Wirksamwerden der Erhöhung über die neue Prämie verständigen. Der Versicherungsnehmer hat dann die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag hinsichtlich des versicherten *Kindes* zum 1. Juli des Jahres, in dem das 18. Lebensjahr vollendet wird, innerhalb einer Frist von 4 Wochen ab Empfang der Verständigung über die Prämienerrhöhung in *Schriftform* zu kündigen.

b) Seniorenprämie

Für versicherte Erwachsene wird bis zum 1. Juli des Jahres, in dem sie das 65. Lebensjahr vollenden, eine günstige Erwachsenenprämie angewendet. Mit dem 1. Juli des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, wird die Prämie auf denjenigen Betrag angehoben, den das abgeschlossene Paket für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter die Versicherung abschließen (Seniorenprämie). Diese Umstellung kann zu einer Änderung der Prämie führen. Wir werden den Versicherungsnehmer mindestens zwei Monate vor Wirksamwerden der Erhöhung über die neue Prämie verständigen. Der Versicherungsnehmer hat dann die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der versicherten Person zum 1. Juli des Jahres, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird, innerhalb einer Frist von 4 Wochen

ab Empfang der Verständigung über die Prämienhöhung in *Schriftform* zu kündigen.

(3) Zahlungsverzug und dessen Folgen

a) Die erste oder die einmalige Prämie samt Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Police oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen. Die Folgeprämien sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu bezahlen.

b) Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig geleistet, sind wir nach Maßgabe des § 38 VersVG (abgedruckt im Anhang) zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt und tritt unter den dort genannten Voraussetzungen unsere Leistungsfreiheit ein.

c) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so können wir den Versicherungsnehmer unter Angabe der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von uns bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen. Nach Maßgabe des § 39 VersVG führt die weitere Säumnis zur Leistungsfreiheit des Versicherers und gibt diesem ein Kündigungsrecht.

d) Tritt der *Versicherungsfall* nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämie ganz oder teilweise im Verzug, so ist die Allianz nach Maßgabe des § 39 VersVG von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Bestimmung des § 39 VersVG ist im Anhang abgedruckt.

e) Eine vorgesehene Leistungsfreiheit tritt ein, wenn der Versicherungsnehmer mit mehr als 10 % der Jahresprämie, mindestens aber EUR 60,– im Verzug ist.

f) Unsere Leistungspflicht lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.

g) Wir sind berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Die Allianz kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag nach Maßgabe des § 39 Abs. 3 VersVG so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist.

h) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach 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.

c) Ergibt sich nach dem zum Zeitpunkt der Anzeige gültigen Tarif des Versicherers gemäß Pkt. 1 eine niedrigere Prämie, so ist vom Zugang der Anzeige an nur diese Prämie zu bezahlen.

d) 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, *gefährliche Freizeitaktivität* (auch Hochleistungssport oder entgeltliche Sportausübung) oder Änderung des Hauptwohnsitzes der volle Versicherungsschutz.

Der Versicherungsnehmer kann innerhalb eines Monats, ab Zugang der Information über die Prämienhöhung, unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist den Vertrag kündigen.

e) Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder *gefährliche Freizeitaktivität* (auch Hochleistungssport) zurückzuführender Versicherungsfall ein, ohne dass uns die Änderung angezeigt wurde, sind wir nach Maßgabe von § 6 VersVG in dem Verhältnis leistungsfrei, in dem die vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt.

2.4.2 Änderung der Versicherung

(1) Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, der Beschäftigung, gefährlicher Freizeitaktivitäten und des Hauptwohnsitzes der versicherten Person

a) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung den Beruf, die Beschäftigung, *gefährliche Freizeitaktivitäten* und den Hauptwohnsitz korrekt anzugeben sowie bei der Erwachsenenarbitumstellung uns den ausgeübten Beruf mitzuteilen.

b) Änderungen der in Pkt. 1 genannten Punkte beim Versicherungsnehmer oder der versicherten Person sind uns innerhalb von vier Wochen in *Schriftform* verpflichtend mitzuteilen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

f) Sieht unser Tarif für das geänderte Risiko – wie beispielsweise die entgeltliche Sportausübung – keine Prämie vor, finden die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG (Kündigungsmöglichkeit bzw. Leistungsfreiheit aufgrund Gefahrerhöhung) Anwendung.

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

2.4.3 Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten werden vereinbart:

a) Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges (unabhängig vom Alter) die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung, die nach österreichischem Recht 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.

b) 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.

c) Die Anzeigepflicht gemäß Kapitel 2.4.2 (Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung sowie *gefährlicher Freizeitaktivitäten* sowie des Hauptwohnsitzes der versicherten Person).

d) Die versicherte Person hat sich als Fahranfänger bzw. Lenker von LKW oder als Buslenker an die gesetzlichen Grenzen in Bezug auf Blutalkoholkonzentration zu halten (unter Verweis auf 2.3.1 Generelle Ausschlüsse für alle Deckungen, Buchstabe k).

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer, die Versicherungsnehmerin oder die versicherte Person eine dieser Obliegenheiten verletzt, wird Leistungsfreiheit nach Maßgabe von § 6 VersVG vereinbart. Die Voraussetzungen und Begrenzungen der Leistungsfreiheit sind gesetzlich geregelt (siehe § 6 VersVG im Anhang).

2.4.4 Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten werden vereinbart:

a) 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.

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

c) 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.

d) Die Unfallanzeige ist uns unverzüglich zuzusenden; außerdem sind uns alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über weitere bestehende Unfallversicherungsverträge oder gleichartige Verträge.

e) Der Versicherungsnehmer und die Versicherungsnehmerin bzw. die versicherte Person hat an der Feststellung des Sachverhaltes mitzuwirken.

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

g) Ist *Spitalgeld* versichert, so ist uns nach der Entlassung der versicherten Person aus dem *Spital* eine Aufenthaltsbestätigung, ein Arztbrief oder Entlassungsbrief zuzusenden.

h) Ist Taggeld 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.

i) Im Falle der Mitversicherung der *Unfall-Invaliditäts-Rente* ist uns die im Kapitel 2.2.2.5 Pkt e) und 2.2.3.5 Pkt. e) genannte Lebensbescheinigung nach unserer Aufforderung vorzulegen.

j) Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind uns auf Aufforderung die Originalbelege vorzulegen.

k) Im Falle einer *Sofortleistung* (siehe Paket Extra Kapitel 2.2.2.1 Kapitalleistungen, Buchstabe b) und Paket Max Kapitel 2.2.3.1 Kapitalleistungen, Buchstabe b)) ist uns ein ärztlicher

Befundbericht zu übermitteln, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung hervorgeht.

l) Im Falle der Mitversicherung von Auslands-Assistance und Meine Unfall-Assistance sind uns

- Originalrechnungen und Belege
- Buchungsbestätigung
- Arztzeugnis mit Diagnose
- offizielle Atteste
- Flug-/Fahrscheine im Original
- Polizeiberichte

bei Bedarf vorzulegen.

Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer eine dieser Obliegenheiten verletzt, wird Leistungsfreiheit nach Maßgabe des § 6 VersVG bzw. bzw. § 62 VersVG vereinbart, die Ausnahmen von der Leistungsfreiheit aufgrund von Obliegenheitsverletzungen regeln. Die gesetzlichen Bestimmungen sind im Anhang abgedruckt



2.5 Sonstige Vertrags- bestimmungen



2.5.1 Versicherungsperiode, Kündigung und Vertragsverlängerung

(1) Versicherungsperiode

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

(2) Generelle Kündigungsgründe

(1) Sie haben das Recht, den Versicherungsvertrag, unabhängig von der in der Versicherungsurkunde festgesetzten Dauer, zum Ende des dritten Jahres nach Vertragsbeginn oder danach jeweils zum Ende der laufenden Versicherungsperiode zu kündigen. Für eine Kündigung durch Sie gilt eine Kündigungsfrist von einem Monat vereinbart. Das Recht zur Kündigung aus sonstigen rechtlichen Gründen bleibt davon unberührt.

(2) Sie können den Versicherungsvertrag nach dem Eintritt eines Versicherungsfalles innerhalb eines Monats nach Abschluss der Verhandlungen über die Entschädigung – unabhängig vom Ergebnis dieser Verhandlungen – vornehmen. Sie können mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode kündigen.

(3) Haben wir Kenntnis über die Eröffnung eines Insolvenzverfahrens über Ihr Vermögen erlangt, können wir innerhalb eines Monats ab Kenntnis mit einer Frist von einem Monat kündigen.

(4) Wir können zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor überdurchschnittlicher oder ungerechtfertigter Inanspruchnahme der Versicherung kündigen, wenn

- wir eine Versicherungsleistung erbracht haben oder
- Sie einen Anspruch arglistig erhoben haben.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats nach Erbringung einer Versicherungsleistung vorzunehmen, oder unverzüglich nach Kenntnis der Arglistigkeit.

Eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme liegt vor, wenn wir als Versicherer innerhalb der laufenden Versicherungsperiode und drei vorangegangenen Versicherungsperioden in zumindest drei *Versicherungsfällen* Versicherungsleistungen erbracht haben und die Summe der Entschädigungen die gesamten für den Versicherungsvertrag für diesen Zeitraum bezahlten Prämien um mindestens 50% übersteigen.

(5) Der Versicherungsvertrag erlischt mit dem Tod der versicherten Person.

(6) Bei Kündigung und Erlöschen des Versicherungsvertrags steht dem Versicherer die anteilige Prämie bis zur Vertragsauflösung zu.

(3) Automatische Vertragsverlängerung

(1) Der Vertrag gilt zunächst für die in der Versicherungsurkunde festgesetzte Dauer. Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf gekündigt wird. Für die Erklärung dieser Kündigung steht die gesamte Vertragslaufzeit, unter Beachtung dieser Frist von einem Monat, zur Verfügung.

