

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Unfallversicherung 2022
(AUVB 2022 / Fassung 12/2022)

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel

Abschnitt A: Versicherungsschutz

- Art. 1: Gegenstand der Versicherung
- Art. 2: Versicherungsfall
- Art. 3: Örtlicher Geltungsbereich
- Art. 4: Zeitlicher Geltungsbereich
- Art. 5: Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung
- Art. 6: Begriff des Unfalles

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

- Art. 7: Dauernde Invalidität
- Art. 8: Sofortleistung
- Art. 9: Unfallrente
- Art. 10: Unfall plus+
- Art. 11: Todesfall
- Art. 12: Tagegeld
- Art. 13: Spitalgeld
- Art. 14: Unfallkosten
- Art. 15: Knochenbruchpauschale
- Art. 16: Kinderlähmung, Borreliose, Frühsommer-Meningoencephalitis
- Art. 17: Schmerzensgeld
- Art. 18: Kosmetische Operationen
- Art. 19: Leistungserweiterungen
- Art. 20: Zusatzleistungen
- Art. 21: Fälligkeit der Leistung und Verjährung
- Art. 22: Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- Art. 23: Unversicherbare Risiken

- Art. 24: Ausschlüsse

- Art. 25: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

- Art. 26: Prämie
- Art. 27: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität
- Art. 28: Anzeige der Veränderung des Hauptwohnsitzes
- Art. 29: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

- Art. 30: Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Kündigung
- Art. 31: Kündigung nach Versicherungsfall, Erlöschen des Vertrages
- Art. 32: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- Art. 33: Erfüllungsort, Gerichtsstand
- Art. 34: Form der Erklärungen

Anhang

- Einteilung der Berufsgruppen
- Einteilung der Freizeitaktivitäten
- muki 24h-Hilfe (Unfall-Assistance)
- Wiedergabe der in den AUVB erwähnten Gesetzesbestimmungen

Präambel

Soweit in diesen Bedingungen personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie alle Geschlechter gleichermaßen.

Versicherungsnehmer ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit den Versicherungsunternehmen abschließt.

Versicherte Person ist die Person, deren Gesundheitsschädigungen infolge eines Unfalles versichert sind.

Versicherungsprämie ist das vom Versicherungsnehmer zu zahlende Entgelt.

Gesetzesstellen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) und des Signatur- und Vertrauensdienstgesetzes (SVG), die in den Versicherungsbedingungen angeführt werden, sind im Anhang im vollen Wortlaut wiedergegeben.

Abschnitt A: Versicherungsschutz

Artikel 1

Gegenstand der Versicherung

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz, wenn der versicherten Person ein Unfall zustößt. Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. bzw. der Polizza, wo auch die jeweils vereinbarten Versicherungssummen ersichtlich sind.
2. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist ein aufrechter Hauptwohnsitz in Österreich. Als Hauptwohnsitz gilt der in Österreich gelegene Ort, an dem der Versicherungsnehmer/ die versicherte Person zugleich den Lebensmittelpunkt hat. Bei einer Verlegung des Hauptwohnsitzes ist der Versicherer unverzüglich schriftlich davon zu informieren. Ergibt sich durch den Hauptwohnsitzwechsel die Anwendbarkeit eines anderen Regionaltarifes, so wird der Versicherer eine Umstellung des Versicherungsvertrages auf den jeweils zur Anwendung kommenden Regionaltarif vornehmen (Art. 28). Im Falle der Hauptwohnsitzverlegung ins Ausland besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz.

Artikel 2

Versicherungsfall

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

Artikel 3

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt weltweit.

Artikel 4

Zeitlicher Geltungsbereich

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

Artikel 5

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn, jedoch nur unter der Voraussetzung, dass der Versicherungsnehmer die erste oder einmalige Prämie einschließlich Steuern rechtzeitig, das heißt innerhalb von 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug zahlt.
Die nähere Bestimmung des Beginns dieser Frist von 14 Tagen, die weitere Voraussetzungen für die Leistungsfreiheit bei Zahlungsverzug oder bei nur teilweiser Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie, die Bestimmung des Beginns des Versicherungsschutzes bei nicht rechtzeitiger Prämienzahlung sowie weitere Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges sind in den §§ 38 und 39a VersVG geregelt. Die nicht rechtzeitige Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie einschließlich Steuern berechtigt den Versicherer gemäß den Voraussetzungen des § 38 VersVG zum Rücktritt vom Vertrag.
Die Folgeprämien sind zu den jeweils vereinbarten Fälligkeitsterminen zu zahlen. Die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges mit Folgeprämien sind in den §§ 39 und 39a VersVG geregelt.
2. Vorläufige Deckung
Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Polizza beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit Zugang der Polizza. Dem Versicherer steht in diesem Fall die auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Prämie zu.

Artikel 6

Begriff des Unfalles

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
 - 2.1. Ertrinken oder Ersticken;
 - 2.2. Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - 2.3. Einatmen von Gasen und Dämpfen, Einnehmen von giftigen und ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - 2.4. bei denen durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt oder durch ein gleichartiges Ereignis Muskeln, Sehnen, Bänder, Kapseln oder Menisci gezerrt oder zerrissen werden. Ein Riss der Achillessehne ist nur dann ein Unfall, wenn dieser unmittelbar durch ein plötzlich von außen einwirkendes Ereignis verursacht wird und äußere Verletzungszeichen (wie

- Bluterguss, Schnittwunden, Hautabschürfung etc.) medizinisch dokumentiert sind.
- 2.5. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse finden insbesondere die Bestimmungen des Art. 25 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung.
 3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Eine Ausnahme besteht für Kinderlähmung, Lyme-Borreliose und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis, jeweils ausschließlich im Rahmen und Umfang des Artikels 16 sowie für Wundstarrkrampf und Tollwut, verursacht durch einen Unfall gemäß Punkt 1.
 4. Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die die versicherte Person als Fluggast in motorisierten Luftfahrzeugen (mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights), welche für die Personenbeförderung zugelassen sind, erleidet. Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, sofern nicht ein Ausschlussstatbestand gemäß Artikel 24 Punkt 1 gegeben ist.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

Die folgenden Leistungsbausteine des Versicherungsschutzes können grundsätzlich im Rahmen einer Unfallversicherung versichert werden. Welche Leistungsbausteine tatsächlich versichert wurden und mit welchen Versicherungssummen, ist im Versicherungsvertrag ersichtlich.

Artikel 7

Dauernde Invalidität

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Dauernde Invalidität liegt vor, wenn die versicherte Person auf Lebenszeit durch einen Unfall in ihrer

körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit beeinträchtigt ist.

- 1.1. Die dauernde Invalidität ist innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, beim Versicherer innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet, geltend gemacht worden.
- 1.2. Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen und unter Vorlage eines ärztlichen Befundes zu begründen. Bei Nichtgeltendmachung des Anspruches sowie Vorlage eines Befundberichtes innerhalb der bedingungsgemäß vereinbarten Frist erlischt der Anspruch.
- 1.3. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt. Stirbt die versicherte Person aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder – gleichgültig aus welcher Ursache – später als ein Jahr nach dem Unfall, ist nach jenem Invaliditätsgrad zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:
Die Invaliditätsleistung zahlt der Versicherer als prozentualen Kapitalbetrag der vereinbarten Versicherungssumme unter Berücksichtigung einer allfällig vereinbarten Progression.
- 2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gilt ausschließlich die im Versicherungsvertrag vereinbarte Gliedertaxe mit deren zugehörigen Invaliditätsgraden:

GLIEDERTAXEN	SMART	STANDARD	ERHOHT
Arm	70 %	80 %	100 %
Hand	50 %	60 %	100 %
Daumen	20 %	30 %	100 %
Zeigefinger	10 %	20 %	75 %
Anderer Finger	5 %	10 %	20 %
Bein	70 %	80 %	100 %
Große Zehe	5 %	8 %	8 %
Andere Zehe	2 %	5 %	5 %
Sehkraft beider Augen	100 %	100 %	100 %
Sehkraft eines Auges	50 %	50 %	50 %
Sehkraft eines Auges, sofern die Sehkraft des anderen Auges vor	65 %	65 %	65 %
Gehör beider Ohren	70 %	70 %	70 %
Gehör eines Ohres	35 %	35 %	35 %
Gehör eines Ohres, sofern das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt	45 %	45 %	45 %
Geruchssinn	10 %	10 %	10 %
Geschmackssinn	10 %	10 %	10 %
Milz	10 %	10 %	10 %
Eine Niere	20 %	20 %	20 %
Beeinträchtigung der Leberfunktion	10 %	10 %	10 %
Beeinträchtigung der Lungenfunktion	30 %	30 %	30 %
Stimme	30 %	50 %	50 %
Völliger Verlust einer weiblichen Brust	15 %	15 %	15 %
Verlust der männlichen Geschlechtsorgane	30 %	30 %	30 %

Die „erhöhte Gliedertaxe“ kann nicht von Personen abgeschlossen werden, die unter die Berufsgruppe 2 (siehe Anhang) fallen oder die ein unversicherbares Risiko laut Tarifbestimmungen darstellen. Wird ein Beruf, der unter die Berufsgruppe 2 fällt, nur als Nebentätigkeit ausgeübt, so ist ebenfalls kein Abschluss der „erhöhten Gliedertaxe“ möglich. Bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung ist Art. 27 sinngemäß anwendbar. Weiters ist die „erhöhte Gliedertaxe“ generell nur für berufstätige Personen ab dem 19. Lebensjahr abschließbar. Wenn die versicherte Person ihre Berufstätigkeit beendet, spätestens jedoch ab Vollendung des 65. Lebensjahres, gilt ab dem darauffolgenden Monat die Invaliditätstabelle gemäß Art. 7 Punkt 2.1 der AUVB (Gliedertaxe Standard). Gleichzeitig verringert sich der auf die Invalidität entfallende Prämienanteil der erhöhten Gliedertaxe auf den wertangepassten entsprechenden Prämienanteil der Standardgliedertaxe des zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Tarifes.

2.2. Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionseinschränkung der vorgenannten Körperteile oder Organe werden unter der Berücksichtigung der in der Police vereinbarten Gliedertaxe anteilig angewendet.

Bei Funktionseinschränkungen von Armen und Beinen ist der Prozentsatz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden. Der Wert für den Verlust der Sehkraft beider Augen (100 %) und den Verlust des Gehörs beider Ohren (70 %) wird nur bei vollständigem Verlust der Sehkraft beider Augen bzw. des Gehörs beider Ohren angewendet.

3. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Funktionsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.
4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.
5. Aufgrund der geltenden Progression erhöht sich die Leistung des Versicherers für Invaliditätsgrade über 22 % gemäß der nachstehenden Progressionstafel bis 500 % der vereinbarten Versicherungssumme.

