

Allgemeine Versicherungsbedingungen

für die Unfallversicherung 2010

(AUVB 2010 / Fassung 04/2019)

INHALTSVERZEICHNIS

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

Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

- Art. 19: Unversicherbare Sportarten
- Art. 20: Ausschlüsse
- Art. 21: Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

- Art. 22: Prämie
- Art. 23: Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlicher Betätigung
- Art. 23 a: Anzeige der Veränderung des Hauptwohnsitzes
- Art. 24: Obliegenheiten

Abschnitt E: Sonstige Vertragsbestimmungen

- Art. 25: Versicherungsperiode, Vertragsdauer
- Art. 26: Kündigung, Erlöschen des Vertrages
- Art. 27: Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen
- Art. 28: Gerichtsstand
- Art. 29: Form der Erklärungen

Anhang

Rententafel

Einteilung der Berufsgruppen

Sonderrisiken

Amateursportrisiken

muki 24h-Hilfe (Unfall-Assistance)

Auszug aus dem Versicherungs-Vertragsgesetz (VersVG)

Abschnitt A: Der 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 Police, 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 (Artikel 23 a). Im Falle der Hauptwohnsitzverlegung ins Ausland besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz.

Artikel 2.

Versicherungsfall

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

Artikel 3.

Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt auf der ganzen Erde.

Artikel 4.

Zeitlicher Geltungsbereich

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

Artikel 5.

Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz wird mit der Einlösung der Police (Artikel 22.), jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn wirksam. Wird die erste oder die einmalige Prämie erst danach eingefordert, dann aber binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften Verzug gezahlt, ist der Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.
2. Vorläufige Deckung
Soll der Versicherungsschutz schon vor Einlösung der Police beginnen (vorläufige Deckung), ist die ausdrückliche Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Ist eine vorläufige Deckung vereinbart, endet diese mit Aushändigung der Police. 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;
Folgen von Nahrungsmittelvergiftungen;
- 2.4. Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindliche Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln und Menisci.
- 2.5. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse finden insbesondere die Bestimmungen des Art. 21 (Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes) Anwendung.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoencephalitis und Lyme-Borreliose im Rahmen der Bestimmungen des Art. 12. 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.

Abschnitt B: Versicherungsleistungen

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. Ist die dauernde Invalidität innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet eingetreten, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grad der Invalidität entsprechende Betrag gezahlt. Sie ist unter Vorlage eines ärztlichen Befundberichtes, aus dem Art und Umfang der Gesundheitsschädigung und die Möglichkeit einer auf Lebenszeit dauernden Invalidität hervorgeht, geltend zu machen.
 - 1.2. Bei Unfällen der versicherten Person ab dem vollendeten 75. Lebensjahr wird die zustehende Invaliditätsleistung in Form einer lebenslangen Rente ausbezahlt.
Die Berechnung der Rente erfolgt nach der im Anhang der AUVB angeführten Rententafel.
 - 1.3. Ein Anspruch auf Leistung für dauernde Invalidität ist innerhalb von 15 Monaten vom Unfalltag an gerechnet geltend zu machen.
 - 1.4. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.
2. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades gelten folgende Bestimmungen:
 - 2.1. Bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:
 - 2.1.1. eines Armes 80 %
einer Hand 60 %

eines Daumens	30 %
eines Zeigefingers	20 %
eines anderen Fingers	10 %
eines Beines	80 %
einer großen Zehe	8 %
einer anderen Zehe	5 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	70 %
des Gehörs eines Ohres	35 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %
einer Niere.....	20 %
bei Beeinträchtigung der Leberfunktion	10 %
bei Beeinträchtigung der Lungenfunktion	30 %
der Stimme	50 %
bei völligem Verlust einer weiblichen Brust	15 %
bei Verlust der männlichen Geschlechtsorgane	30 %