(2) Für Versicherungsverträge, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehört (Verbraucherverträge) ist vereinbart, dass wir Sie auf die Rechtslage der Vertragsverlängerung bei unterlassener Kündigung frühestens sechs Monate, spätestens aber vier Monate vor Ablauf der vereinbarten Laufzeit, besonders hinweisen werden.

(3) Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.

2.5.2 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

(1) Die Unfallvorsorge kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 74 bis 80 VersVG, Versicherung für fremde Rechnung, sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.

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

(2) Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für die versicherte Person und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

2.5.3 Erfüllungsort und Gerichtsstand

(1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz der Allianz.

(2) Klagen gegen die Allianz können bei dem Gericht am Sitz der Allianz oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

(3) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt. (§ 14 KSchG).

2.5.4 Wertanpassung

(1) Unfallvorsorge mit automatischer Wertanpassung nach dem Verbraucherpreisindex

Für Versicherungsverträge, bei denen eine automatische Wertanpassung nach dem Verbraucherpreisindex vereinbart wurde, gilt, dass sich die Versicherungssummen für Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein Dauernde Invalidität (gemäß Kapitel 2.2.1, 2.2.2 und 2.2.3. Pkt.1), und die der *Unfall*-Invaliditäts-Rente (gemäß Kapitel 2.2.2.5 e) und 2.2.3.5 e)), jährlich bei Hauptfälligkeit um den Prozentsatz der Steigerung des Index der Verbraucherpreise (verlautbart vom Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung) erhöhen. Dabei wird die Versicherungssumme für Dauernde Invalidität auf volle hundert Euro, die der *Unfall*-Invaliditäts-Rente auf volle zehn Cent, aufgerundet.

Die Prämie ändert sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen. Der Berechnung des Änderungsprozentsatzes liegt der vor der Prämienhauptfälligkeit zuletzt veröffentlichte Indexwert zugrunde.

Der Ausgangsindex ist in der Polizzae angeführt. Die Änderung der Versicherungssummen und der Prämie wird dem Versicherungsnehmer bestätigt.

Diese Vereinbarung kann, unbeschadet des Fortbestandes der sonstigen Vertragsbestimmungen, für sich allein jeweils zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt werden.

(2) Unfallvorsorge mit automatischer Werterhöhung nach dem Verbraucherpreisindex, mindestens aber um 4 %

Für Versicherungsverträge bei denen eine automatische Werterhöhung nach dem Verbraucherpreisindex, mindestens aber um 4 % jährlich vereinbart wurde, gilt, dass sich die Versicherungssummen für Kapitalleistungen aus dem Leistungsbaustein für Dauernde Invalidität (gemäß Kapitel 2.2.1, 2.2.2 und 2.2.3. Pkt.1), und die der *Unfall*-Invaliditäts-Rente (gemäß Kapitel 2.2.2.5 e) und 2.2.3.5 e)), jährlich bei *Hauptfälligkeit* um den Prozentsatz der Steigerung des Index der Verbraucherpreise (verlautbart vom Österreichischen Institut für Wirtschaftsforschung) erhöhen, aber mindestens um 4 %. Dabei wird die Versicherungssumme für Dauernde Invalidität auf volle hundert Euro, die der *Unfall*-Invaliditäts-Rente auf volle zehn Cent aufgerundet.

Die Prämie ändert sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssummen.

Der Berechnung des Änderungsprozentsatzes liegt der vor der Prämienhauptfälligkeit zuletzt veröffentlichte Indexwert zugrunde.

Der Ausgangsindex ist in der Polizze angeführt. Die Änderung der Versicherungssummen und der Prämie wird dem Versicherungsnehmer bestätigt.

Diese Vereinbarung kann, unbeschadet des Fortbestandes der sonstigen Vertragsbestimmungen, für sich allein jeweils zum Ablauf eines jeden Versicherungsjahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt werden.

2.5.5 Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Wir sind berechtigt, Ihnen geringfügige und sachlich gerechtfertigte Änderungen der Versicherungsbedingungen vorzuschlagen. Wir werden Ihnen die vorgeschlagene Änderung mitteilen.

(2) Eine Änderung gilt als genehmigt, wenn Sie ihr nicht binnen zweier Monate ab Zugang unserer Mitteilung über die Änderung widersprechen.

(3) Zugleich mit der Mitteilung der vorgeschlagenen Änderungen werden wir Sie auf Ihr Widerspruchsrecht, die zweimonatige Widerspruchsfrist und die Rechtsfolge „Zustimmung zur Änderung der Versicherungsbedingungen“ bei unterlassenem Widerspruch hinweisen.

(4) Die Änderung der Bedingungen wird mit dem in unserer Mitteilung genannten Zeitpunkt wirksam, frühestens jedoch mit Ablauf der Widerspruchsfrist.

2.5.6 Fälligkeit unserer Leistung und Verjährung

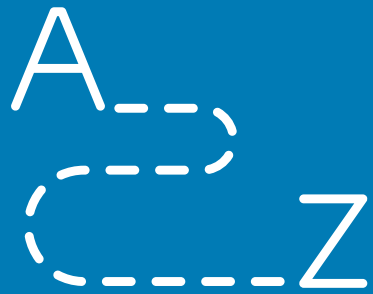
a) Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des *Versicherungsfalles* und des Umfangs der Leistung nötig sind.

b) Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.

c) Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des *Versicherungsfalles* nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagzahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.

d) Für die Verjährung gilt § 12 VersVG. Die gesetzliche Bestimmung ist im Anhang abgedruckt.

2.6 Glossar



Direktverrechnung

(Der Auftrag zur) *Direktverrechnung* bedeutet, dass die Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse direkt zwischen dem Vertragskrankenhaus und uns abgerechnet werden, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen.

Ganzheitsmedizin (Alternativmedizin, Komplementärmedizin)

Sammelbezeichnung für unterschiedliche Therapieformen (siehe Liste „Physikalische und ganzheitsmedizinische Behandlungsmethoden“ im Abschnitt 5 „Anhänge“, Anhang 1), die in Ergänzung oder als Alternative zu schulmedizinischen Behandlungen eingesetzt werden und den Schwerpunkt auf die Behandlung des gesamten Organismus vor der Behandlung einzelner gestörter Organfunktionen legen.

Sofortleistung

Bei der *Sofortleistung* können wir bereits bei erstmaliger Anspruchsstellung nach einem Unfall eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität – *Sofortleistung* erbringen, ohne dass eine Wartezeit anfällt. Dies gilt für alle Verletzungen, die infolge eines Unfalles erstmalig auftreten wie in unserem *Verletzungskatalog* angeführt, den Sie im Anhang 2 finden.

Wir benötigen nur entsprechende medizinische Unterlagen (z.B. ärztlicher Befundbericht, Arztbrief, Entlassungsbericht vom *Spital* und Röntgen- oder MRT-Befund) aus denen die Verletzung hervorgeht.

Gefährliche Freizeitaktivität

Unter einer gefährlichen Freizeitaktivität verstehen wir Tätigkeiten, bei denen die versicherte Person einem deutlich höheren Unfallrisiko oder höheren Verletzungsgefahren ausgesetzt ist. Dies ist beispielsweise bei Fallschirmspringen, Drachenfliegen und anderem Flugsport, Höhlentauchen etc. der Fall. Solche Freizeitaktivitäten sind für uns als Versicherer für die Übernahme der Gefahr erheblich und sind uns daher gemäß § 16 VersVG (abgedruckt im Anhang) anzuzeigen.

geschriebene Form

Der *geschriebenen Form* wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Brief, Fax oder E-Mail).

Gliedertaxe

Die *Gliedertaxe* ist eine Tabelle und dient zur Beurteilung des *Invaliditätsgrades* der versicherten Person. Bei vollständigem Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit einzelner Körperteile und Sinnesorgane gelten folgende Prozentsätze.

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%

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

Gliedertaxe Berufspaket 1:

In Abänderung der *Gliedertaxe* gelten bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden *Invaliditätsgrade*:

eines Armes oder einer Hand	100%
der Sehkraft eines Auges	100%
eines Fingers	50%

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

Gliedertaxe Berufspaket 2:

In Abänderung der *Gliedertaxe* gelten bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschließlich die folgenden *Invaliditätsgrade*:

eines Armes	100%
einer Hand	100%
eines Daumens	70%
eines Zeigefingers	70%
eines Mittelfingers	60%
eines Ringfingers	30%
eines kleinen Fingers	10%

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

Gliedertaxe Berufspaket 3:

In Abänderung der *Gliedertaxe* gelten bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane ausschliesslich die folgenden *Invaliditätsgrade*:

eines Armes	100 %
einer Hand.....	100 %
eines Daumens	100 %
eines Zeigefingers	100 %
eines Mittelfingers	60 %
eines Ringfingers	50 %
eines kleinen Fingers	20 %

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

Hauptfälligkeit

Die *Hauptfälligkeit* eines Vertrages ist der jährlich wiederkehrende Termin, zu dem das Versicherungsjahr abläuft.

Heilbehandlung

Heilbehandlung ist die medizinische Behandlung einer Unfallverletzung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen (Heilung), den Zustand zu bessern (Besserung) oder eine Verschlechterung zu verhindern (Linderung). Zur *Heilbehandlung* zählen auch diagnostische Massnahmen, wenn sie erforderlich sind, um eine endgültige Diagnose zu stellen.

Invaliditätsgrad

Der *Invaliditätsgrad* wird mit Hilfe der *Gliedertaxe* berechnet.

Kind

Als *Kinder* werden Personen bezeichnet, die das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet haben und auf die unsere Kinderprämie (2.4.1 Rund um die Prämienzahlung, (2) Prämienbegünstigung, (a) Kinderprämie) zur Anwendung kommt, sofern sich aus einer konkreten Bestimmung nichts anderes ergibt (wie beispielsweise bei der Ausdehnung des Unfallbegriffes auf die Folgen des Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei *Kindern* bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres).