Progressionstafel									
von	auf	von	auf	von	auf	von	auf	von	auf
1 %	1 %	21 %	21 %	41 %	79 %	61 %	150 %	81 %	254 %
2 %	2 %	22 %	22 %	42 %	82 %	62 %	154 %	82 %	262 %
3 %	3 %	23 %	25 %	43 %	85 %	63 %	158 %	83 %	270 %
4 %	4 %	24 %	28 %	44 %	88 %	64 %	162 %	84 %	278 %
5 %	5 %	25 %	31 %	45 %	91 %	65 %	166 %	85 %	286 %
6 %	6 %	26 %	34 %	46 %	94 %	66 %	170 %	86 %	294 %
7 %	7 %	27 %	37 %	47 %	97 %	67 %	174 %	87 %	302 %
8 %	8 %	28 %	40 %	48 %	100 %	68 %	178 %	88 %	310 %
9 %	9 %	29 %	43 %	49 %	103 %	69 %	182 %	89 %	318 %
10 %	10 %	30 %	46 %	50 %	106 %	70 %	186 %	90 %	500 %
11 %	11 %	31 %	49 %	51 %	110 %	71 %	190 %	91 %	500 %
12 %	12 %	32 %	52 %	52 %	114 %	72 %	194 %	92 %	500 %
13 %	13 %	33 %	55 %	53 %	118 %	73 %	198 %	93 %	500 %
14 %	14 %	34 %	58 %	54 %	122 %	74 %	202 %	94 %	500 %
15 %	15 %	35 %	61 %	55 %	126 %	75 %	206 %	95 %	500 %
16 %	16 %	36 %	64 %	56 %	130 %	76 %	214 %	96 %	500 %
17 %	17 %	37 %	67 %	57 %	134 %	77 %	222 %	97 %	500 %
18 %	18 %	38 %	70 %	58 %	138 %	78 %	230 %	98 %	500 %
19 %	19 %	39 %	73 %	59 %	142 %	79 %	238 %	99 %	500 %
20 %	20 %	40 %	76 %	60 %	146 %	80 %	246 %	100 %	500 %

6. Im ersten Jahr nach dem Unfall wird eine Invaliditätsleistung vom Versicherer nur erbracht, wenn Art und Umfang der Unfallfolgen aus ärztlicher Sicht eindeutig feststehen und aus ärztlicher Sicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, dass der Versicherte innerhalb eines Jahres verstirbt.
7. Steht der Grad der dauernden Invalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl die versicherte Person als auch der Versicherer berechtigt, den Invaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen. Bei neuerlicher Feststellung

des Invaliditätsgrades innerhalb dieser Frist, kann der Versicherer bereits geleistete, den Invaliditätsgrad übersteigende Zahlungen zurückfordern.

Artikel 8 Sofortleistung

1. Inwieweit ein Unfall eine Dauerinvalidität zur Folge hat, kann in der Regel erst nach Ablauf eines Jahres durch einen medizinischen Sachverständigen überprüft werden. Abweichend dazu entfällt diese Wartezeit bei der Sofortleistung.

2. Als Voraussetzung für die Sofortleistung gilt, dass die versicherte Person durch den Unfall erstmalig an dem betroffenen Körperteil exakt eine im Verletzungskatalog angeführte Verletzung erleidet.
3. Bestand für den betroffenen und im Verletzungskatalog angeführten Körperteil bereits vor dem Unfall eine Beeinträchtigung durch Krankheiten oder Gebrechen oder sind durch den Unfall unterschiedliche Körperteile verletzt, kommt die Sofortleistung nicht zur Anwendung.
Sind die Voraussetzungen für einen Anspruch aus der Dauerinvalidität erfüllt, hat die versicherte Person ausschließlich Anspruch auf eine Kapitalleistung aus diesem Leistungsbaustein.
4. Ein Anspruch auf Sofortleistung ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung hervorgehen, zu begründen und geltend zu machen.
5. Die Sofortleistung zahlt der Versicherer als Pauschalbetrag laut dem Verletzungskatalog in der unten aufgeführten Aufzählung.
6. Hat eine versicherte Person eine Sofortleistung bezogen und verstirbt diese unfallkausal innerhalb eines Jahres, wird die bereits ausgezahlte Sofortleistung einer allfälligen Todesfalleistung gegengerechnet und ausschließlich die sich ergebende Differenz ausbezahlt. Ist die Todesfalleistung geringer als die bereits ausgezahlte Sofortleistung so unterbleibt eine Rückforderung der Differenz.
7. Mit Erbringung der Sofortleistung sind grundsätzlich alle Ansprüche aus dem Baustein Dauerinvalidität Artikel 7 abgegolten. Jedoch hat die versicherte Person das Recht, eine Beurteilung der Unfallfolgen durch eine gutachterliche Untersuchung zu verlangen. Sollte die gutachterliche Untersuchung eine höhere Leistung ergeben, wird die Differenz nachgezahlt. Sollte das Gutachten eine niedrigere Leistung als die bereits ausgezahlte Sofortleistung ergeben, behalten wir uns das Recht vor, die zu viel bezahlte Leistung rück zu fordern
8. Bei versicherten Kindern bis zum 15. Lebensjahr kommt die Sofortleistung nicht zur Anwendung.
9. Fissuren sowie Verletzungen der Wachstumsfuge sind von der Sofortleistung ausgeschlossen.
10. Führt ein Unfallereignis zu mehreren Verletzungen an ein und demselben Körperteil, kommt nur die Sofortleistung zum Tragen von der am höchsten bewerteten Verletzung (siehe untenstehende Aufzählung).

Mögliche Leistungen bei völligem Verlust (Amputation)

- eines Daumens: EUR 30.000,-
- eines Zeigefingers: EUR 20.000,-
- eines anderen Fingers: EUR 10.000,-
- einer großen Zehe: EUR 8.000,-
- einer anderen Zehe: EUR 5.000,-
- der Milz: EUR 10.000,-
- einer Niere: EUR 20.000,-

Mögliche Leistungen bei Bruch (Fraktur)

- eines Ellenbogengelenkes EUR 2.000,-
- eines Handgelenkes EUR 3.000,-
- eines Hüftgelenkes EUR 3.500,-
- eines Kniegelenkes EUR 2.500,-
- eines Innenknöchels EUR 2.000,-
- eines Außenknöchels EUR 2.000,-
- eines Oberarmknochens EUR 2.000,-
- eines Oberschenkel(hals)knochens EUR 2.000,-
- eines Schlüsselbeins EUR 1.000,-
- eines Halswirbels EUR 4.000,-
- eines Brustwirbels EUR 2.000,-
- eines Lendenwirbels EUR 2.500,-
- im Schultergelenk (Schulterblatt) EUR 1.000,-

Mögliche Leistungen bei vollständigem Riss oder vollständiger Durchtrennung

- eines Kreuzbandes im Knie EUR 7.000,-
- eines Seitenbandes im Knie EUR 1.000,-
- eines Bandes im Sprunggelenk EUR 2.000,-
- eines Meniskus EUR 1.000,-

Artikel 9

Unfallrente

Ein Anspruch auf Unfallrente besteht nur dann, wenn dies im Versicherungsvertrag so vereinbart und in der Versicherungspolize so dokumentiert ist. Für das Paket Trendsport (Definition siehe Anhang) besteht im Rahmen der Unfallrente kein Versicherungsschutz. Für das Sportpaket 1 und Sportpaket 2 (Definition siehe Anhang) besteht im Rahmen der Unfallrente Versicherungsschutz erst ab einer unfallbedingten dauernden Invalidität von 50 %, ohne dass dabei die Progression einbezogen wird.

Zur Unfallrente gilt Folgendes:

1. Führt der Unfall zu einer dauernden Invalidität gem. Art. 7 von mindestens 35 % bzw. 50 % – je nach Vereinbarung in der Versicherungspolize –, wird unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person die in der Versicherungspolize vereinbarte Unfallrente bezahlt. Die Berechnung der Dauerinvalidität erfolgt anhand der im Versicherungsvertrag vereinbarten Gliedertaxe Standardgliedertaxe gemäß Art. 7 Punkt 2.1. Der Invaliditätsgrad mindert sich um eine allenfalls bestehende Vorinvalidität gemäß Art. 7 Punkt 3. Die Progression gemäß Art. 7 Punkt 5 kommt nicht zur Anwendung.
2. Die Zahlung der Unfallrente erfolgt monatlich im Voraus. Die erste Unfallrente wird rückwirkend mit dem Monat, in welchem sich der Unfall ereignet hat, fällig. Die Rentenzahlung endet mit Ablauf des Monats,
 - in dem die versicherte Person stirbt oder
 - in dem eine Neubemessung der Invalidität nach Art. 7 Punkt 7. ein Absinken der dauernden Invalidität im Sinne des Art. 9 Punkt 1 unter 35 % bzw. unter 50 % ergibt.

3. Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb des ersten Jahres nach dem Unfall, und vor Bemessung einer dauernden Invalidität, besteht kein Anspruch auf eine Unfallrente.
4. Der Versicherer ist berechtigt, vom Versicherten eine amtlich oder notariell bestätigte Lebensbescheinigung anzufordern. Wird diese Lebensbescheinigung nicht unverzüglich übermittelt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit bis zur Beibringung der Bescheinigung.
5. Wenn eine Unfallrente nach dieser Bestimmung bezogen wird, entfällt der für die Unfallrente vereinbarte Prämienanteil.

Artikel 10

Unfall plus+

Sofern vereinbart, werden durch den Zusatz Unfall plus+ Leistungen ab einem unfallbedingten dauerndem Invaliditätsgrad von über 50 % erbracht. Bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades findet Art. 7 Punkt 5 (Progressionstafel) keine Anwendung.

Eine allenfalls bestehende Vorinvalidität bleibt unberücksichtigt, wird also bei der Ermittlung des Invaliditätsgrades in Abzug gebracht. Die Versicherungsleistung beträgt pro Unfallereignis einmalig EUR 100.000,- und wird zusätzlich zu der im Grundvertrag vereinbarten Summe ausbezahlt. Für das Paket Trendsport besteht im Rahmen der Unfall plus+ kein Versicherungsschutz. Indexvereinbarung ausgeschlossen.

Artikel 11

Todesfall

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Tritt innerhalb eines Jahres, vom Unfalltag an gerechnet, der Tod als Folge des Unfalles ein, wird der auf der Versicherungspolize für den Todesfall dokumentierte Betrag gezahlt.
2. Auf die Todesfalleistung werden nur Zahlungen, die für dauernde Invalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind, angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für dauernde Invalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen. Hat eine versicherte Person eine Sofortleistung bezogen und verstirbt diese unfallkausal innerhalb eines Jahres, wird die bereits ausgezahlte Sofortleistung einer allfälligen Todesfalleistung gegengerechnet und ausschließlich die sich ergebende Differenz ausbezahlt. Ist die Todesfalleistung geringer als die bereits ausgezahlte Sofortleistung so unterbleibt eine Rückforderung der Differenz.
3. Für Personen, die zum Zeitpunkt des unfallbedingten Ablebens das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die tatsächlich aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten maximal bis zur Höhe des aktuell durch die FMA auf Grund der Beerdigungskostenverordnung 2016 (Stammfassung BGB II Nr. 172/2015) verordneten Betrages für Beerdigungskosten rückerstattet.

Artikel 12

Tagegeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Tagegeld wird für die Dauer der vollständigen Arbeitsunfähigkeit im Beruf oder in der Beschäftigung der versicherten Person für längstens 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt. Kein Tagegeld gebührt für Zeiträume, in denen der Versicherte Einkommen aus geringfügiger Beschäftigung, Arbeitslosengeld, Notstandshilfe oder Mindestsicherung bezieht. Der Beginn und die Beendigung eines derartigen Zeitraumes sind dem Versicherer unverzüglich bekanntzugeben (siehe Art. 27).

Artikel 13

Spitalgeld

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Spitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, längstens für 365 Tage innerhalb von 4 Jahren ab dem Unfalltag gezahlt.
2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 14

Unfallkosten

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt: Bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme werden vom Versicherer Unfallkosten ersetzt, sofern sie innerhalb von 4 Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen und soweit nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde.

Unfallkosten sind:

1. Heilkosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung notwendig waren.

Ersetzt werden:

- 1.1. Kosten für stationäre Heilbehandlung in der allgemeinen Gebührenklasse, also eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder deren Abteilungen, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich

nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind und Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert. Nicht ersetzt werden jedoch die Kosten der stationären Heilbehandlung in der Sonderklasse in (Privat-)Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien etc.

- 1.2. Kosten für Heilbehandlung durch Arzt, Facharzt oder Zahnarzt:
Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination oder Krankenhaus), Hausbesuche, diagnostische Strahlentherapie, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG, Computer- und Kernspintomographie. Operative ambulante Heilbehandlungen bis max. 50 % der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme.
- 1.3. Ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen: Chirotherapie, Akupunktur, Stoßwellentherapie, Neuraltherapie.
- 1.4. Physiotherapeutische Behandlungen außerhalb eines Kuraufenthaltes
- 1.5. Kosten für Zahnersatz und künstliche Gliedmaßen:
Die erstmalige Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie Kosten der Wiederbeschaffung bzw. Reparatur festsitzender, nicht abnehmbarer Zahnersätze und andere, nach ärztlichem Ermessen erforderliche erstmalige Anschaffungen. Für versicherte Kinder werden Kosten für die erstmalige Anschaffung eines Zahnersatzes nur dann geleistet, wenn die hierfür notwendige Heilbehandlung vor Vollendung des 19. Lebensjahres begonnen hat und bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres abgeschlossen ist.
Für die unter Art. 14 Punkt 1.3. und 1.4. angeführten Behandlungen werden Kosten nur dann ersetzt, wenn die Behandlungen von einem Arzt oder einer Person, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen kann, durchgeführt werden.

Unfallkosten sind außerdem:

2. Bergungskosten, die notwendig werden, wenn die versicherte Person
 - einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder See-/Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw.
 - durch einen Unfall oder infolge Berg- oder See-/Wassernot den Tod erleidet und ihre Bergung erfolgen muss.
 Bergnot liegt vor, wenn die versicherte Person in alpinem Gelände durch dafür typische Gefahren (z.B. Lawine, Steinschlag) in eine Zwangs- oder Notlage gerät. See-/Wassernot liegt vor, wenn die versicherte Person durch außergewöhnliche Wassermassen (z.B. Überschwemmung, Sturmflut) oder außergewöhnliche Wetterverhältnisse (z.B. Sturm, Unwetter)

während des Aufenthalts auf Wasserflächen in eine Zwangs- oder Notlage gerät.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zu jenem Spital, das dem Unfallort am nächsten gelegen ist. Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern (z.B. Sozialversicherungsträgern), Vereinigungen (z.B. Bergrettung, Automobilorganisationen) oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf den Ersatz der Hubschrauberbergungskosten, so besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als durch diese die Kosten nicht übernommen werden.

Im Rahmen der Hubschrauberbergung werden die notwendigen Kosten eines Rettungstransportes mittels Hubschrauber bis max. EUR 15.000.- ersetzt.

3. Rückholkosten
Rückholkosten sind die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen bodengebundenen Verletztentransportes, wenn die versicherte Person außerhalb Ihres Wohnortes verunfallt ist, von der Unfallstelle bzw. dem Krankenhaus, in das sie nach dem Unfall gebracht wurde, an Ihren Wohnort bzw. zum nächstgelegenen Krankenhaus. Bei einem tödlichen Unfall werden auch die Kosten der Überführung des Toten zu dessen letztem Wohnort in Österreich bezahlt.
Im Rahmen der muki 24h-Hilfe (Unfall-Assistance) gelten darüber hinaus die in den folgenden Punkten 4. und 5. genannten Leistungen unter den im Anhang – Abschnitt muki 24-Hilfe (Unfall-Assistance) – genannten Voraussetzungen und Begrenzungen:
4. Nottransport aus dem Ausland nach Österreich
Nach einem Unfall im Ausland organisiert die muki 24h-Hilfe den medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransport nach Österreich und leistet hierfür, sowie für unfallbedingte, ausländische Krankenhauskosten, Kostenersatz.
5. Rehabilitationsmanagement
Medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation:
Medizinische Rehabilitation, wie zum Beispiel
 - ärztliche Begleitung der Rehabilitationsmaßnahmen;
 - Physio-, Logo-, Bewegungs-, Wärme- und Kälte-, Elektro- sowie Unterwassertherapie und Massagen durch zur freiberuflichen Heilbehandlung am Kranken Berechtigte;
 - Behandlung in RehabilitationseinrichtungenSoziale Rehabilitation, wie zum Beispiel
 - Soziale Einrichtungen: Hilfestellung bei Kontakten zu Ämtern u. Behörden, Sozialversicherungsträgern, Versicherungen, Organisationen für Transport, Pflege, Essen auf Rädern, Haushaltshilfen, etc.;
 - Wohnung: Analyse und Planung von notwendigen baulichen Adaptierungen des Wohnraumes (kein Kostenersatz für Umbau selbst), sowie

Kontakte zu spezialisierten Bauunternehmen und Architekten;

- Mobilität: Hilfestellung bei Beschaffung eines behindertengerechten Fahrzeugs (kein Kostenersatz für Ankauf oder Umbau selbst), Hilfestellung bei Organisation eines Behinderten-Parkplatzes, Hilfestellung bei Inanspruchnahme der öffentlichen Verkehrsmittel.

Berufliche Rehabilitation, wie zum Beispiel

- Perspektivenentwicklung mit umfangreicher Diagnostik, Berufsorientierung und Berufsfindung, mögl. Fördermaßnahmen;
- Maßnahmen zur beruflichen Qualifizierung: Arbeitsrelevante Maßnahmen der Bildung und beruflichen Praxis.

Hinweis: Bitte beachten Sie die Voraussetzungen gemäß Anhang muki 24h-Hilfe (Unfall-Assistance).

Artikel 15

Knochenbruchpauschale

Wenn im Grundvertrag das Risiko der unfallbedingten dauernden Invalidität beantragt wurde, wird bei unfallbedingtem Knochenbruch (unabhängig von der Anzahl der gebrochenen Knochen und der Schwere der Knochenbrüche) eine einmalige Knochenbruchpauschale pro Unfallereignis in der auf der Versicherungspolize dokumentierten Höhe erbracht.

Artikel 16

Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis, Lyme-Borreliose

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Folgen der Kinderlähmung, Lyme-Borreliose und der durch Zeckenbiss übertragenen Frühsommer-Meningoencephalitis, wenn die Erkrankung serologisch festgestellt und frühestens 15 Tage nach Beginn, jedoch spätestens 15 Tage nach Erlöschen der Versicherung zum Ausbruch kommt.
2. Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Kinderlähmung, Frühsommer-Meningoencephalitis oder Lyme-Borreliose diagnostizierten Krankheit konsultiert wurde.

Eine Leistung wird vom Versicherer nur für Tod (gemäß Art. 11) oder dauernde Invalidität (gemäß Art. 7) im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme erbracht (siehe Polize).

Artikel 17

Schmerzensgeld

1. Ab einem unfallbedingten ununterbrochenen Spitalsaufenthalt von mindestens 15 Tagen innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag leistet der Versicherer ein einmaliges Schmerzensgeld in der vereinbarten Höhe. Bei einem ununterbrochenen Spitalsaufenthalt von mindestens 21 Tagen innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag wird die vereinbarte Leistung um 50 % erhöht.

2. Als Spitäler gelten Krankenanstalten und Sanatorien, die sanitätsbehördlich genehmigt sind, unter ständiger ärztlicher Leitung und Betreuung stehen und sich nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden beschränken, sowie Rehabilitationszentren der Sozialversicherungsträger, Werksspitäler und Krankenreviere der Exekutive.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Heil- und Pflegeanstalten für Lungenkranke sowie für unheilbar chronisch Erkrankte, Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geisteskranke.

Artikel 18

Kosmetische Operationen

1. Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche des Versicherten derart beschädigt oder verformt, dass nach Abschluss der Heilbehandlung das äußere Erscheinungsbild des Versicherten dauernd beeinträchtigt ist, und entschließt sich der Versicherte, sich einer kosmetischen Operation zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels zu unterziehen, so übernimmt der Versicherer die mit der Operation und der klinischen Behandlung im Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorare, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der Klinik.
2. Der Versicherer übernimmt die vorgenannten Kosten, die bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem Unfall entstanden sind. Diese Kosten werden bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Ausgeschlossen vom Ersatz sind die Kosten für zusätzliche Nahrungs- und Genussmittel, für Bade- und Erholungsreisen sowie für häusliche Krankenpflege, soweit nicht die Zuziehung von beruflichem Pflegepersonal ärztlich angeordnet wird.

Artikel 19

Leistungserweiterungen

1. Erfrieren
Als Unfallereignis im Sinne von Art. 2 gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.
2. Infektionen
- 2.1. Der Ausbruch folgender Infektionskrankheiten gilt ebenfalls als Unfall:
 - a) Infektionskrankheiten, die durch Insektenstiche oder sonstige von Tieren verursachte Hautverletzungen übertragen wurden (Borreliose, Brucellose, Fleckfieber, Gelbfieber, Malaria, Pest).
 - b) Cholera, Diphtherie, Gürtelrose, Keuchhusten, Masern, Mumps, Pfeiffisches Drüsenfieber, Pocken/Windpocken, Röteln, Scharlach, Tuberkulose und Typhus/Paratyphus.

Der Versicherungsschutz nach Absatz a) und b) besteht jedoch nur, wenn der Ausbruch der Erkrankung frühestens drei Monate nach Ausstellung der Versicherungspolize (Wartezeit) stattfand.

- 2.2. Als Unfallereignis gelten auch Schutzimpfungen gegen die nach Punkt 2.1. versicherten Infektionskrankheiten (zuzüglich FSME, Kinderlähmung), wenn die versicherte Person dadurch Gesundheitsschäden erleidet.
- 2.3. Der Versicherer erbringt eine Leistung nur für dauernde Invalidität (Art. 7) und für den Todesfall (Art. 11) soweit Versicherungssummen für diese Leistungsart vereinbart wurden. Auf andere vereinbarte Leistungsarten findet diese Erweiterung keine Anwendung.
3. Behinderungsbedingte Mehraufwendungen
Die folgenden, innerhalb von drei Jahren nach einem Unfall entstehenden Kosten übernimmt der Versicherer bis zu jener Höhe, die im Versicherungsschein bezeichnet ist, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der durch den Unfall verursachten dauernden Invalidität von mind. 50 % (Art. 7, ohne Progressionsstaffel), erforderlich sind:
 - a) behindertengerechter Umbau des Pkw der versicherten Person;
 - b) behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung.

Hat noch ein anderer Ersatzpflichtiger zu leisten, werden nur die restlichen Kosten bezahlt. Bestreitet der andere Ersatzpflichtige seine Leistungspflicht, bleibt es beim vollen Leistungsanspruch. Bestehen bei unserer Gesellschaft noch weitere Verträge für die versicherte Person, wird die Leistung aus einem Vertrag erbracht.