Luftfahrtgeräte

Der Begriff *Luftfahrtgerät* ist im Sinne des Luftfahrtgesetzes (BGBl. Nr. 253/1957 in der jeweils gültigen Fassung) auszulegen.

Luftfahrzeuge

Der Begriff *Luftfahrzeug* ist im Sinne des Luftfahrtgesetzes (BGBl. Nr. 253/1957 in der jeweils gültigen Fassung) auszulegen

Medi24 AG

Die „*Medi24 AG*“ ist unsere Vertragspartnerin, die die Leistungen „Mein Digital-Doc“ erbringt. Es handelt sich bei der „*Medi24 AG*“ um eine in der Schweiz zur Handelsregisternummer CHE 101.216.589 registrierte Gesellschaft mit der Geschäftsanschrift 3006 Bern, Bolligenstrasse 54.

Medizinische Heilbehelfe

Als *medizinische Heilbehelfe* gelten Produkte, die als Medizinprodukt zugelassen sind und somit sämtlichen Vorschriften des Medizinproduktegesetzes entsprechen. *Medizinische Heilbehelfe* dienen der Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerungen eines Krankheitszustandes bzw. der Unterstützung des Heilungserfolges eines Krankheitszustandes. Zu den wichtigsten medizinischen Heilbehelfen gehören z.B. orthopädische Schuheinlagen, orthopädische Ausstattung von Schuhen, orthopädische Korsette, Kompressionsstrümpfe, Bruchbänder, elastische Binden, Bandagen und Bauchmieder.

Medizinische Notwendigkeit

Medizinisch notwendig ist eine konkret durchgeführte Massnahme oder Leistung dann, wenn sie erforderlich war, um Unfallfolgen zu erkennen oder zu behandeln. Es genügt nicht, wenn die Massnahme lediglich sinnvoll oder nützlich ist oder wenn sie für den Patienten nur bequemer oder praktikabler als andere gleichermaßen geeignete Behandlungsformen ist.

Nummer der Versicherungsurkunde/ Polizzenummer

Die *Nummer der Versicherungsurkunde* finden Sie auf der ersten Seite der Versicherungsurkunde. Sie hat das folgende Format: A67XXXXXXX.

Progression

Die *Progression* ist ein prozentualer Wert, um die sich die zahlende Summe ab einem bestimmten *Invaliditätsgrad*, schrittweise, erhöht. Die Leistung steigt je nach Grad der Verletzung, dynamisch an. Besonderheiten der einzelnen Pakete:

a) Progressionsmodell

Paket Comfort:

Beim *Progressionsmodell* im Paket Comfort erfolgt erst eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.1 a), wenn der *Invaliditätsgrad* infolge eines Unfalles 20 % erreicht, darunter wird keine Leistung erbracht. Die maximale Leistung ist mit 100 % der Versicherungssumme begrenzt.

b) Progressionsmodell Paket Extra:

Beim *Progressionsmodell* im Paket Extra erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2 a) für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 %, von 1 % der Versicherungssumme.

Übersteigt der festgestellte *Invaliditätsgrad* 25 %, wird die Leistung schrittweise gemäß unten angeführter Tabelle erhöht. Bei 100 % *Invaliditätsgrad* werden 300 % der Versicherungssumme bezahlt.

c) Progressionsmodell Paket Max:

Beim *Progressionsmodell* im Paket Max wird für die Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.3 a) ab einem *Invaliditätsgrad* bis unter 10 %, die halbe Leistung

erbracht. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % werden 2,5 % der Versicherungssumme erbracht.

Übersteigt der festgestellte *Invaliditätsgrad* 25 %, wird die Leistung schrittweise gemäß unten angeführter Tabelle erhöht. Bei 100 % *Invaliditätsgrad* werden 500 % der Versicherungssumme bezahlt.

d) Progressionsmodell Leistungsplus Paket Extra:

Beim *Progressionsmodell Leistungsplus Paket Extra* erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernder Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2 a) für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 %, 1 % der Versicherungssumme. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % wird 1 % der Versicherungssumme bezahlt.

Übersteigt der festgestellte *Invaliditätsgrad* 25 %, wird die Leistung schrittweise gemäß unten angeführter Tabelle erhöht. Durch den Abschluss von Mein Leistungsplus wird der Progressionsverlauf zwischen einem *Invaliditätsgrad* von 50 % und 100 % um 50 % Prozentpunkte erhöht. D.h. bei 50 % *Invaliditätsgrad* wird der Wert von 100 % der Versicherungssumme auf 150 % erhöht.

Bei 100 % *Invaliditätsgrad* erhalten Sie 350 % der Versicherungssumme.

e) Progressionsmodell Leistungsplus Paket Max:

Beim *Progressionsmodell Leistungsplus Paket Max* erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernder Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2 a) für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 %, die halbe Leistung erbracht. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % werden 2,5 % der Versicherungssumme bezahlt.

Übersteigt der festgestellte *Invaliditätsgrad* 25 %, wird die Leistung schrittweise gemäß unten angeführter Tabelle erhöht. Durch den Abschluss von Mein Leistungsplus wird der Progressionsverlauf zwischen einem *Invaliditätsgrad* von 50 % und 100 % um 50 % Prozentpunkte erhöht. D.h. bei 50 % *Invaliditätsgrad* wird der Wert von 100 % der Versicherungssumme auf 150 % erhöht.

Bei 100 % *Invaliditätsgrad* erhalten Sie 550 % der Versicherungssumme.

f) Progressionsmodell Zusatzschutz Paket Extra:

Beim *Progressionsmodell Zusatzschutz im Paket Extra* erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2 a) entsprechend des *Invaliditätsgrades*. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % werden 5 % der Versicherungssumme erbracht. Übersteigt der festgestellte *Invaliditätsgrad* 25 %, wird die Leistung schrittweise gemäß unten angeführter Tabelle erhöht. Bei 100 %

Invaliditätsgrad werden 300 % der Versicherungssumme bezahlt.

g) Progressionsmodell Zusatzschutz Paket Max:

Beim *Progressionsmodell Zusatzschutz im Paket Max* erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.3 a) entsprechend des *Invaliditätsgrades*. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % werden 5 % der Versicherungssumme erbracht. Übersteigt der festgestellte *Invaliditätsgrad* 25 %, wird die Leistung schrittweise gemäß unten angeführter Tabelle erhöht. Bei 100 % *Invaliditätsgrad* werden 500 % der Versicherungssumme bezahlt.

h) Progressionsmodell Leistungsplus + Zusatzschutz Paket Extra:

Beim *Progressionsmodell Leistungsplus + Zusatzschutz Paket Extra* erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernder Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2 a) entsprechend des *Invaliditätsgrades*.

D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % wird 5 % der Versicherungssumme bezahlt. Übersteigt der festgestellte *Invaliditätsgrad* 25 %, wird die Leistung schrittweise gemäß unten angeführter Tabelle erhöht. Durch den Abschluss von Mein Leistungsplus wird der Progressionsverlauf zwischen einem *Invaliditätsgrad* von 50 % und 100 % um 50 % Prozentpunkte erhöht. D.h. bei 50 % *Invaliditätsgrad* wird der Wert von 100 % der Versicherungssumme auf

150 % erhöht. Bei 100 % *Invaliditätsgrad* erhalten Sie 350 % der Versicherungssumme.

i) Progressionsmodell Leistungsplus + Zusatzschutz Paket Max:

Beim *Progressionsmodell Leistungsplus + Zusatzschutz Paket Max* erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernder Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2 a) entsprechend des *Invaliditätsgrades*.

D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % werden 5 % der Versicherungssumme bezahlt. Übersteigt der festgestellte *Invaliditätsgrad* 25 %, wird die Leistung schrittweise gemäß unten angeführter Tabelle erhöht. Durch den Abschluss von Mein Leistungsplus wird der Progressionsverlauf zwischen einem *Invaliditätsgrad* von 50 % und 100 % um 50 % Prozentpunkte erhöht.

D.h. bei 50 % *Invaliditätsgrad* wird der Wert von 100 % der Versicherungssumme auf 150 % erhöht. Bei 100 % *Invaliditätsgrad* erhalten Sie 550 % der Versicherungssumme.

j) Progressionsmodell Turboplus Paket Comfort:

Beim *Progressionsmodell Turboplus Paket Comfort* erfolgt erst eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.1.1 a), wenn der *Invaliditätsgrad* infolge eines Unfalles 20 % erreicht, darunter wird keine Leistung erbracht. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab

einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 200 % der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

k) Progressionsmodell Turboplus Paket Extra:

Beim *Progressionsmodell* Turboplus Paket Extra erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2.1 a) für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 %, von 1 % der Versicherungssumme. D.h. z.B. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % wird 1 % der Versicherungssumme bezahlt. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Danach erfolgt eine progressive Erhöhung je nach *Invaliditätsgrad*. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 600 % der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

l) Progressionsmodell Turboplus Paket Max:

Beim *Progressionsmodell* Turboplus Paket Max erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.3.1 a) für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 %, von der halben Versicherungssumme. D.h. z.B. bei einem

Invaliditätsgrad von 5 % wird 2,5 % der Versicherungssumme bezahlt. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Danach erfolgt eine progressive Erhöhung je nach *Invaliditätsgrad*. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 1000 % der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

m) Progressionsmodell Turboplus + Leistungsplus Paket Extra:

Beim *Progressionsmodell* Turboplus + Leistungsplus Paket Extra erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2.1 a) für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 %, von 1 % der Versicherungssumme. D.h. z.B. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % wird 1 % der Versicherungssumme bezahlt. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Danach erfolgt eine progressive Erhöhung je nach *Invaliditätsgrad*. Durch den Abschluss von Mein Leistungsplus wird der Progressionsverlauf zwischen einem *Invaliditätsgrad* von 50 % und 100 % um 50 % Prozentpunkte erhöht. D.h. bei 50 % *Invaliditätsgrad* wird die Leistung von 200 % der Versicherungssumme auf 250 % erhöht. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 650 %

der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

n) Progressionsmodell Turboplus + Leistungsplus Paket Max:

Beim *Progressionsmodell* Turboplus + Leistungsplus Paket Max erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.3.1 a) für einen *Invaliditätsgrad* bis unter 10 % von der halben Versicherungssumme. D.h. z.B. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % werden 2,5 % der Versicherungssumme bezahlt. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Danach erfolgt eine progressive Erhöhung je nach *Invaliditätsgrad*. Durch den Abschluss von Mein Leistungsplus wird der Progressionsverlauf zwischen einem *Invaliditätsgrad* von 50 % und 100 % um 50 % Prozentpunkte erhöht. D.h. bei 50 % *Invaliditätsgrad* wird die Leistung von 200 % der Versicherungssumme auf 250 % erhöht. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 1050 % der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

o) Progressionsmodell Turboplus + Zusatzschutz Paket Extra:

Beim *Progressionsmodell* Turboplus + Zusatzschutz Paket Extra erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel

2.2.2.1 a) entsprechend der Höhe des *Invaliditätsgrades*. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % wird 5 % der Versicherungssumme bezahlt. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Danach erfolgt eine progressive Erhöhung je nach *Invaliditätsgrad*. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 600 % der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

p) Progressionsmodell Turboplus + Zusatzschutz Paket Max:

Beim *Progressionsmodell* Turboplus + Zusatzschutz Paket Max erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.3.1 a) entsprechend der Höhe des *Invaliditätsgrades*. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % wird 5 % der Versicherungssumme bezahlt. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Danach erfolgt eine progressive Erhöhung je nach *Invaliditätsgrad*. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 1000 % der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

q) Progressionsmodell Turboplus + Leistungsplus + Zusatzschutz Paket Extra:

Beim *Progressionsmodell Turboplus + Leistungsplus + Zusatzschutz Paket Extra* erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.2.1 a) entsprechend der Höhe des *Invaliditätsgrades*. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % wird 5 % der Versicherungssumme bezahlt. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Danach erfolgt eine progressive Erhöhung je nach *Invaliditätsgrad*. Durch den Abschluss von Mein Leistungsplus wird der Progressionsverlauf zwischen einem *Invaliditätsgrad* von 50 % und 100 % um 50 % Prozentpunkte erhöht. D.h. bei 50 % *Invaliditätsgrad* wird die Leistung von 200 % der Versicherungssumme auf 250 % erhöht. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 650 % der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

r) Progressionsmodell Turboplus + Leistungsplus + Zusatzschutz Paket Max:

Beim *Progressionsmodell Turboplus + Leistungsplus + Zusatzschutz Paket Max* erfolgt eine Leistung aus der Kapitalleistung Dauernde Invalidität (siehe Kapitel 2.2.3.1 a) entsprechend der Höhe des *Invaliditätsgrades*. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 5 % wird 5 % der Versicherungs-

summe bezahlt. Durch den Abschluss von Mein Turboplus wird die Leistung ab einem *Invaliditätsgrad* von 25 % verdoppelt. D.h. bei einem *Invaliditätsgrad* von 25 % werden 50 % der Versicherungssumme bezahlt. Danach erfolgt eine progressive Erhöhung je nach *Invaliditätsgrad*. Durch den Abschluss von Mein Leistungsplus wird der Progressionsverlauf zwischen einem *Invaliditätsgrad* von 50 % und 100 % um 50 % Prozentpunkte erhöht. D.h. bei 50 % *Invaliditätsgrad* wird die Leistung von 200 % der Versicherungssumme auf 250 % erhöht. Ab 78 % *Invaliditätsgrad* werden 1050 % der Versicherungssumme bezahlt. Details finden Sie in der unten angeführten Tabelle.

In nachfolgender Tabelle sind alle Progressionstabellen übersichtlich dargestellt.

DI Grad	Auszahlungsprozent		
	in %	COMFORT	EXTRA
1	0	1	0,5
2	0	1	1
3	0	1	1,5
4	0	1	2
5	0	1	2,5
6	0	1	3
7	0	1	3,5
8	0	1	4
9	0	1	4,5
10	0	10	10
11	0	11	11
12	0	12	12
13	0	13	13
14	0	14	14
15	0	15	15
16	0	16	16
17	0	17	17
18	0	18	18
19	0	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	28	28
27	27	31	31
28	28	34	34
29	29	37	37
30	30	40	40
31	31	43	43
32	32	46	46
33	33	49	49
34	34	52	52
35	35	55	55
36	36	58	58
37	37	61	61
38	38	64	64
39	39	67	67
40	40	70	70
41	41	73	73
42	42	76	76
43	43	79	79
44	44	82	82
45	45	85	85
46	46	88	88
47	47	91	91
48	48	94	94
49	49	97	97
50	50	100	100

DI Grad	Auszahlungsprozent			
	in %	COMFORT	EXTRA	MAX
51	51	104	104	
52	52	108	108	
53	53	111	111	
54	54	115	115	
55	55	119	119	
56	56	123	123	
57	57	126	126	
58	58	130	130	
59	59	134	134	
60	60	138	138	
61	61	141	141	
62	62	145	145	
63	63	149	149	
64	64	153	153	
65	65	156	156	
66	66	160	160	
67	67	164	164	
68	68	168	168	
69	69	171	171	
70	70	175	175	
71	71	179	179	
72	72	183	183	
73	73	186	186	
74	74	190	190	
75	75	194	194	
76	76	198	198	
77	77	201	201	
78	78	205	205	
79	79	209	209	
80	80	213	213	
81	81	216	216	
82	82	220	220	
83	83	224	224	
84	84	228	228	
85	85	231	231	
86	86	235	235	
87	87	239	239	
88	88	243	243	
89	89	246	246	
90	90	250	250	
91	91	255	275	
92	92	260	300	
93	93	265	325	
94	94	270	350	
95	95	275	375	
96	96	280	400	
97	97	285	425	
98	98	290	450	
99	99	295	475	
100	100	300	500	

DI Grad	Auszahlungsprozent					
in %	Extra + Leistungsplus	Max + Leistungsplus	Extra + Zusatzschutz	Max + Zusatzschutz	Extra + Leistungsplus + Zusatzschutz	Max + Leistungsplus + Zusatzschutz
1	1	0,5	1	1	1	1
2	1	1	2	2	2	2
3	1	1,5	3	3	3	3
4	1	2	4	4	4	4
5	1	2,5	5	5	5	5
6	1	3	6	6	6	6
7	1	3,5	7	7	7	7
8	1	4	8	8	8	8
9	1	4,5	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25
26	26	28	28	28	28	28
27	27	31	31	31	31	31
28	28	34	34	34	34	34
29	29	37	37	37	37	37
30	30	40	40	40	40	40
31	31	43	43	43	43	43
32	32	46	46	46	46	46
33	33	49	49	49	49	49
34	34	52	52	52	52	52
35	35	55	55	55	55	55
36	36	58	58	58	58	58
37	37	61	61	61	61	61
38	38	64	64	64	64	64
39	39	67	67	67	67	67
40	40	70	70	70	70	70
41	41	73	73	73	73	73
42	42	76	76	76	76	76
43	43	79	79	79	79	79
44	44	82	82	82	82	82
45	45	85	85	85	85	85
46	46	88	88	88	88	88
47	47	91	91	91	91	91
48	48	94	94	94	94	94
49	49	97	97	97	97	97
50	150	150	100	100	150	150

DI Grad	Auszahlungsprozent					
in %	Extra + Leistungsplus	Max + Leistungsplus	Extra + Zusatzschutz	Max + Zusatzschutz	Extra + Leistungsplus + Zusatzschutz	Max + Leistungsplus + Zusatzschutz
51	154	154	104	104	154	154
52	158	158	108	108	158	158
53	161	161	111	111	161	161
54	165	165	115	115	165	165
55	169	169	119	119	169	169
56	173	173	123	123	173	173
57	176	176	126	126	176	176
58	180	180	130	130	180	180
59	184	184	134	134	184	184
60	188	188	138	138	188	188
61	191	191	141	141	191	191
62	195	195	145	145	195	195
63	199	199	149	149	199	199
64	203	203	153	153	203	203
65	206	206	156	156	206	206
66	210	210	160	160	210	210
67	214	214	164	164	214	214
68	218	218	168	168	218	218
69	221	221	171	171	221	221
70	225	225	175	175	225	225
71	229	229	179	179	229	229
72	233	233	183	183	233	233
73	236	236	186	186	236	236
74	240	240	190	190	240	240
75	244	244	194	194	244	244
76	248	248	198	198	248	248
77	251	251	201	201	251	251
78	251	251	205	205	255	251
79	259	259	209	209	259	259
80	263	263	213	213	263	263
81	266	266	216	216	266	266
82	270	270	220	220	270	270
83	274	274	224	224	274	274
84	278	278	228	228	278	278
85	281	281	231	231	281	281
86	285	285	235	235	285	285
87	289	289	239	239	289	289
88	293	293	243	243	293	293
89	296	296	246	246	296	296
90	300	300	250	250	300	300
91	305	325	255	275	305	325
92	310	350	260	300	310	350
93	315	375	265	325	315	375
94	320	400	270	350	320	400
95	325	425	275	375	325	425
96	330	450	280	400	330	450
97	335	475	285	425	335	475
98	340	500	290	450	340	500
99	345	525	295	475	345	525
100	350	550	300	500	350	550