4. Bewusstseinsstörungen
Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Unfälle, die die versicherte Person aufgrund einer Bewusstseinsstörung erleidet, ausgenommen infolge
 - einer krankheitsbedingten Bewusstseinsstörung,
 - Suchtgiftkonsum,
 - Alkoholkonsum, sofern zum Unfallzeitpunkt der Alkoholgehalt des Blutes mehr als 0,8 g/l (=Promille) oder der Alkoholgehalt der Atemluft mehr als 0,4 mg/l (=Promille) beträgt,
 - Medikamenteneinfluss, sofern es sich um Psychopharmaka handelt, die Medikamenteneinnahme nicht nach ärztlicher Verordnung und Dosierung erfolgte oder die Verkehrstüchtigkeit wesentlich beeinträchtigt war.
5. Rettungsmaßnahmen
In Ergänzung zu Art. 6 sind Unfälle aus der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren und Sachen mitversichert.
6. Sporttauchrisiko
Der Versicherungsschutz gilt auch für Unfälle, die der versicherten Person bei der nichtberuflichen bzw. nicht wettkampfmäßigen Ausübung des Tauch-

portes bis zu einer Tauchtiefe von 40 m zustoßen können.

Voraussetzungen sind die Ausbildung durch eine international anerkannte Organisation (z.B. PADI, VIT, NAUI WW, SSI CMAS) sowie im Rahmen des Tauchbrevets erfolgter Tauchgang. Diese Voraussetzungen sind vom Versicherungsnehmer nachzuweisen.

In Erweiterung der Bestimmungen der AUVB gelten als Unfall auch Gesundheitsschädigungen mit dauerhaften Folgen infolge von:

- Stickstoffintoxikation (Tiefenrausch)
- CO₂-Intoxikation (Ensufflement)
- Sauerstoffintoxikation
- Atemgasembolie (AGE, Barotraumen)
- Dekompressionskrankheit

7. Kletterunfälle

Kletterunfälle – in der Halle und im Freien – gelten als vom Versicherungsschutz umfasst, sofern der Verunfallte die erforderlichen Sicherungsmaßnahmen beachtet hat und:

- eine Kletterroute die UIAA-Schwierigkeits-skala IV (französische Skala 4) nicht übersteigt
- ein Klettersteig die Schwierigkeitsskala D nicht übersteigt

wobei jeweils der in der Kletterroute/im Klettersteig auftretende höchste Schwierigkeitsgrad zur Einstufung der gesamten Kletterroute/des gesamten Klettersteigs heranzuziehen ist.

Als erforderliche Sicherheitsmaßnahmen für Klettersteige ab Schwierigkeitsskala B gelten jedenfalls: Klettergurt, UIAA-geprüfter Bergsteigerhelm, ein Klettersteigset nach UIAA-Norm und Klettersteighandschuhe.

Alle anderen Kletterunfälle – z.B. Bouldern, Eisklettern, Mixed-Klettern (Eis- und Felsenklettern kombiniert) – sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

8. In Ergänzung gelten für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse als Unfall:
 - Vergiftungen durch orale Einnahme fester oder flüssiger Stoffe
 - Verschlucken von Gegenständen
9. Unfälle als Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles gelten als mitversichert.

Artikel 20

Zusatzleistung

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 29 Punkt 2 bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Art. 29 Punkt 2.3.

Artikel 21

Fälligkeit der Leistung und Verjährung

1. Geldleistungen des Versicherers werden mit Beendigung der Erhebungen fällig, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung nötig sind.
2. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
4. Für Leistungen wegen Eintritts dauernder Invalidität sind überdies die Bestimmungen des Art. 7 Punkt 6. und 7.
5. Für die Verjährung gilt § 12 VersVG.

Artikel 22

Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten

1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Unfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheiten oder Gebrechen entscheidet verbindlich ein Schiedsgutachter, sofern dies der Versicherungsnehmer bzw. der Bezugsberechtigte (im Folgenden: der Anspruchsberechtigte) oder der Versicherer verlangen und diese Meinungsverschiedenheiten auf insofern abweichenden medizinischen Gutachten des vom Versicherer im Anlassfall beigezogenen sowie eines vom Anspruchsberechtigten beauftragten Gutachterarztes beruhen.
2. Gemäß § 184 VersVG ist die Entscheidung des Schiedsgutachters nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar von der wirklichen Sachlage erheblich abweicht. In diesem Fall entscheidet ein ordentliches Gericht über die strittige Frage. Letzteres gilt auch, wenn der Schiedsgutachter die Feststellung nicht treffen kann oder will oder sie länger als drei Monate verzögert oder wenn der Schiedsgutachter nicht entscheidet, weil der Anspruchsberechtigte zwar die Entscheidung des Schiedsgutachters verlangt hat, aber nicht fristgerecht gemäß dem untenstehenden Punkt 7 mitgeteilt hat, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein.
3. Das Recht, die Entscheidung eines Schiedsgutachters zu verlangen, steht sowohl dem Anspruchsberechtigten als auch dem Versicherer zu. Das Verlangen einer Entscheidung des Schiedsgutachters hat binnen zwei Monaten ab Zugang der in geschriebe-

ner Form übermittelten Entscheidung des Versicherers über die jeweils strittige Fragestellung im Sinne von Punkt 1 unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines dieser Forderung/ Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen wird der Versicherer den Anspruchsberechtigten in seiner Entscheidung über den Anspruch und/oder die strittige Fragestellung in geschriebener Form hinweisen.

4. Als Schiedsgutachter bestellen der vom Versicherer im Anlassfall beigezogene sowie der vom Anspruchsberechtigten mit der bisherigen Fallbeurteilung beauftragte Gutachterarzt einvernehmlich einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt mit ius practicandi (Recht zur Berufsausübung), welcher in die Liste, der in Österreich gerichtlich zertifizierten medizinischen Sachverständigen eingetragen ist. Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Schiedsgutachters nicht, wird ein für die Beurteilung der strittigen Fragen zuständiger medizinischer Sachverständiger, durch die Österreichische Ärztekammer, als Schiedsgutachter bestellt.
5. Die Obliegenheiten gemäß Art. 29 Punkt 2.4 bis 2.7 gelten sinngemäß für das Schiedsgutachterverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstaten und über die strittigen Tatsachen im Sinne des Punktes 1 zu entscheiden. Diese Entscheidung des Schiedsgutachters hat eine schriftliche Begründung zu umfassen, die sich mit den vorhandenen Gutachten auseinandersetzt.
7. Verlangt der Versicherer die Entscheidung des Schiedsgutachters, so trägt der Versicherer dessen Kosten allein. Verlangt der Anspruchsberechtigte die Entscheidung des Schiedsgutachters, hat der Versicherer dem Anspruchsberechtigten vor Aufnahme der Tätigkeit des Schiedsgutachters in geschriebener Form den Maximalbetrag der vom Anspruchsberechtigten zu tragenden Kosten mitzuteilen. Dieser Maximalbetrag ist vom Versicherer unter Bedachtnahme auf die zu erwartenden objektiv notwendigen Kosten des Schiedsgutachters zu bestimmen und darf nicht mehr als 5 % der für Tod und dauernder Invalidität zusammen versicherten Summe, höchstens jedoch 50 % des strittigen Betrages betragen. Der Schiedsgutachter wird nur dann tätig, wenn der Anspruchsberechtigte innerhalb von vier Wochen ab Erhalt der Mitteilung erklärt, mit dem ihm mitgeteilten Maximalbetrag einverstanden zu sein. Die endgültigen Kosten des Schiedsgutachters werden von ihm anhand der im Rahmen seiner Tätigkeit angefallenen objektiv notwendigen Kosten festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens der beiden Parteien zu tragen, vom Anspruchsberechtigten jedoch maximal bis zur Höhe des ihm mitgeteilten Maximalbetrags.

Bei Unverbindlichkeit der Entscheidung des Schiedsgutachters (siehe Punkt 2) trägt der Versicherer die Kosten des Schiedsgutachters.

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

Artikel 23

Unversicherbare Risiken

Insbesondere die nachstehenden Sportarten / Aktivitäten / Risiken sind nicht versicherbar:

1. Alle im Mannschaftssport tätigen Sportler der jeweils obersten beiden nationalen Spielklassen (z.B. im Fußballsport 1. und 2. Bundesliga/Admiral Liga)
2. Kaderskiläufer (Nordisch und Alpin, Snowboard und ähnliches) in ÖSV oder vergleichbaren Länderorganisationen
3. Aggressive Mannschaftssportarten mit erhöhtem Körperkontakt, z.B. alle Arten von Football, Rugby etc., auch wenn sie vereins- und/oder wettbewerbsmäßig ausgeübt werden.
4. Extremsportarten, z.B. Highropes, Hydrospeed, Höhlentrekking, Houserunning, Scaddiving, Freeclimbing, Sky-Running, Rodeo, BMX-Freestyle, Freeriding, Motocross, -training und -wettbewerbe sowie Fahrten auf Motocross-Strecken
5. Klettern/Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad VI nach französischer Skala; Klettersteig über Schwierigkeitsgrad E;
6. Tauchen tiefer als 60 m sowie bei Verwendung von Mischgas
7. Teilnahme an Expeditionen, Rekordversuche
8. Berufs-, Lizenz- oder Profisportler
Unfälle im Rahmen einer entgeltlich ausgeübten sportlichen Tätigkeit und dem dazugehörigen Training gelten als vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Entgeltlichkeit liegt vor, wenn die versicherte Person mehr als einen bloßen Spesensatz erhält, aber mindestens EUR 500,- monatlich. Profisportler ist jedenfalls auch, wer für seine Sportart von der österreichischen Sporthilfe gefördert wird. Die Ausübung einer derartigen sportlichen Tätigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.
9. Nicht motorische Flugrisiken wie Bungeejumping und Basejumping
10. Gerüstbauer, Monteure für Aufzüge, Seilbahnen, Strom- und Sendemasten und Windkraftanlagen
11. Artisten, Stuntmen, Tierbändiger
12. Fliegendes Personal, Privat- und Sportflieger
13. Flugsportvereine
14. Kriegs – und Atomrisiko
15. Munitionssuchtrupps, Mineure, Feuerwerker
16. Spreng- und Räumungspersonal, Berufstaucher mit Sprengungen
17. Piloten, Fluglehrer und Flugschüler
18. Schausteller
19. Sondereinheiten der Exekutive
20. Bodyguards und Türsteher

21. Testfahrer
22. Höhlenforscher, Höhlentaucher
23. Vom Vorversicherer gekündigte Verträge
24. Bouldern, Eisklettern, Mixed-Klettern (Eis- und Felsenklettern kombiniert)
25. Airboarding

Artikel 24

Ausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz nicht Unfälle, die die versicherte Person erleidet:

1. - als verantwortlicher Pilot eines Luftfahrzeuges. Luftfahrzeuge sind Fahrzeuge, die sich zur Fortbewegung von Personen oder Sachen in der Luft ohne mechanische Verbindung mit der Erde eignen, gleichgültig ob sie schwerer als Luft (zum Beispiel Flugzeuge, Segelflugzeuge, Hänge- oder Paragleiter, Schwingenflugzeuge, Hubschrauber, Tragschrauber und Fallschirme) oder leichter als Luft (zum Beispiel Luftschiffe und Freiballone) sind.
- als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges
- bei einer ausschließlich mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit
- als Pilot, Besatzung oder Passagier von ferngesteuerten Luftfahrzeugen
- als Pilot, Besatzung oder Passagier von Raumfahrzeugen
2. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges beim Fahren auf Rennstrecken oder Trainingsanlagen für Motorsport oder an Fahrtveranstaltungen einschließlich der offiziellen Trainings- und Qualifikationsfahrten oder bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Bewältigung von Hindernissen, schwierigem Gelände oder die Erzielung von Höchstleistungen ankommt, beteiligt;
3. Unfälle und sonstige Leistungsfälle bei der Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des nordischen und alpinen Schisports, des Snowboardens sowie Freestyle, Bob-, Skibob-, Skeletonfahrens oder Rodeln sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen;
4. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
5. Unfälle und sonstige Leistungsfälle,
- die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegereignissen jeder Art (mit oder ohne Kriegserklärung) zusammenhängen;
- bei bewaffneten Konflikten und Gewalthandlungen zwischen Staaten
- Gewalthandlungen politischer oder terroristischer Organisationen
- inneren Unruhen, Bürgerkrieg

- Revolution, Rebellion, Aufruhr, Aufstand, wenn die versicherte Person auf Seiten dieser Revolutionäre, Rebellen, Aufrührer, Aufständischen teilgenommen hat.
6. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch jegliche Einwirkung von Nuklearwaffen, chemischen oder biologischen Waffen, durch Kernenergie, oder durch den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes, außer jene, die durch Heilbehandlungen aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren, verursacht werden;
 7. Unfälle und sonstige Leistungsfälle durch Gesundheitsschäden bei Heilmaßnahmen oder Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall medizinisch veranlasst waren.
 8. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die bei der Ausübung von folgenden besonders gefährlichen Sportarten eintreten: Downhill-Mountainbiken, Rafting, Canyoning, Kitesurfen, Indoorklettern, Klettern/Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad IV nach französischer Skala, Klettersteig über Schwierigkeitsgrad D, wobei der im Klettersteig auftretende höchste Schwierigkeitsgrad zur Einstufung des gesamten Klettersteiges heranzuziehen ist.
 9. (Sport-)Tauchen ist nur nach absolvierter Tauchausbildung bis zu einer Tiefe von maximal 40 Metern versichert.
 10. Des Weiteren sind auch Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die bei einer sportlichen Betätigung in Bike- oder Funparks oder Trailstrecken oder auf ausgewiesenen Downhill-Strecken passieren, nicht vom Versicherungsschutz erfasst.
 11. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die bei der Ausübung von vereinsmäßigem Fußballsport ab dem vollendeten 15. Lebensjahr eintreten.
 12. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die im freien Gelände oder in gesperrten Abschnitten durch Lawinen verursacht werden, wenn zum Unfallzeitpunkt für das betroffene Gebiet Lawinenwarnstufe 4 oder höher nach der Europäischen Gefahrenskala für Lawinen gegolten hat. Dieser Ausschluss gilt nicht für Rettungskräfte im Einsatz.
 13. Selbstmorde oder Selbstmordversuche und deren jeweilige Folgen.
 14. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die die versicherte Person infolge einer Bewusstseinsstörung, die nicht gemäß Art. 19 Punkt 4 versichert ist, oder einer wesentlichen Beeinträchtigung ihrer physischen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Suchtgifte oder Medikamente erleidet.

Artikel 25

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den

eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.

Darüberhinausgehend gilt, soweit nichts anderes vereinbart ist:

1. Bei der Bemessung des Invaliditätsgrades wird ein Abzug in Höhe einer Vorinvalidität nur vorgenommen, wenn durch den Unfall eine körperliche oder geistige Funktion betroffen ist, die schon vorher beeinträchtigt war. Die Vorinvalidität wird nach Art. 7 Punkt 2 und 3, bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft anlagebedingte oder abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind – oder deren Folgen im Ausmaß von mindestens 25 % mitgewirkt, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens oder der Abnutzungserscheinung zu vermindern.
Bei den Versicherungsleistungen dauernde Invalidität gemäß Art. 7 oder Unfallrente gemäß Art. 9. wird der Prozentsatz des Invaliditätsgrades um den Mitwirkungsanteil vermindert.
Bei allen anderen Versicherungsleistungen gemäß Abschnitt B Versicherungsleistungen Art. 10–15 und Art. 17–18 wird die Leistung entsprechend dem Mitwirkungsanteil gemindert. Dies gilt insbesondere auch, wenn die Gesundheitsschädigung durch einen abnutzungsbedingten Einfluss mit Krankheitswert, wie beispielsweise Arthrose, mitverursacht worden ist.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangeldurchblutung des Herzmuskels entstanden sind (z.B. Herzinfarkt), wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn ein überwiegender Kausalzusammenhang mit einer unmittelbaren Verletzung der betreffenden Koronararterie besteht und diese Verletzung durch eine direkte mechanische Einwirkung von außen auf den Brustkorb verursacht worden ist. Unfälle infolge von Herzinfarkt und Schlaganfall gelten auch als mitversichert.
4. Für Gesundheitsschädigungen, die auf Grund einer Mangeldurchblutung des Gehirns (z.B. Schlaganfall) entstanden sind, wird nur dann eine Leistung erbracht, wenn die Mangeldurchblutung durch eine mechanische Einwirkung von außen auf den Körper verursacht wird und unmittelbar nach dem Unfall auftritt und weder Krankheit noch Gebrechen mitgewirkt hat.
5. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung vom Versicherer nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.

6. Für Bandscheibenhernien jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden, und
- diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
 - Bei Bandscheibenhernien wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkt mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
7. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 26

Prämie

Die erste oder die einmalige Prämie einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang der Polizze oder einer gesonderten Antragsannahmeerklärung) und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung zu bezahlen (Einlösung der Polizze). Die Folgeprämien einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Für die Folgen nicht rechtzeitiger Prämienzahlung gelten die §§ 38 ff, 39, 39a VersVG, Prämienzahlungsverzug.

Artikel 27

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität

Als Obliegenheiten werden vereinbart:

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen, wenn mit der Veränderung eine erhebliche Gefahrerhöhung im Sinne der §§ 23 oder 27 VersVG verbunden ist. Eine solche Gefahrerhöhung liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt des Versicherungsfalles oder das Ausmaß der drohenden Unfallfolgen nicht bloß geringfügig erhöht wird. Einberufungen zum ordentlichen

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

- 1.1. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der versicherten Person nach dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif eine niedrigere Prämie, so ist diese ab Zugang der Anzeige beim Versicherer zu bezahlen. Im Übrigen kommen in diesem Fall die Bestimmungen des § 41a VersVG zur Anwendung.
- 1.2. Ergibt sich eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem die Anzeige beim Versicherer hätte eingehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung der dem höheren Risiko angepassten Prämie.

Dazu hat der Versicherer unverzüglich nach Zugang der Anzeige oder sonst erfolgter Kenntniserlangung ein Änderungsangebot und für den Fall der Ablehnung desselben die Kündigung des Versicherungsvertrages in geschriebener Form zu übermitteln. Ein solches Angebot mit Prämienerrhöhung ist vom Versicherer unter Zugrundelegung des im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags geltenden Tarifes des Versicherers zu erstellen. Ein Angebot des Versicherers zur Änderung des Versicherungsvertrages gilt als abgelehnt, wenn es nicht innerhalb eines Monats nach seinem Zugang vom Versicherungsnehmer angenommen wird. Bei Ablehnung des Änderungsangebotes gilt der Versicherungsvertrag als vom Versicherer gekündigt. In diesem Fall endet der Versicherungsvertrag einen Monat nach Ablauf der Monatsfrist zur Annahme des Änderungsangebotes. Im Änderungsangebot hat der Versicherer auf diese Rechtsfolgen ausdrücklich hinzuweisen.

- 1.3. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass eine Einigung über die Mehrprämie erreicht worden wäre, so reduzieren sich die Versicherungssummen in dem Ausmaß, in dem die tatsächlich berechnete Prämie hinter der für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität erforderlichen Prämie zurückbleibt.
- 1.4. Besteht für die neu ausgeübte Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität grundsätzlich kein Versicherungsschutz, kommen die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG über die Gefahrerhöhung zur Anwendung. Dass die Übernahme der höheren Gefahr nach den im Abschlusszeitpunkt des ursprünglichen Vertrags für den Geschäftsbetrieb des Versicherers maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht möglich ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis der höheren Gefahr kündigen. Diese Kündigung muss in geschriebener

Form und unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat erfolgen.

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

Artikel 28

Anzeige der Veränderung des Hauptwohnsitzes

Eine Verlegung des Hauptwohnsitzes ist dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen. Ergibt sich durch den Hauptwohnsitzwechsel die Anwendbarkeit eines anderen Regionaltarifes, so wird der Versicherer eine Umstellung des Versicherungsvertrages auf diesen vornehmen.

- Ergibt sich daraus eine niedrigere Prämie, so ist ab dem Folgetag des Zugangs der Anzeige beim Versicherer nur diese Prämie durch den Versicherungsnehmer zu bezahlen.
- Ergibt sich jedoch eine höhere Prämie, so besteht für die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, ab dem die Anzeige dem Versicherer hätte zugehen müssen, trotz Hauptwohnsitzwechsel der volle Versicherungsschutz, wobei die Prämien Differenz zum anzuwendenden Regionaltarif vom Versicherungsnehmer nachzuzahlen ist.

Tritt ein Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass der Versicherungsnehmer dem Versicherer den Hauptwohnsitzwechsel angezeigt hat, so werden die Leistungen des Versicherers in dem Ausmaß gekürzt, wie sie dem Verhältnis der – nach dem auf den neuen Hauptwohnsitz anzuwendenden Regionaltarif zu zahlenden – höheren Prämie zur tatsächlich bezahlten Prämie entsprechen.

Solange der Versicherungsnehmer die Änderung seiner Anschrift dem Versicherer nicht bekannt gibt und der Versicherer keine Kenntnis von der neuen Anschrift des Versicherungsnehmers hat, gelten Erklärungen des Versicherers an die ihm vom Versicherungsnehmer zuletzt bekannt gegebene Anschrift als dem Versicherungsnehmer in jenem Zeitpunkt zugegangen, in welchem sie ohne Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung dem Versicherungsnehmer zugegangen wären.

Artikel 29

Obliegenheiten

1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG (siehe Anhang) bewirken, werden bestimmt:
 - 1.1 Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges die jeweilige kraftfahrrechtliche Berechtigung nach österreichischem Recht, die zum Lenken dieses oder eines typengleichen Kraftfahrzeuges erforderlich wäre, zu besitzen; dies gilt auch dann, wenn dieses Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird.