DI Grad	Auszahlungsprozent				
in %	Comfort + Turboplus	Extra + Turboplus	Max + Turboplus	Extra + Turoplus + Zusatzschutz	Max + Turboplus + Zusatzschutz
1	0	1	0,5	1	1
2	0	1	1	2	2
3	0	1	1,5	3	3
4	0	1	2	4	4
5	0	1	2,5	5	5
6	0	1	3	6	6
7	0	1	3,5	7	7
8	0	1	4	8	8
9	0	1	4,5	9	9
10	0	10	10	10	10
11	0	11	11	11	11
12	0	12	12	12	12
13	0	13	13	13	13
14	0	14	14	14	14
15	0	15	15	15	15
16	0	16	16	16	16
17	0	17	17	17	17
18	0	18	18	18	18
19	0	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24
25	50	50	50	50	50
26	52	56	56	56	56
27	54	62	62	62	62
28	56	68	68	68	68
29	58	74	74	74	74
30	60	80	80	80	80
31	62	86	86	86	86
32	64	92	92	92	92
33	68	104	104	104	104
34	70	110	110	110	110
35	70	110	110	110	110
36	72	116	116	116	116
37	74	122	122	122	122
38	76	128	128	128	128
39	78	134	134	134	134
40	80	140	140	140	140
41	82	146	146	146	146
42	84	152	152	152	152
43	86	158	158	158	158
44	88	164	164	164	164
45	90	170	170	170	170
46	92	176	176	176	176
47	94	182	182	182	182
48	96	188	188	188	188
49	98	194	194	194	194
50	100	200	200	200	200

DI Grad	Auszahlungsprozent				
in %	Comfort + Turboplus	Extra + Turboplus	Max + Turboplus	Extra + Turoplus + Zusatzschutz	Max + Turboplus + Zusatzschutz
51	102	208	208	208	208
52	104	216	216	216	216
53	106	222	222	222	222
54	108	230	230	230	230
55	110	238	238	238	238
56	112	246	246	246	246
57	114	252	252	252	252
58	116	260	260	260	260
59	118	268	268	268	268
60	120	276	276	276	276
61	122	282	282	282	282
62	124	290	290	290	290
63	126	298	298	298	298
64	128	306	306	306	306
65	130	312	312	312	312
66	132	320	320	320	320
67	134	328	328	328	328
68	136	336	336	336	336
69	138	342	342	342	342
70	140	350	350	350	350
71	142	358	358	358	358
72	144	366	366	366	366
73	146	372	372	372	372
74	148	380	380	380	380
75	150	388	388	388	388
76	152	396	396	396	396
77	154	402	402	402	402
78	200	600	1000	600	1000
79	200	600	1000	600	1000
80	200	600	1000	600	1000
81	200	600	1000	600	1000
82	200	600	1000	600	1000
83	200	600	1000	600	1000
84	200	600	1000	600	1000
85	200	600	1000	600	1000
86	200	600	1000	600	1000
87	200	600	1000	600	1000
88	200	600	1000	600	1000
89	200	600	1000	600	1000
90	200	600	1000	600	1000
91	200	600	1000	600	1000
92	200	600	1000	600	1000
93	200	600	1000	600	1000
94	200	600	1000	600	1000
95	200	600	1000	600	1000
96	200	600	1000	600	1000
97	200	600	1000	600	1000
98	200	600	1000	600	1000
99	200	600	1000	600	1000
100	200	600	1000	600	1000

DI Grad	Auszahlungsprozent			
in %	Extra + Turboplus + Leistungsplus	Max + Turboplus + Leistungsplus	Extra + Turboplus + Leistungsplus + Zusatzschutz	Max + Turboplus + Leistungsplus + Zusatzschutz
1	1	0,5	1	1
2	1	1	2	2
3	1	1,5	3	3
4	1	2	4	4
5	1	2,5	5	5
6	1	3	6	6
7	1	3,5	7	7
8	1	4	8	8
9	1	4,5	9	9
10	10	10	10	10
11	11	11	11	11
12	12	12	12	12
13	13	13	13	13
14	14	14	14	14
15	15	15	15	15
16	16	16	16	16
17	17	17	17	17
18	18	18	18	18
19	19	19	19	19
20	20	20	20	20
21	21	21	21	21
22	22	22	22	22
23	23	23	23	23
24	24	24	24	24
25	50	50	50	50
26	56	56	56	56
27	62	62	62	62
28	68	68	68	68
29	74	74	74	74
30	80	80	80	80
31	86	86	86	86
32	92	92	92	92
33	98	98	98	98
34	104	104	104	104
35	110	110	110	110
36	116	116	116	116
37	122	122	122	122
38	128	128	128	128
39	134	134	134	134
40	140	140	140	140
41	146	146	146	146
42	152	152	152	152
43	158	158	158	158
44	164	164	164	164
45	170	170	170	170
46	176	176	176	176
47	182	182	182	182
48	188	188	188	188
49	194	194	194	194
50	250	250	250	250

DI Grad	Auszahlungsprozent			
in %	Extra + Turboplus + Leistungsplus	Max + Turboplus + Leistungsplus	Extra + Turboplus + Leistungsplus + Zusatzschutz	Max + Turboplus + Leistungsplus + Zusatzschutz
51	258	258	258	258
52	266	266	266	266
53	272	272	272	272
54	280	280	280	280
55	288	288	288	288
56	296	296	296	296
57	302	302	302	302
58	310	310	310	310
59	318	318	318	318
60	326	326	326	326
61	332	332	332	332
62	340	340	340	340
63	348	348	348	348
64	356	356	356	356
65	362	362	362	362
66	370	370	370	370
67	378	378	378	378
68	386	386	386	386
69	392	392	392	392
70	400	400	400	400
71	408	408	408	408
72	416	416	416	416
73	422	422	422	422
74	430	430	430	430
75	438	438	438	438
76	446	446	446	446
77	452	452	452	452
78	650	1050	650	1050
79	650	1050	650	1050
80	650	1050	650	1050
81	650	1050	650	1050
82	650	1050	650	1050
83	650	1050	650	1050
84	650	1050	650	1050
85	650	1050	650	1050
86	650	1050	650	1050
87	650	1050	650	1050
88	650	1050	650	1050
89	650	1050	650	1050
90	650	1050	650	1050
91	650	1050	650	1050
92	650	1050	650	1050
93	650	1050	650	1050
94	650	1050	650	1050
95	650	1050	650	1050
96	650	1050	650	1050
97	650	1050	650	1050
98	650	1050	650	1050
99	650	1050	650	1050
100	650	1050	650	1050

Rehabilitation

Ein Unfall kann zu einer Beeinträchtigung führen, die den Alltag und die Lebensführung stark einschränken. Unter *Rehabilitation* versteht man alle Maßnahmen, die der Wiederherstellung, Besserung oder Aufrechterhaltung von Funktionen und Leistungen dienen, sodass eine Teilhabe am alltäglichen Leben uneingeschränkter möglich ist.

Schriftform

Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die Formerfordernisse für Rücktrittserklärungen sind der Belehrung über das jeweilige Rücktrittsrecht in der Versicherungsurkunde zu entnehmen. Die dort angeführte Form ist maßgeblich.

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 Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner

Heil- und Pflegeanstalten für Personen mit neurologischen oder psychischen Leiden.

Subsidiär

Versicherungsschutz besteht nur insoweit, als Sie von einer anderen Versicherung oder einem anderen Leistungsträger keine Entschädigung erlangen können.

Unfall

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

Als Unfall gelten auch:

- Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen
- Die Folgen der unabsichtlichen Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehener Stoffe oder verdorbener Lebensmittel (Lebensmittelvergiftung)
- Die Folgen des Verschluckens von festen Stoffen und Kleinteilen bei *Kindern* bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres
- Durch ein Unfallereignis verursachtes Ertrinken oder Ersticken
- Durch ein Unfallereignis verursachte Erfrierungen
- Durch ein Unfallereignis verursachte Verbrennungen, Verbrühungen

- Durch ein Unfallereignis verursachte Einwirkungen von elektrischen Strom
- Blitzschlag
- Unabsichtliches Einatmen von Gasen oder Dämpfen, unabsichtliches Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen
- Unfall als Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles
- Unfälle, die sich bei Rettungseinsätzen (Rettung von Menschenleben oder Sachen) ereignen sollten.

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

Dies gilt nicht für die durch Zeckenstich (umgangssprachlich Zeckenbiss) übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis (FSME) und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen der Kapitel 2.2.1.4, 2.2.2.4 und 2.2.3.4 „Sonderleistungen“, verursacht durch einen Unfall gemäß Kapitel 2.1 Buchstabe a).

Als Unfall gelten auch solche in Ausübung der versicherten Berufstätigkeit entstandene Infektionen (nicht aber Infektionskrankheiten, die nicht durch ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis verursacht werden), die durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase hervorgerufen wurden. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den

Tatbestand des plötzlichen Eindringens nicht.

Tauchtypische Gesundheitsschäden (z.B. Stickstoffintoxikation, Tiefenrausch) gelten ebenfalls nicht als Unfälle.

Verletzungskatalog

Hier werden die Verletzungen aufgelistet, wo eine *Sofortleistung* ausbezahlt wird. Bei jeder dieser Verletzungen ist ein %-Wert angegeben. Die vereinbarte Versicherungssumme x den %-Wert ergibt die Entschädigungssumme.

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles.

3. Häufig gestellte Fragen

In diesem Abschnitt beantworten wir Ihnen die von unseren Kundinnen und Kunden häufig gestellten Fragen im Bereich Unfallvorsorge.



Die Auskünfte stellen einen allgemeinen Überblick dar. Genauere Informationen, insbesondere zum gewählten Paket, finden Sie in der Versicherungsurkunde sowie im Abschnitt 2 „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“ von „Meine Unfallvorsorge – einfach erklärt“.

Fragen zum Versicherungsvertrag

(1) Wer kann eine Allianz Unfallvorsorge abschließen?

Die Unfallvorsorge-Pakete Comfort, Extra und Max können nur von Personen abgeschlossen werden, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben.

(2) Was ist bei einem Umzug zu beachten?