- 1.2 Die versicherte Person hat bei Benützung eines Kraftfahrzeuges einen Sicherheitsgurt anzulegen, sofern dies für die Benützung eines Kraftfahrzeuges gesetzlich vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Kraftfahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr benützt wird. Bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung werden sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen im kausalen Ausmaß gekürzt, jedoch um mindestens 25 %.
- 1.3 Die versicherte Person hat bei Benützung eines Kraftfahrzeuges oder Fahrrades einen Sturzhelm zu tragen, sofern dies für die Benützung des Kraftfahrzeuges oder Fahrrades gesetzlich vorgeschrieben ist. Bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Verpflichtung werden sämtliche vereinbarte Versicherungsleistungen im kausalen Ausmaß gekürzt, jedoch um mindestens 25 %.
- 1.4 Die Anzeigepflicht gemäß Art. 27 (Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung, Nebenbeschäftigung oder Freizeitaktivität).
- 1.5 Die versicherte Person hat als Lenker eines Kraftfahrzeuges oder als Lenker eines Fahrrades (gemäß § 5 StVO) bzw. als Fahranfänger oder Lenker von LKW oder Bussen (gemäß § 20 Abs. 4 FSG) die gesetzlichen Grenzen in Bezug auf Blutalkoholgehalt einzuhalten.
2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles
Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG (siehe Anhang) bewirken, werden bestimmt:
 - 2.1. Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen und die Einleitung eines allfälligen damit zusammenhängenden Verfahrens unverzüglich mitzuteilen.
 - 2.2. Ein Todesfall ist dem Versicherer innerhalb von 3 Tagen anzuzeigen, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet wurde.
 - 2.3. Nach dem Unfall ist unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens fortzusetzen; ebenso ist für eine angemessene Krankenpflege und nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung der Unfallfolgen zu sorgen.
 - 2.4. Die Unfallanzeige ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden, und es sind alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen, insbesondere über weitere bestehende Unfallversicherungen. Der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person hat an der Feststellung des Sachverhaltes mitzuwirken.
 - 2.5. Der behandelnde Arzt oder die behandelnden Krankenanstalten sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen die versicherte Person aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, die vom Versicherer verlangten Auskünfte gemäß § 11a VersVG (siehe Anhang) zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einer Sozialversicherung gemel-

det, so ist auch diese im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.

- 2.6. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte, insbesondere auch gemäß § 11a VersVG (siehe Anhang), zu erteilen.
- 2.7. Der Versicherer kann verlangen, dass sich die versicherte Person durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.
- 2.8. Ist auch Tagegeld versichert, so ist dem Versicherer eine Bescheinigung der zuständigen Pflichtversicherung über die Dauer und den Grund der Arbeitsunfähigkeit sowie über den Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person zuzusenden.
- 2.9. Ist auch Spitalgeld versichert, so ist dem Versicherer, wenn die versicherte Person in ein Spital (Art. 13 Punkt 2) eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalverwaltung zuzusenden.
- 2.10. Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.
- 2.11. Im Falle der Mitversicherung von Knochenbruch ist dem Versicherer eine ärztliche Bestätigung mit Diagnose zu übermitteln.
- 2.12. Im Falle eines Nottransportes aus dem Ausland (Art. 14 Punkt 4) ist die muki 24h-Hilfe (Unfall-Assistance) mit der Organisation des Nottransportes zu beauftragen (siehe Anhang zu den AUVB).

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

Artikel 30

Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Kündigung

1. Versicherungsperiode

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

Jede Versicherungsperiode endet zum Hauptfälligkeitstermin, jeweils um 0:00 Uhr.

Der Hauptfälligkeitstermin ist jeweils der Erste jenes Monats, in dem die in der Police ausgewiesene Versicherungsdauer endet.

2. Vertragsdauer

Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung zum vereinbarten Zeitpunkt.

Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, gilt der Versicherungsvertrag zunächst für die vertraglich vereinbarte Dauer.

Die Vertragsdauer verlängert sich aber jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht spätestens einen Monat vor Ablauf gekündigt wird (Ablaufkündigung).

Die Kündigung wird erst mit ihrem Zugang bei der anderen Vertragspartei wirksam und ist dann rechtzeitig, wenn sie spätestens einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer einlangt. Langt die Kündigung rechtzeitig ein, endet der Vertrag mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer.

Für den Zugang der Erklärung der Ablaufkündigung steht die gesamte Vertragsdauer unter Beachtung der genannten einmonatigen Kündigungsfrist zur Verfügung.

Bei Versicherungsverträgen, deren Abschluss nicht zum Betrieb eines Unternehmens des Versicherungsnehmers gehören (Verbraucherverträgen), gilt Folgendes:

- 2.1. Der Versicherer verpflichtet sich, den Versicherungsnehmer spätestens drei Monate vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer in geschriebener Form darüber informieren, dass er den Versicherungsvertrag zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer kündigen kann. Weiters verpflichtet sich der Versicherer, den Versicherungsnehmer über die mit der Kündigungsmöglichkeit verbundenen Rechtsfolgen zu informieren.
- 2.2. Der Versicherungsnehmer hat ab Zugang dieser Verständigung (siehe den vorstehenden Punkt 2.1.), aber auch schon davor, die Möglichkeit, seinen Versicherungsvertrag zum nächsten Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer zu kündigen. Die Kündigungserklärung ist nur dann wirksam, wenn sie spätestens einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer beim Versicherer einlangt.
- 2.3. Wenn die Kündigung des Versicherungsnehmers nicht spätestens ein Monat vor Ablauf der Vertragsdauer beim Versicherer einlangt, verlängert sich der Versicherungsvertrag um ein weiteres Jahr. Für den neuen Ablauf der verlängerten Vertragsdauer gelten wiederum die Regelungen der Punkte 2.1. bis 2.3.

Artikel 31

Kündigung nach Versicherungsfall, Erlöschen des Vertrages

1. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles

1.1. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen gerechtfertigten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert hat.

In diesen Fällen ist die Kündigung innerhalb eines Monats

- nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Falle eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Zustellung der Entscheidung des Schiedsgutachters (Art. 22, Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art. 21, Fälligkeit der Leistung und Verjährung)

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

1.2. Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder die Versicherungsleistung erbracht hat, aber nur in den nachstehend genannten Fällen:

- in der jeweiligen Versicherungsperiode ist ein Versicherungsfall eingetreten und die dafür insgesamt zu leistende Entschädigung übersteigt das 10-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode oder
- in der jeweiligen Versicherungsperiode sind insgesamt bereits zwei oder mehr Versicherungsfälle eingetreten und die dafür insgesamt zu leistende Entschädigung übersteigt das 5-fache der Jahresprämie dieser Versicherungsperiode oder
- wenn der Versicherer eine vertraglich vereinbarte Rentenleistung anerkannt hat.

Der Versicherer kann auch in dem Fall kündigen, wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.

Die Kündigung ist innerhalb eines Monats

- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung durch den Versicherer vorzunehmen.

Die Kündigung kann nur unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist erfolgen. Falls der Versicherungsnehmer einen Anspruch arglistig erhoben hat, kann der Versicherer mit sofortiger Wirkung kündigen.

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

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

Artikel 32

Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung kann gegen Unfälle, die dem Versicherungsnehmer oder gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, genommen werden. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 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 ei-

gene 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 er den 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.
3. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderung und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 33

Erfüllungsort, Gerichtsstand

1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers in Bad Ischl.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers 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 (Versicherten, Mitversicherten) ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer (Versicherte, Mitversicherte) seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort der Beschäftigung liegt. Liegen weder ein Wohnsitz noch ein gewöhnlicher Aufenthalt oder Beschäftigungsort innerhalb Österreichs vor, so ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.
4. Für diesen Vertrag gilt österreichisches Recht.

Artikel 34

Form der Erklärungen

Für sämtlichen Anzeigen und Erklärungen an uns ist die geschriebene Form erforderlich, sofern nicht die Schriftform ausdrücklich und mit gesonderter Erklärung vereinbart wurde.

Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. E-Mail oder – sofern vereinbart – elektronische Kommunikation). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden oder mit qualifizierter elektronischer Signatur gemäß § 4 Absatz 1 SVG zugehen muss.

Rücktrittserklärungen nach den §§ 3 und 3a KschG sind an keine bestimmte Form gebunden.

Anhang zu den AUVB 2022 für die Unfallversicherung

EINTEILUNG DER BERUFSGRUPPEN

Für die Einschätzung des Risikos von beruflichen Tätigkeiten ist vorab festzuhalten, dass eine Einteilung in Berufsgruppe 0 bis 3 zu erfolgen hat.

Die Einteilung erfolgt unter folgenden Aspekten:

- Berufsgruppe 0 anfragepflichtige Risiken
- Berufsgruppe 1 mittleres Risiko
- Berufsgruppe 2 hohes Verletzungsrisiko während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit
- Berufsgruppe 3 niederes Risiko da die Ausübung der beruflichen Tätigkeit ausschließlich im Büro erfolgt.
- Keine Angaben darunter fallen Kinder, Schüler, Studenten und nicht Berufstätige.

Berufsgruppe 0

Nur nach Anfrage gezeichnet werden können folgende Risiken:

Für die Einschätzung sind folgende Angaben nötig – detaillierte Angabe der Tätigkeit, der Wahrscheinlichkeit von Auslandseinsätzen sowie des Gebietes des Auslandseinsatzes.

- Journalisten, Reporter, Auslandskorrespondenten
- Im Bergbau unter Tage Tätige
- Berufssoldaten und deren Angehörige
- Bergführer

Berufsgruppe 1

Alle Berufe, die nicht unter Berufsgruppe 0, 2 und 3 fallen, mit Ausnahmen.

Berufsgruppe 2

Generell können weitere Berufe, auch wenn sie nicht in der Berufsgruppe 2 explizit angeführt sind, ein höheres Risiko haben und werden daher in Berufsgruppe 2 eingestuft.

- Arbeiter im Hoch- und Tiefbau
- Landwirte, Wald- und Forstarbeiter
- Dachdecker, Spengler, Zimmermann
- Holzbearbeiter und Holzverarbeiter
- Polizist im Außendienst

Berufsgruppe 3

Berufe mit reiner Bürotätigkeit (wie z.B. Sachbearbeiter, Manager, Sprechstundenhilfe, Telefonist, etc.)

Wichtiger Hinweis:

Generell erfolgt für Berufstätige, welche in Berufsgruppe 2 eingeordnet wurden, ein Zuschlag in Höhe von 35 %. Leistungen werden ab 1 % Invalidität erbracht.

Erhöhte Gliedertaxe siehe Art. 7 Punkt 2.1.

Anhang zu den AUVB 2022 für die Unfallversicherung

EINTEILUNG DER FREIZEITAKTIVITÄTEN

Für die Einschätzung des Risikos von Freizeitaktivitäten ist vorab festzuhalten, dass eine Einteilung in Sportpaket 1, Sportpaket 2 und Trendsportarten zu erfolgen hat.

Die Einteilung erfolgt unter folgenden Aspekten:

Eine Sportart, die im Verein und/oder nur hobbymäßig erfolgt, und nicht unter Trendsportpaket fällt, ist prämienfrei mitversichert ohne zwingende Angabe.

Eine Sportart, welche bei der vereinsmäßigen Ausübung von Vereinsmeisterschaften, Turnieren und sportlichen Veranstaltungen im eigenen Verein erfolgt, fällt nicht unter wettbewerbsmäßig und muss nicht angegeben werden.

Wettbewerbsmäßig wird folgendermaßen definiert: Darunter fallen sportliche Aktivitäten, die mit regelmäßigem Training und der Vorbereitung auf Wettbewerbe/Turniere/sportliche Veranstaltungen/Meisterschaften (Orts-, Bezirks-, Landes-, Bundes-, Staatsmeisterschaften) verbunden sind und daran auch teilgenommen wird.

Wettbewerb wird bezeichnet als das Streben von zwei oder mehreren Parteien bzw. Gruppen nach einem Ziel bzw. einer Auszeichnung. Wobei der höhere Zielerreichungsgrad in der Regel einen geringeren Zielerreichungsgrad der anderen bedingt.

Für die Einschätzung des Risikos Trendsport erfolgt generell, unabhängig davon, ob die Teilnahme an Wettkämpfen/Turnieren/Meisterschaften/sportlichen Veranstaltungen erfolgt, einmalig ist oder nur hobbymäßig (dazu zählt auch Mitglied in einem Verein) ausgeübt wird, ein Zuschlag.

Für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr gelten für die Sportpakete 1 und 2 keine Zuschläge.

Die Einteilung der Sportarten ist wie folgt:

Sportpaket 1

Folgende Sportarten sind durch einen Zuschlag mitversichert:

Eisschießen, Rudern, Schwimmen, Segeln, Tischtennis, Badminton, Basketball, Eislauf, Fechten, Faustball, Kanu, Pad-delboot, Faltboot, Leichtathletik, Mountainbiken, Orientierungslauf, Radfahren, Rollschuhlauf, Inlineskaten, Squash, Tennis, Triathlon, Turnen, Volleyball, Wasserski, Reiten, Sportschießen, Laufen, Tanzen (exkl. Rock'n Roll Akrobatik), Wasserski.

Für OEPS-Mitglieder entfällt dieser Zuschlag, sofern lediglich der Reitsport (unter den oben angeführten Voraussetzungen) ausgeübt wird.

Sportpaket 2

Folgende Sportarten sind durch einen Zuschlag mitversichert:

Nicht Kaderschiläufer im ÖSV bzw. vergleichbaren Länderorganisationen

Kampfsportarten (Boxen, Judo, Kickboxen, Taekwondo, Hapkido, Karate, Krav Maga, Escrima, Jiu Jitsu, Kung Fu, Muay Thai, Ninjutsu, Tae Bo, MMA, Tai Chi, Capoeira)

Weitere versicherbare Sportarten:

Moderner Fünfkampf, Landhockey, Biathlon, Eishockey, Gewichtheben, Handball (unter den obersten beiden Spielklassen), Rock'n Roll Akrobatik, Rodeln, Skilanglauf, Schi-Bergsteigen, Schi-Alpin, Snowboarden.

Trendsportpaket

Folgende Sportarten sind durch einen Zuschlag mitversichert:

Für das Trendsportpaket erfolgt generell ein Zuschlag unabhängig davon, ob dies leistungssportmäßig, vereinsmäßig oder wettkampfmäßig ausgeführt wird.

Dazu zählen folgende Sportarten:

Downhill-Mountainbiken, Rafting, Kitesurfen, Canyoning, Indoorklettern

Klettern/Bergsteigen über Schierigkeitsgrad IV bis max. VI (französische Skala)

Klettersteig bis inkl. Schwierigkeitsgrad E

Fußball

Gegen einen Prämienzuschlag pro Person von jährlich 50 % der Grundprämie ist ab dem vollendeten 15. Lebensjahr vereinsmäßig ausgeübter Fußballsport mitversichert. Irrelevant, ob eine Teilnahme an Wettkämpfen bzw. Turnieren bzw. Meisterschaften stattfindet.

Kein Versicherungsschutz besteht für die beiden obersten Spielklassen.

Die genaue Einteilung der Fußball Amateurliga:

Stufe	Liga								
1	Admiral Bundesliga 12 Vereine								
Absteiger	▼1 Verein								
Aufsteiger	▲1 Verein								
2	Admiral 2. Liga 16 Vereine								
Absteiger	▼3 Vereine								
Aufsteiger	▲1 Verein			▲1 Verein			▲1 Verein		
3	Regionalliga Ost 16 Vereine			Regionalliga Mitte 16 Vereine			Eliteliga Vorarlberg 10 Vereine	Regionalli- ga Tirol 10 Vereine	Regionalli- ga Salz- burg 10 Vereine
Absteiger	▼3 Vereine			▼3 Vereine			▼2 Vereine	▼2 Vereine	▼2 Vereine
Aufsteiger	▲1 Verein	▲1 Verein	▲1 Verein	▲1 Verein	▲1 Verein	▲1 Verein	▲2 Vereine	▲2 Vereine	▲2 Vereine
4	Wiener Stadtliga 16 Vereine	Landesliga Niederös- terreich 16 Vereine	Landesliga Burgenland 16 Vereine	Landesliga Steiermark 16 Vereine	Landesliga Oberöster- reich 14 Vereine	Landesliga Kärnten 16 Vereine	Vorarlberg- liga 14 Vereine	Tiroler Liga 16 Vereine	Landesliga Salzburg 16 Vereine
5	2. Landes- liga 1 Staffel	2. Landes- liga 2 Staffeln	II. Liga 3 Staffeln	Oberliga 3 Staffeln	Landesliga 2 Staffeln	Unterliga 2 Staffeln	Landesliga 1 Staffel	Landesliga 2 Staffeln	1. Landes- liga 1 Staffel
6	Oberliga 2 Staffeln	Gebietsliga 4 Staffeln	1. Klasse 4 Staffeln	Unterliga 6 Staffeln	Bezirksliga 4 Staffeln	1. Klasse 4 Staffeln	1. Landes- klasse 1 Staffel	Gebietsliga 2 Staffeln	2. Landes- liga 2 Staffeln
7	1. Klasse 2 Staffeln	1. Klasse 8 Staffeln	2. Klasse 4 Staffeln	Gebietsliga 7 Staffeln	1. Klasse 8 Staffeln	2. Klasse 4 Staffeln	2. Landes- klasse 1 Staffel	Bezirksblät- ter Liga 2 Staffeln	1. Klasse 2 Staffeln
8	2. Klasse 2 Staffeln	2. Klasse 18 Staffeln		1. Klasse 9 Staffeln	2. Klasse 12 Staffeln		3. Landes- klasse 1 Staffel	1. Klasse 2 Staffeln	2. Klasse 3 Staffeln
9							4. Landes- klasse 1 Staffel	2. Klasse 4 Staffeln	
10							5. Landes- klasse 2 Staffeln		

Anhang zu den AUVB 2022 für die Unfallversicherung

MUKI 24H-HILFE (UNFALL-ASSISTANCE)

Die in Art. 14 Punkt 4 (Nottransport aus dem Ausland nach Österreich) und Art. 14 Punkt 5 (Rehabilitationsmanagement) der AUVB genannten Leistungen gelten unter den folgenden Voraussetzungen und Begrenzungen:

1. Leistungen der muki 24h-Hilfe (Unfall-Assistance) können nur in Anspruch genommen werden, wenn Unfallkosten ausdrücklich im Versicherungsvertrag als versichert gelten.
2. Für die Organisation und Abwicklung eines Nottransportes gemäß Art. 14 Punkt 4 und gemäß Artikel 9.4 AUBK hat der Versicherer eine Notfallzentrale eingerichtet, die rund um die Uhr erreichbar ist. Diese ist vor Inanspruchnahme des Nottransportes telefonisch unter der muki Notrufnummer zu kontaktieren:
**muki Notrufnummer – Notfallzentrale
aus dem Inland: Tel. 01 364 4 364
aus dem Ausland: Tel. +43 1 364 4 364**
3. Nach einem Unfall im Ausland leistet der Versicherer für den medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Nottransport nach Österreich nur dann Kostenersatz, wenn der Nottransport über die muki 24h-Hilfe organisiert und abgewickelt wird. Medizinisch begründet ist ein Nottransport, wenn eine lebensbedrohende Unfallverletzung vorliegt oder die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.
4. Durch einen Unfall im Ausland bedingte ausländische Krankenhauskosten werden max. bis zu der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme ersetzt.
5. Die muki 24h-Hilfe erbringt nach einem Unfall, aus dem eine voraussichtliche dauernde Invalidität von mindestens 30 % (ohne Berücksichtigung einer Progression) zu erwarten ist und bei dem eine medizinische, soziale oder berufliche Notwendigkeit für den Einsatz eines Rehabilitationsmanagements erforderlich ist, folgende Leistungen: Beratung, Begleitung, Organisation und Kostenersatz bis max. EUR 4.000,- pro versicherter Person und Versicherungsfall.
Der Anspruch auf Kostenersatz besteht innerhalb von 2 Jahren (für Personen unter 15 Jahren innerhalb von 5 Jahren) ab dem Unfalltag und überdies nur dann, wenn die Beauftragung des Rehabilitationsmanagements durch den Versicherer erfolgt.
6. Die Leistung der muki 24h-Hilfe ist von der personellen Ausstattung, Organisation und Auslastung der jeweiligen Rehabilitationseinrichtung abhängig. Die Verfügbarkeit eines bestimmten Behandlers oder einer bestimmten Einrichtung zu einem bestimmten Zeitpunkt kann daher durch die muki 24h-Hilfe nicht garantiert werden.
7. Aus dem Rehabilitationsmanagement werden keine Leistungen erbracht:
 - Für die Folgen des Ausbeißens von Zähnen oder Zahnteilen, für Kosten von Kur-, Bade- und Erholungsreisen und -aufhalten, ferner für Kosten der Reparatur oder Wiederbeschaffung eines abnehmbaren Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe sowie für die Anschaffungskosten von Trainingsgeräten oder Geräten zur Verbesserung der Fortbewegung.
8. Leistungen im Rahmen der muki 24h-Hilfe werden nur in dem Umfang erbracht, soweit nicht aus einem anderen zur Zeit des Vertragsabschlusses bestehenden Versicherungsvertrag mit einem Privatversicherer oder einer anderen Institution mit gleichem oder ähnlichem Unternehmenszweck für dasselbe Interesse und dieselbe Gefahr ein Leistungsanspruch geltend gemacht werden kann (Subsidiarität). Sofern der Versicherer trotz bestehender Subsidiarität bereits Leistungen erbracht hat, gehen die Ersatzansprüche der versicherten Personen gegenüber Dritten mit Zahlung auf den Versicherer über.

Anhang zu den AUVB 2022 für die Unfallversicherung

WIEDERGABE DER IN DEN AUVB ERWÄHNTEN GESETZESBESTIMMUNGEN

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958

(VersVG, BGBl. Nr. 2/1959 idF. BGBl. I Nr. 112/2016.)

§ 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.
- 1.a. Bei der Verletzung einer Obliegenheit, die die dem Versicherungsvertrag zugrunde liegende 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. 1.a. - 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 einer fahrlässigen Verletzung einer vereinbarten Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen ausgefolgt worden sind oder ihm eine andere Urkunde ausgefolgt worden ist, in der die Obliegenheit mitgeteilt wird.