Wenn Sie oder eine der versicherten Personen umziehen und sich dadurch der Hauptwohnsitz ändert, sind Sie bzw. der Versicherungsnehmer dazu verpflichtet, uns das innerhalb von vier Wochen in *Schriftform* mitzuteilen. Ein Wechsel des Hauptwohnsitzes kann zu einer Änderung des Versicherungsschutzes bzw. der Versicherungsprämie führen.

(3) Was ist bei einem Berufswechsel zu beachten?

Wenn Sie oder eine der versicherten Personen den Beruf wechseln, sind Sie bzw. der Versicherungsnehmer dazu verpflichtet, uns das innerhalb von vier Wochen in *Schriftform* mitzuteilen. Ein Wechsel des Berufes kann zu einer Änderung des Versicherungsschutzes bzw. der Versicherungsprämie führen.

(4) Ist mein (neugeborenes) Kind mitversichert?

In den Paketen Comfort, Extra und Max ist der „Neugeborenenbonus“ im Produkt inkludiert. Mit dem Neugeborenenbonus ist ein neugeborenes leibliches *Kind* ohne Überprüfung des Gesundheitszustandes im Versicherungsvertrag für 12 Monate prämienfrei mitversichert. Wird das neugeborene *Kind* vor Ablauf der 12 Monate selbst bei der Allianz Elementar Versicherungs-AG unfallversichert, gilt der gegenständliche Versicherungsschutz zusätzlich.

(5) Wie kann eine Allianz Unfallvorsorge gekündigt werden?

Nach Ablauf von 3 Jahren können Sie jährlich zur *Hauptfälligkeit* unter Einhaltung einer einmonatigen Frist Ihre Unfallvorsorge kündigen. Die Kündigung ist vom Versicherungsnehmer in *Schriftform* an uns zu richten. Bitte beachten Sie, dass wir eine Kündigung nur akzeptieren können, wenn diese vom Versicherungsnehmer unterzeichnet wurde.

(6) Was bedeutet vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vor dem Abschluss einer Unfallvorsorge stellen wir Ihnen Fragen zur Sportausübung. Unvollständige oder falsche Angaben bei Antragstellung können zur Folge haben, dass wir keine Leistung erbringen, Prämienzuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbaren oder vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

(7) Datenschutz

Wir verarbeiten personenbezogene Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des österreichischen Datenschutzgesetzes (DSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Mehr Informationen finden Sie unter www.allianz.at/datenschutz. Die Leistungen „Meine Unfall-Assistance“, „Meine Auslands-Assistance“ und „Mein Digital-Doc“ bieten wir in Kooperation mit externen Partnern an, die über eigene Datenschutzerklärungen sowie Nutzungsbedingungen verfügen.

(8) Ist es möglich, ein Sportpaket und ein Berufspaket zu kombinieren?

Eine Kombination Sportpaket mit Berufspaket ist nicht möglich, d.h. es kann nur eines der Sportpakete oder eines der Berufspakete abgeschlossen werden.

Fragen zum Versicherungsschutz**(1) Was deckt die Allianz Unfallvorsorge ab bzw. nicht ab?**

Der Umfang des Versicherungsschutzes ist abhängig von Ihrem gewählten Paket. Bitte lesen Sie sorgfältig insbesondere den Punkt „Was ist versichert?“ sowie „Was ist nicht versichert?“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket. Eine Übersicht über den Versicherungsschutz der unterschiedlichen Pakete finden Sie im Kapitel 2.2 „Deckungsumfang der Pakete“. Ihr gewähltes Paket entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

(2) Bin ich auch im Ausland versichert?

Der Versicherungsschutz der Allianz Unfallvorsorge gilt weltweit und rund um die Uhr.

(3) Was ist „Mein Digital-Doc“ und wie kann ich diesen Service nutzen?

Mit „Mein Digital-Doc“ können Sie bequem von zu Hause, am Abend oder am Wochenende digitale Leistungen in Anspruch nehmen. Sie können „Mein Digital-Doc“ nutzen, um Informationen zu Erkrankungen, deren mögliche Diagnostik, Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten.

Sie können sich über Arzneimittel informieren, zum Beispiel über deren Dosierung, Wirkung und Nebenwirkungen.

Wenn Sie eine Reise planen, können Sie Ihren Impfschutz überprüfen lassen und sich Impfeempfehlungen und vorbeugende Maßnahmen für Ihr Reiseland geben lassen. „Mein Digital-Doc“ umfasst drei Leistungen: „Doctor Chat“, „Symptomcheck“ und „Medical Hotline“.

Mit Doctor Chat können Sie per Chat Kontakt zu einem Arzt aufnehmen, der Ihnen mit allgemeinen medizinischen Ratschlägen zur Seite steht.

Mit der Anwendung Symptomchecker können Sie Ihre Beschwerden oder Erkrankung beschreiben und erhalten dann nützliche Informationen, wie die Abklärung einer möglichen Erkrankung und eine Dringlichkeitsempfehlung hinsichtlich Behandlung oder Arztkonsultation.

Über die Medical Hotline können Sie allgemeine medizinische Beratung durch medizinisches Fachpersonal in Anspruch nehmen. Sie erhalten Antworten und unverbindliche Verhaltensempfehlungen zu allgemeinmedizinischen Fragen aus verschiedenen Fachrichtungen, wie zum Beispiel der Allgemeinmedizin, Dermatologie oder Gynäkologie.

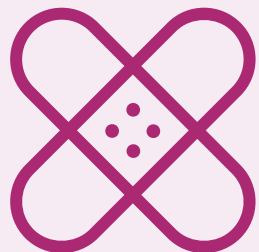
Die Ärzte bzw. das medizinische Fachpersonal, mit denen Sie über „Mein Digital-Doc“ in Kontakt treten, dürfen keine Diagnose stellen, Behandlung durchführen oder Arzneimittel verschreiben.

Die Antworten, die Sie erhalten, sind allgemeine Empfehlungen und praktische Ratschläge und sind nicht als Ersatz für eine ärztliche Untersuchung und Behandlung zu verstehen. „Mein Digital-Doc“ ist nicht geeignet für akute Gesundheitsprobleme und Notfälle. Bitte wenden Sie sich in solchen Fällen an die entsprechenden Anlaufstellen, wie Ihren Hausarzt oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses.

Um zu erfahren, wie Sie „Mein Digital-Doc“ nutzen können, besuchen Sie bitte unsere Internetseite www.allianz.at oder wenden Sie sich an unseren Kundenservice (entweder telefonisch unter 05 9009 oder per Mail unter vertrag@allianz.at).

Sie haben noch weitere Fragen zur Allianz Unfallvorsorge?

Bei Fragen oder Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne persönlich unter **05 9009** weiter oder per Mail unter vertrag@allianz.at.



Fragen zur Schadenabwicklung Schadenfall – was nun?

In diesem Abschnitt ist geregelt, was Sie nach Eintritt eines Schadens (*Versicherungsfalles*) zu beachten haben.

Im Abschnitt 2.4 „Obliegenheiten“ finden Sie zudem weitere Regelungen für Ihre Unfallvorsorge, so finden Sie dort zusätzlich, was Sie vor Eintritt des *Versicherungsfalles* zu beachten haben. Bitte lesen Sie diesen Abschnitt ebenfalls aufmerksam durch.

Wichtig zu wissen:

Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. (Definition Unfall siehe Kapitel 2.6 Glossar). Das gewählte Paket für die jeweilige versicherte Person sowie die gewählten Versicherungssummen/Limits entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungsurkunde.

Unfallereignis	Schritt 1	Unverzügliche Meldung – detaillierte Schilderung des Unfalls und Übermittlung aller relevanten Unterlagen.
	Schritt 2	Wir prüfen, ob ein versicherter Unfall vorliegt. → Üblicherweise werden weitere Unterlagen angefordert (z.B. Vollmacht, Krankengeschichte, Polizeiprotokoll), die für die Prüfung, ob ein Unfall vorliegt, notwendig sind.
	Schritt 3	Wir erbringen vertraglich vereinbarte Leistungen, wenn ein versichertes Unfallereignis vorliegt (z.B. <i>Spitalgeld</i>). → Bei Verletzungen gemäß Verletzungskatalog wird auch die <i>Sofortleistung</i> in diesem Schritt ausbezahlt.
	Schritt 4	Frist für die Geltendmachung einer eventuell bleibenden Beeinträchtigung (Dauernde Invalidität): 18 Monate Innerhalb dieser Frist muss dieser Anspruch gestellt werden. → Die Beauftragung des Sachverständigen erfolgt durch die Versicherung.
	Schritt 5	Die ärztliche Begutachtung erfolgt durch einen Sachverständigen, welcher sich hinsichtlich der Terminvereinbarung in Verbindung setzt.
	Schritt 6	Abrechnung der Dauernden Invalidität erfolgt aufgrund des ärztlichen Gutachtens unter Berücksichtigung der vertraglichen Vereinbarungen.

Bei der Unfallvorsorge treffen Summenversicherung (Dauernde Invalidität, Todesfall, *Spitalgeld*, Unfallrente) und Schadenversicherung (Unfallkosten) zusammen.

Bei der Summenversicherung ist die Höhe der Leistung der Versicherung vertraglich genau festgelegt. (z.B. in der Dauernden Invalidität die *Glieder-taxe*, die die Höhe der Leistung aufgrund der Verletzung festlegt oder die *Sofortleistung*, bei welcher anhand des *Verletzungskatalogs* der *Invaliditätsgrad* festgelegt ist).

Anders verhält es sich bei einer Schadenversicherung, hier ersetzen wir im *Versicherungsfall* nur den entstandenen Schaden bis zur vereinbarten Versicherungssumme (Bereicherungsverbot).

Bei den Unfallkosten besteht kein Anspruch auf *Direktverrechnung* der Kosten mit den Krankenhäusern bzw. den Rechnungsstellern.