§ 11a

1. Der Versicherer darf im Zusammenhang mit Versicherungsverhältnissen, bei welchen der Gesundheitszustand des Versicherten oder eines Geschädigten erheblich ist, personenbezogene Gesundheitsdaten verwenden, soweit dies zur Beurteilung, ob und zu welchen Bedingungen ein Versicherungsvertrag abgeschlossen oder geändert wird, oder zur Verwaltung bestehender Versicherungsverträge oder zur Beurteilung und Erfüllung von Ansprüchen aus einem Versicherungsvertrag unerlässlich ist. Das Verbot der Ermittlung genanalytischer Daten gemäß § 67 Gentechnikgesetz bleibt unberührt.
2. Versicherer dürfen personenbezogene Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur auf folgende Art ermitteln:
durch Befragung der Person, die versichert werden soll oder bereits versichert ist, beziehungsweise durch Befragung des Geschädigten oder anhand der vom Versicherungsnehmer oder vom Geschädigten beigebrachten Unterlagen oder durch Auskünfte von Dritten bei Vorliegen einer für den Einzelfall erteilten ausdrücklichen Zustimmung des Betroffenen oder 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 über Diagnose sowie Art und Dauer der Behandlung, sofern der Betroffene dem ausdrücklich schriftlich zugestimmt und dies im Einzelfall nicht untersagt hat, oder durch Heranziehung sonstiger, dem Versicherer rechtmäßigerweise bekanntgewordener Daten; diese sind dem Betroffenen mitzuteilen; es steht ihm das Widerspruchsrecht gemäß § 28 Datenschutzgesetz 2000 zu.
3. Soweit eine ausdrückliche, den einzelnen Übermittlungsfall betreffende Zustimmung des Betroffenen nicht vorliegt, dürfen Versicherer Gesundheitsdaten für die in Abs. 1 genannten Zwecke nur an folgende Empfänger übermitteln: untersuchende oder behandelnde Ärzte, Krankenanstalten oder sonstige Einrichtungen der Krankenversorgung oder Gesundheitsvorsorge oder Sozialversicherungsträger, Rückversicherer oder Mitversicherer oder andere Versicherer, die bei Abwicklung von Ansprüchen aus einem Versicherungsfall mitwirken, oder vom Versicherer herangezogene befugte Sachverständige oder gewillkürte oder gesetzliche Vertreter des Betroffenen oder Gerichte, Verwaltungsbehörden, Schlichtungsstellen und sonstige Einrichtungen der Streitbeilegung und ihre Organe, einschließlich der von ihnen bestellten Sachverständigen.
4. Der Versicherer ist verpflichtet, auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder jedes Versicherten Auskunft über und Einsicht in Gutachten zu geben, die auf Grund einer ärztlichen Untersuchung eines Versicherten erstattet worden sind, wenn die untersuchte Person der Auskunftserteilung beziehungsweise der Einsichtsgewährung zustimmt.
5. Gem. Abs. 1 und 2 erhobene Gesundheitsdaten unterliegen dem besonderen Geheimnisschutz des § 108a VAG mit der Maßgabe, dass das Vorliegen eines berechtigten privaten Interesses an der Weitergabe außerhalb der Fälle

der Abs. 1 und 3 ausgeschlossen ist. Derartige Daten sind umgehend zu löschen, sobald sie nicht mehr für einen rechtlich zulässigen Zweck aufbewahrt werden; dies gilt insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsdaten, die in Vorbereitung eines nicht zustande gekommenen Versicherungsvertrags erhoben wurden.

§ 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 schriftlichen 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 ebenfalls 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 der 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.

§ 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung des Versicherers gehabt hat.

§ 29

Eine unerhebliche Erhöhung der Gefahr kommt nicht in Betracht. Eine Erhöhung der Gefahr kommt auch dann nicht in Betracht, wenn nach den Umständen als vereinbart anzusehen ist, dass das Versicherungsverhältnis durch die Erhöhung der Gefahr nicht berührt werden soll.

§ 30

Die Vorschriften der §§ 23 bis 29 sind auch auf eine in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Versicherungsantrages eingetretene Erhöhung der Gefahr anzuwenden, die dem Versicherer bei der Annahme des Antrages nicht bekannt war.

§ 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.

§ 41a

1. Ist wegen bestimmter, die Gefahr erhöhender Umstände eine höhere Prämie vereinbart, so kann der Versicherungsnehmer, wenn diese Umstände in der Zeit zwischen Stellung und Annahme des Antrages oder nach Abschluss des Vertrages wegfallen oder ihre Bedeutung verlieren, verlangen, dass die Prämie für die künftigen Versicherungsperioden angemessen herabgesetzt wird.
2. Das Gleiche gilt, wenn die Bemessung der höheren Prämie durch irrtümliche Angaben des Versicherungsnehmers über einen solchen Umstand veranlasst worden ist.

§ 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 Aushändigung 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 Rechte im eigenen Namen verfügen.
2. 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.

§ 80

1. Ergibt sich aus den Umständen nicht, dass die Versicherung für einen anderen genommen werden soll, so gilt sie als für eigene Rechnung genommen.
2. Ist die Versicherung für Rechnung „wen es angeht“ genommen oder ist sonst aus dem Vertrag zu entnehmen, dass unbestimmt gelassen werden soll, ob eigenes oder

fremdes Interesse versichert ist, so sind die Vorschriften der §§ 75 bis 79 anzuwenden, wenn sich ergibt, dass fremdes Interesse versichert ist.

§ 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.

Auszug aus dem Konsumentenschutzgesetz 1979 i.d.F. BGBl. I Nr. 140/1997

§ 3

1. Hat der Verbraucher seine Vertragserklärung weder in den vom Unternehmer für seine geschäftlichen Zwecke dauernd benützten Räumen noch bei einem von diesem dafür auf einer Messe oder einem Markt benützten Stand abgegeben, so kann er von seinem Vertragsantrag oder vom Vertrag zurücktreten. Dieser Rücktritt kann bis zum Zustandekommen des Vertrags oder danach binnen 14 Tagen erklärt werden. Der Lauf dieser Frist beginnt mit der Ausfolgung einer Urkunde, die zumindest den Namen und die Anschrift des Unternehmers, die zur Identifizierung des Vertrags notwendigen Angaben sowie eine Belehrung über das Rücktrittsrecht, die Rücktrittsfrist und die Vorgangsweise für die Ausübung des Rücktrittsrechts enthält, an den Verbraucher, frühestens jedoch mit dem Zustandekommen des Vertrags, bei Kaufverträgen über Waren mit dem Tag, an dem der Verbraucher den Besitz an der Ware erlangt. Ist die Ausfolgung einer solchen Urkunde unterblieben, so steht dem Verbraucher das Rücktrittsrecht für eine Frist von zwölf Monaten und 14 Tagen ab Vertragsabschluss beziehungsweise Warenlieferung zu; wenn der Unternehmer die Urkundenausfolgung innerhalb von zwölf Monaten ab dem Fristbeginn nachholt, so endet die verlängerte Rücktrittsfrist 14 Tage nach dem Zeitpunkt, zu dem der Verbraucher die Urkunde erhält.
2. Das Rücktrittsrecht besteht auch dann, wenn der Unternehmer oder ein mit ihm zusammenwirkender Dritter den Verbraucher im Rahmen einer Werbefahrt, einer Ausflugsfahrt oder einer ähnlichen Veranstaltung oder durch persönliches, individuelles Ansprechen auf der Straße in die vom Unternehmer für seine geschäftlichen Zwecke benützten Räume gebracht hat.
3. Das Rücktrittsrecht steht dem Verbraucher nicht zu,
 1. wenn er selbst die geschäftliche Verbindung mit dem Unternehmer oder dessen Beauftragten zwecks Schließung dieses Vertrages angebahnt hat,
 2. wenn dem Zustandekommen des Vertrages keine Besprechungen zwischen den Beteiligten oder ihren Beauftragten vorangegangen sind,
 3. bei Verträgen, bei denen die beiderseitigen Leistungen sofort zu erbringen sind, wenn sie üblicherweise von Unternehmern außerhalb ihrer Geschäftsräume geschlossen werden und das vereinbarte Entgelt 25

Euro, oder wenn das Unternehmen nach seiner Natur nicht in ständigen Geschäftsräumen betrieben wird und das Entgelt 50 Euro nicht übersteigt,

3. bei Verträgen, die dem Fern- und Auswärtsgeschäfte-Gesetz oder dem Versicherungsvertragsgesetz unterliegen, oder
4. bei Vertragserklärungen, die der Verbraucher in körperlicher Abwesenheit des Unternehmers abgegeben hat, es sei denn, dass er dazu vom Unternehmer gedrängt worden ist.
4. Die Erklärung des Rücktritts ist an keine bestimmte Form gebunden. Die Rücktrittsfrist ist gewahrt, wenn die Rücktrittserklärung innerhalb der Frist abgesendet wird.
5. Der Verbraucher kann ferner von seinem Vertragsantrag oder vom Vertrag zurücktreten, wenn der Unternehmer gegen die gewerberechtlichen Regelungen über das Sammeln und die Entgegennahme von Bestellungen auf Dienstleistungen (§ 54 GewO 1994), über das Aufsuchen von Privatpersonen und Werbeveranstaltungen (§ 57 GewO 1994) oder über die Entgegennahme von Bestellungen auf Waren von Privatpersonen (§ 59 GewO 1994) verstoßen hat. Die Bestimmungen des Abs. 1, Abs. 3 Z 4 und 5 und Abs. 4 sind auch auf dieses Rücktrittsrecht anzuwenden. Dieses steht dem Verbraucher auch in den Fällen des Abs. 3 Z 1 bis 3 zu.

§ 3a

1. Der Verbraucher kann von seinem Vertragsantrag oder vom Vertrag weiters zurücktreten, wenn ohne seine Veranlassung für seine Einwilligung maßgebliche Umstände, die der Unternehmer im Zuge der Vertragsverhandlungen als wahrscheinlich dargestellt hat, nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten.
2. Maßgebliche Umstände im Sinn des Abs. 1 sind
 1. die Erwartung der Mitwirkung oder Zustimmung eines Dritten, die erforderlich ist, damit die Leistung des Unternehmers erbracht oder vom Verbraucher verwendet werden kann,
 2. die Aussicht auf steuerrechtliche Vorteile,
 3. die Aussicht auf eine öffentliche Förderung und
 4. die Aussicht auf einen Kredit.
3. Der Rücktritt kann binnen einer Woche erklärt werden. Die Frist beginnt zu laufen, sobald für den Verbraucher erkenn-

bar ist, dass die in Abs. 1 genannten Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten und er eine schriftliche Belehrung über dieses Rücktrittsrecht erhalten hat. Das Rücktrittsrecht erlischt jedoch spätestens einen Monat nach der vollständigen Erfüllung des Vertrags durch beide Vertragspartner, bei Bankverträgen mit einer ein Jahr übersteigenden Vertragsdauer spätestens einen Monat nach dem Zustandekommen des Vertrags.

4. Das Rücktrittsrecht steht dem Verbraucher nicht zu, wenn
 1. er bereits bei den Vertragsverhandlungen wusste oder wissen musste, dass die maßgeblichen Umstände nicht oder nur in erheblich geringerem Ausmaß eintreten werden,
 2. der Ausschluss des Rücktrittsrechts im Einzelnen ausgehandelt worden ist,
 3. der Unternehmer sich zu einer angemessenen Anpassung des Vertrags bereit erklärt oder
 4. der Vertrag dem Versicherungsvertragsgesetz unterliegt.
5. Für die Rücktrittserklärung gilt § 3 Abs. 4 sinngemäß.

§ 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, als nach Völkerrecht oder besonderen gesetzlichen Anordnungen ausdrücklich anderes bestimmt ist.

Auszug aus dem Signatur- und Vertrauensdienstegesetz i.d.F. BGBl. I Nr. 27/2019

§ 4

1. Eine qualifizierte elektronische Signatur erfüllt das rechtliche Erfordernis der Schriftlichkeit im Sinne des § 886 ABGB. Andere gesetzliche Formerfordernisse, insbesonde-

re solche, die die Beziehung eines Notars oder eines Rechtsanwalts vorsehen, sowie vertragliche Vereinbarungen über die Form bleiben unberührt.

Satz- und Druckfehler vorbehalten.