Die von Ihnen bereits bezahlte Originalrechnung ist verpflichtend bei Ihrem Sozialversicherungsträger zur Erstattung einzureichen. Erst nachdem Sie die Abrechnung oder auch Ablehnung von Ihrem Sozialversicherungsträger erhalten haben, reichen Sie folgende Unterlagen bei uns ein:

- Rechnung mit Diagnose (Arztbrief, OP-Bericht, Befundbericht) und
- Abrechnung von ihrem Sozialversicherungsträger

Wenn Ihr Sozialversicherungsträger eine Leistung erbringt, wird dieser Betrag von unserer Erstattungssumme abgezogen.

Sollte ein anderer Versicherungsvertrag für die versicherte Person bestehen, der bei Unfall und/oder Krankheit als Leistungen Heilkosten (*Heilbehandlungen*) und/oder Verletzten- bzw. Transportkosten beinhaltet, ersetzen wir keine Kosten.

Die Obliegenheiten nach Eintritt des *Versicherungsfalles* sind im Falle eines Unfalles zu beachten (siehe Kapitel 2.4)

Für die Deckungen

Meine Unfallassistance gilt:

Um die versicherten Leistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie bei Eintritt eines versicherten Ereignisses unsere Assistance-Zentrale unverzüglich telefonisch benachrichtigen.

Unsere Assistance-Zentrale veranlasst alle notwendigen Maßnahmen und entscheidet über die Wahl und Durchführung der entsprechenden Hilfsmaßnahmen. Für den Fall, dass Sie oder die versicherten Personen dieser Verpflichtung nicht nachkommen, können keine Leistungen beansprucht werden. Unsere Assistance-Zentrale ist 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche erreichbar. Die Kontaktdaten unserer Assistance-Zentrale finden Sie auf der letzten Seite von „Meine Unfallvorsorge – einfach erklärt“.

Wie erhalte ich die Kosten für ambulante oder stationäre Heilbehandlungen?

Die von Ihnen bereits bezahlte Originalrechnung (ausgenommen Apothekenrechnung) ist verpflichtend bei Ihrem Sozialversicherungsträger zur Erstattung einzureichen. Erst nachdem Sie die Abrechnung oder auch Ablehnung von Ihrem Sozialversicherungsträger erhalten haben, reichen Sie folgende Unterlagen bei uns ein:

- Rechnung mit Diagnose (Arztbrief, OP-Bericht, Befundbericht) und
- Abrechnung von Ihrem Sozialversicherungsträger

4. Kundenportal



Mit dem „Meine Allianz“ Kundenportal hat man stets die wichtigsten Informationen rund um Versicherungsschutz und Services bei der Hand.



Im Kundenportal sind nicht nur alle Versicherungsurkunden, sondern auch die wichtigsten Kontaktdaten für eine rasche Hilfe zu Verträgen und Schäden zu finden.

Weitere Vorteile sind:

- Verträge und Schäden digital managen
- Personendaten einsehen und bearbeiten
- direkt den Berater kontaktieren

Für die Registrierung im Kundenportal sind zur Identifikation die Nummer der Versicherungsurkunde und der Versicherungsbeginn notwendig.

Falls bereits ein Zugang zum Allianz Kundenportal besteht, kann die Anmeldung einfach und bequem mit den bereits vorhandenen Zugangsdaten in allen Apps und Online-Services erfolgen.

Unter **www.allianz.at/kundenportal** können Sie direkt in das Kundenportal einsteigen und alle Vorteile nutzen.

Unser **Allianz Kunden Service** hilft Ihnen gerne bei Fragen, technischen Problemen oder wenn die Zugangsdaten verlegt wurden,

unter **+43 5 9009 580** oder **kundenportal@allianz.at**

5. Anhänge



Anhang 1 Physikalische und ganzheits- medizinische Behandlungsmethoden

Akupressur
Akupunktur
Akupunkturmassage nach Penzel und Radloff
Atemmuskeltraining
Atemtherapie
Bindegewebemassage
Chirotherapie
Craniosacraltherapie
Eigenbluttherapie, ACP-Therapie
Ergotherapie
Elektroakupunktur
Elektrotherapie
Fußreflexzonenmassage
Heilgymnastik
Heilmassage, medizinische
Homöopathie
Kernspin Resonanz Therapie (MBST)
Kinesiologie, Kinesiologisches Taping
Krankengymnastik
Kryotherapie
Laserakupunktur (LSVT)
Lymphdrainage

Magnetfeldtherapie
Massage
Maitland-Therapie
Manuelle Therapie
McKenzie Methode – Mechanische Diagnose und Therapie (MTD)
Myoreflextherapie
Neuraltherapie
Orthobionomie
Osteopathie und Orthopathie
Ozontherapie
Peloidtherapie
Physiotherapie, klassische
Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
Reizstromtherapie, Elektromedizin, Elektrotherapie
Rolfing
Schröpftherapie
Segmenttherapie
Shiatsu
Spiraldynamik – Fußschule
Subkutane Reflextherapie
Traditionelle Chinesische Medizin
Tuina-Massage
Unterwassergymnastik
Wirbelsäulentherapie nach Dorn und Breuss

Anhang 2

Verletzungskatalog

Verletzungskatalog für die Sofortleistung

Bruch

	Leistung Extra	Leistung Max	Leistung Extra und Max + Mein Zusatzschutz
im Schultergelenk (Rollhocker, Schulterblatt, Schlüsselbein)	1,00%	1,75%	3,50%
eines Oberarmknochens	1,00%	1,75%	3,50%
eines Ellbogengelenks (Elle, Speiche)	1,00%	1,75%	3,50%
eines Hüftgelenks	1,00%	3,50%	7,00%
eines Handgelenks (Kahnbein, Mondbein)	1,00%	1,75%	3,50%
eines Oberschenkel(hals)knochens	1,00%	3,15%	6,30%
eines Innen-Außenknöchels	1,00%	1,75%	3,50%
Teilverrenkung des Sprungbeines	1,00%	1,05%	2,10%

für sonstige Brüche

eines Handwurzel bzw. Mittelhandknochens	0,25%	0,25%	0,25%
Bruch eines Fußwurzel bzw. Mittelfußknochens	0,25%	0,25%	0,25%
Bruch einer Zehe	0,25%	0,25%	0,25%
Bruch eines Daumens	0,25%	0,25%	0,25%
Bruch eines Zeigefingers	0,25%	0,25%	0,25%
Bruch eines anderen Fingers	0,25%	0,25%	0,25%

Bei vollständigem Riss oder Durchtrennung einer Streck-/Beugesehne (Ruptur – einmal pro Finger)

Daumen	1,0%	1,0%	2,00%
Zeigefinger	1,0%	0,5%	1,00%
anderer Finger	0,5%	0,25%	0,50%

Knöcherner (Sehnen-, Kapsel)-Ausriss

Daumen	1,0%	1,0%	2,00%
Zeigefinger	1,0%	0,5%	1,00%
anderer Finger	0,50%	0,25%	0,50%

Verletzungskatalog für die Sofortleistung

Bei vollständigem Riss

	Leistung Extra	Leistung Max	Leistung Extra und Max + Mein Zusatzschutz
eines Kreuz- und Seitenbandes im Knie (+ev. Meniskus)	1,0%	4,375%	8,75%
eines Kreuzbandes im Knie	1,0%	3,500%	7,00%
eines Seitenbandes im Knie	1,0%	1,750%	3,50%
eines Meniskus	1,0%	0,875%	1,75%
einer Achillessehne	1,0%	1,750%	3,50%
eines Bandes im Sprung-/Fußgelenk, Knöchel	1,0%	1,050%	2,10%
Bei Teileinriss einer Achillessehne	1,0%	1,050%	2,10%

bei völligem Verlust / Teilverlust

eines Daumens	20,0%	20,0%	20,0%
eines Daumens über dem Grundgelenk (=Verlust des Endgelenks)	14,0%	14,0%	14,00%
eines Daumens über dem Endgelenk	1,0%	3,0%	6,00%
eines Zeigefinger	10,0%	10,0%	10,00%
eines Zeigefingers über dem Grundgelenk (=Verlust des Mittelgelenks)	1,0%	3,5%	7,00%
eines Zeigefinger über dem Mittelgelenk (=Verlust des Endgelenks)	1,0%	2,0%	4,00%
eines Zeigefingers über dem Endgelenk	1,0%	1,0%	2,00%
eines anderen Fingers	1,0%	2,5%	5,00%
eines anderen Fingers über dem Grundgelenk (=Verlust des Mittelgelenks)	1,0%	1,75%	3,50%
eines anderen Fingers über dem Mittelgelenk (=Verlust des Endgelenks)	1,0%	1,0%	2,00%
eines anderen Fingers über dem Endgelenk	1,0%	0,5%	1,00%
einer großen Zehe	1,0%	2,5%	5,00%
einer großen Zehe über dem Grundgelenk (=Verlust des Mittelgelenks)	1,0%	1,8%	3,50%
einer großen Zehe über dem Endgelenk	1,0%	0,75%	1,50%
einer anderen Zehe	1,0%	1,0%	2,00%
einer anderen Zehe über dem Grundgelenk (=Verlust des Mittelgelenks)	1,0%	0,70%	1,40%
einer anderen Zehe über dem Mittelgelenk (=Verlust des Endgelenks)	0,8%	0,4%	0,80%
einer anderen Zehe über dem Endgelenk	0,4%	0,2%	0,40%
einer Niere	20,0%	20,0%	20,0%
der Milz	10,0%	10,0%	10,0%

Verletzungskatalog
für die Sofortleistung

FÜR
KINDER

bei speziellen Brüchen

im Schultergelenk (Rollhocker, Schulterblatt, Schlüsselbein)	0,25 %
eines Oberarmknochens	0,25 %
eines Ellbogengelenks (Elle, Speiche)	0,25 %
eines Hüftgelenks	0,25 %
eines Handgelenks (Kahnbein, Mondbein)	0,25 %
eines Oberschenkel(hals)knochens	0,25 %
eines Innen-Außenknöchels	0,25 %
Teilverrenkung des Sprungbeines	0,25 %

für sonstige Brüche

eines Handwurzel bzw. Mittelhandknochens	0,25 %
Bruch eines Fußwurzel bzw. Mittelfußknochens	0,25 %
Bruch einer Zehe	0,25 %
Bruch eines Daumens	0,25 %
Bruch eines Zeigefingers	0,25 %
Bruch eines anderen Fingers	0,25 %

Die Verletzung einer Wachstumsfuge stellt bedingungsgemäß keinen Bruch dar.



Anhang 3 Auszug aus dem Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag (VersVG)

§ 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 vereinbarte hinter der für das höhere Risiko tarifmäßig vorgesehenen Prämie zurückbleibt. Bei der Verletzung von Obliegenheiten zu sonstigen bloßen Meldungen und Anzeigen, die keinen Einfluß auf die Beurteilung des Risikos durch den Versicherer haben, tritt Leistungsfreiheit nur ein, wenn die Obliegenheit vorsätzlich verletzt worden ist.

(2) Ist eine Obliegenheit verletzt, die vom Versicherungsnehmer zum Zweck der Verminderung der Gefahr oder der Verhütung einer Erhöhung der Gefahr dem Versicherer gegenüber – unabhängig von der Anwendbarkeit des Abs. 1a – zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluß auf den Eintritt des *Versicherungsfalles* oder soweit sie keinen Einfluß auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

(3) Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, daß eine Obliegenheit 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 Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 8.

(1) Eine Vereinbarung, nach welcher ein Versicherungsverhältnis als stillschweigend verlängert gilt, wenn es nicht vor dem Ablauf der Vertragszeit gekündigt wird, ist insoweit nichtig, als sich die jedesmalige Verlängerung auf mehr als ein Jahr erstreckt.

(2) Ist ein Versicherungsverhältnis auf unbestimmte Zeit eingegangen (dauernde Versicherung), so kann es von beiden Teilen nur für den Schluß der laufenden Versicherungsperiode gekündigt werden. Die Kündigungsfrist muß für beide Teile gleich sein und darf nicht weniger als einen Monat, nicht mehr als drei Monate betragen. Auf das Kündigungsrecht können die Parteien einverständlich bis zur Dauer von zwei Jahren verzichten.

(3) Ist der Versicherungsnehmer Verbraucher (§ 1 Abs. 1 Z 2 KSchG), so kann er ein Versicherungsverhältnis, das er für eine Dauer von mehr als drei Jahren eingegangen ist, zum Ende des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Eine allfällige Verpflichtung des Versicherungsnehmers zum Ersatz von Vorteilen,

besonders Prämien in einer vorgesehenen längeren Laufzeit des Vertrags gewährt worden sind, bleibt unberührt.

§ 11a.

(1) Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verarbeiten, 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 Verarbeitung von Daten aus genetischen Analysen 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 Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder

3. durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Einwilligung des Betroffenen (Art. 7 der Verordnung (EU) 2016/679 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung), ABl. Nr. L 119 vom 4. 5. 2016 S. 1, in der Fassung der Berichtigung ABl. Nr. L 314 vom 22. 11. 2016 S. 72) 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 seine Einwilligung zu der Ermittlung ausdrücklich und in einer gesonderten Erklärung, die er jederzeit widerrufen kann, in geschriebener Form gegeben hat, nachdem ihn der Versicherer auf die Möglichkeit einer Einwilligung im Einzelfall (Z 3) aufmerksam machte und ihn klar und verständlich über die Folgen der Einwilligung sowie die Verweigerung der Einwilligung und über sein Widerrufsrecht im Falle der Einwilligung 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 Art. 21 der Verordnung (EU) 2016/679 zu.

§ 12.

(1) 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.

(2) Ist ein Anspruch des 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.

(3) 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 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 Versicherungsnehmer ohne sein Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

§ 16.

(1) Der Versicherungsnehmer hat beim Abschluß des Vertrages alle ihm bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, dem Versicherer anzuzeigen. Erheblich sind jene Gefahrumstände, die geeignet sind, auf den Entschluß des Versicherers, den Vertrag überhaupt oder zu den vereinbarten Bestimmungen abzuschließen, einen Einfluß auszuüben. Ein Umstand, nach welchem der Versicherer ausdrücklich und in *geschriebener Form* gefragt hat, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Ist dieser Vorschrift zuwider die Anzeige eines erheblichen Umstandes unterblieben, so kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Das gleiche gilt, wenn die Anzeige eines erheblichen Umstandes deshalb unterblieben ist, weil sich der Versicherungsnehmer der Kenntnis des Umstandes arglistig entzogen hat.

(3) Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Umstand kannte. Er ist auch ausgeschlossen, wenn die Anzeige ohne Verschulden des Versicherungsnehmers unterblieben ist; hat jedoch der Versicherungsnehmer einen Umstand nicht angezeigt, nach dem der Versicherer nicht ausdrücklich und genau umschrieben gefragt hat, so kann dieser vom Vertrag nur dann zurücktreten, wenn die Anzeige vorsätzlich oder grob fahrlässig unterblieben ist.

§ 23.

(1) Nach Abschluß des Vertrages darf der Versicherungsnehmer ohne Einwilligung des Versicherers weder eine Erhöhung der Gefahr vornehmen noch ihre Vornahme durch einen Dritten gestatten.

(2) Erlangt der 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 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 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 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 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 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 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 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.

§ 34.

(1) Der Versicherer kann nach dem Eintritt des *Versicherungsfalles* verlangen, daß der Versicherungsnehmer jede Auskunft erteilt, die zur Feststellung des *Versicherungsfalles* oder des Umfangs der Leistungspflicht des Versicherers erforderlich ist.

(2) Belege kann der Versicherer insoweit fordern, als die Beschaffung dem Versicherungsnehmer billigerweise zugemutet werden kann.

§ 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 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 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 Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich 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 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 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 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 Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist; darauf ist der 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.

(4) Die Nichtzahlung von Zinsen oder Kosten löst die Rechtsfolgen der Abs. 1 bis 3 nicht aus.

§ 39a.

Ist der 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 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 Versicherungsnehmer nach eigenem pflichtgemäßen Ermessen zu handeln.

(2) Hat der 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.

§ 74.

(1) Die Versicherung kann von demjenigen, welcher den Vertrag mit dem Versicherer abschließt, im eigenen Namen für einen anderen, mit oder ohne Benennung der Person des Versicherten, genommen werden (Versicherung für fremde Rechnung).

(2) Wird die Versicherung für einen anderen genommen, so ist, auch wenn der andere benannt wird, im Zweifel anzunehmen, daß der Vertragsschließende nicht als Vertreter, sondern im eigenen Namen für fremde Rechnung handelt.

§ 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 Versicherungsnehmer verlangen.

(2) Der Versicherte kann ohne Zustimmung des 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 Versicherungsnehmer kann über die dem Versicherten aus dem Versicherungsvertrag zustehenden

(2) Rechte im eigenen Namen verfügen. Ist ein Versicherungsschein ausgestellt, so ist der 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 Versicherungsnehmer nur verpflichtet, wenn dieser ihm gegenüber nachweist, daß der Versicherte seine Zustimmung zur Versicherung erteilt hat.

§ 77.

Der 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 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 Versicherungsnehmers nicht tunlich war.

(2) Hat der 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.

**Anhang 4 –
Auszug aus dem Bundesgesetz vom
8. März 1979, mit dem Bestimmungen
zum Schutz der Verbraucher getroffen
werden (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 Gerichts ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Heilung 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, wenn das Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anderes bestimmt ist.

Danke für Ihr Vertrauen!

Wir freuen uns,
dass Sie für Ihre Unfallvorsorge
Allianz gewählt haben.

Wir sind bemüht, unsere
Produkte und Services
laufend zu verbessern.

Sollten Sie Feedback für uns
haben, kontaktieren Sie uns unter
feedback@allianz.at.

Allianz Vertrags-Service

Unsere spezialisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Kundencenter stehen Ihnen stets zur Verfügung, um Ihre Fragen zu beantworten.

Sie erreichen uns Montag bis Freitag (ausgenommen an Feiertagen) von 07.00 bis 18.00.

Telefonnummer Vertrags-Service:
05 9009 9001

E-Mail Vertrags-Service:
vertrag@allianz.at

Telefonnummer Schaden-Service:
05 9009 9009

E-Mail Schaden-Service:
schaden@allianz.at

Allianz Assistance-Services

Falls Sie unsere Assistance-Leistungen im Falle eines Notfalls benötigen, erreichen Sie uns auch direkt, 24 Stunden am Tag an 7 Tagen die Woche, in unserer Assistance-Zentrale:

Telefonnummer (Inland):
0800/203 33 00

Telefonnummer (Ausland):
+43 1 203 33 00

Die folgenden Informationen werden vom Allianz Kundencenter sowie Allianz Assistance Services benötigt:

- Ihr Name
- Ihre Kontaktinformation
- Beschreibung des Problems
- Ihre Polizzennummer (sofern Sie diese zur Hand haben)

Wir werden Sie über die nächsten Schritte informieren und führen Sie durch den Prozess.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen (z.B. Versicherungsnehmer, Vertragspartner, Organ etc.) gilt die gewählte Bezeichnung für alle Geschlechter.

Unsere aktuelle Datenschutzerklärung finden Sie unter www.allianz.at/datenschutz

Das aktuelle Gebührenblatt finden Sie im Allianz Downloadcenter unter www.allianz.at/download

Stand April 2026

Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft
Sitz: 1100 Wien, Wiedner Gürtel 9–13
Telefon: 05 9009-0, Telefax: 05 9009-70000
Internet: <http://www.allianz.at>

Eingetragen im Firmenbuch des Handelsgerichts Wien unter FN 34004g, UID: ATU 1536 4406, DVR: 0003565

Aufsichtsbehörde:
Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien,
Otto-Wagner-Platz 5, (www.fma.gv.at)