2.1.2. Abweichend von der Invaliditätstabelle in Punkt 2.1. gilt, bei Abschluss der „erhöhten Gliedertaxe“, folgende abweichende Invaliditätstabelle, sofern die Anwendung der „erhöhten Gliedertaxe“ in der Police dokumentiert ist:

eines Armes	100 %
einer Hand	100 %
eines Daumens	100 %
eines Zeigefingers	75 %
eines anderen Fingers	20 %
eines Beines.....	100 %
einer großen Zehe	8 %
einer anderen Zehe	5 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
sofern die Sehkraft des anderen Auges vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	65 %
des Gehörs beider Ohren	70 %
des Gehörs eines Ohres	35 %
sofern jedoch das Gehör des anderen Ohres vor Eintritt des Versicherungsfalles bereits verloren war	45 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10%
einer Niere.....	20%
bei Beeinträchtigung der Leberfunktion	10 %
bei Beeinträchtigung der Lungenfunktion	30%
derStimme.....	60%
bei völligem Verlust einer weiblichen Brust	15 %
bei Verlust der männlichen Geschlechtsorgane	30 %

Die „erhöhte Gliedertaxe“ kann nicht von Personen abgeschlossen werden, die unter die Berufsgruppe II (siehe Anhang) fallen oder die ein unversicherbares Risiko laut Tarifbestimmungen darstellen. Wird ein Beruf, der unter die Berufsgruppe II fällt, nur als Nebentätigkeit ausgeübt, so ist ebenfalls kein Abschluss der „erhöhten Gliedertaxe“ möglich. Bei einer Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung ist Art. 23 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 2.1.1. der AUVB (Standardgliedertaxe). 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 teilweisen Verlust oder teilweiser Funktionseinschränkung der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Sätze des Punkt 2.1. anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen und Beinen ist der Satz 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.

Progressionstafel

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

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.
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.

8. Für Unfälle, die Versicherte der Berufsgruppe II (siehe Anhang) in Ausübung ihres Berufes erleiden, wird eine Invaliditätsleistung nur erbracht, wenn der daraus resultierende Invaliditätsgrad 20 % übersteigt.

Artikel 7 a.

Unfallrente

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Es wird eine Unfallrente in der auf der Versicherungspolize dokumentierten Höhe geleistet. Für Sonderrisiken (Definition siehe Anhang) besteht im Rahmen der Unfallrente kein Versicherungsschutz. Für Amateursportrisiken (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 Standardgliedertaxe gemäß Art. 7 Punkt. 2.1.1. 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. Z. 7. ein Absinken der dauernden Invalidität im Sinne des Art. 7 a. 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 7 b.

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. Z. 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 € 100.000,- und wird zusätzlich zu der im Grundvertrag vereinbarten Summe ausbezahlt. Für Sonderrisiken besteht im Rahmen der Unfall plus+ kein Versicherungsschutz. Indexvereinbarung ausgeschlossen.

Artikel 8.

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.
3. Für Personen unter 15 Jahren werden im Rahmen der Versicherungssumme nur die aufgewendeten, angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

Artikel 9.

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. 23).

Artikel 10.

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 Geistesranke.

Artikel 11.

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, also eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen sta-

tionären 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 Sonderklasse in 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 tagesklinische Heilbehandlungen bis max. 50 % der für Unfallkosten vereinbarten Versicherungssumme.
- 1.3. Ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen: Chirotherapie, Akupunktur, Bioresonanztherapie, 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. 11 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.
3. Rückholkosten
Unter Rückholkosten versteht man die unfallbedingten Kosten des ärztlich empfohlenen 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.

Artikel 11a.

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 12.

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.

3. Eine Leistung wird vom Versicherer nur für Tod oder dauernde Invalidität im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme erbracht (siehe Versicherungsschein).

Artikel 13.

Schmerzensgeld

1. Befindet sich der Versicherte infolge eines Unfalles in medizinisch notwendiger Behandlung, wird Schmerzensgeld geleistet. Ab einem 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 14.

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 15.

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, Pfeiferisches 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 Nr. 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. 8.) 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.

Artikel 16.

Zusatzleistung

Soweit nichts anderes vereinbart ist, gilt:

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch Erfüllung der in Art. 24. Punkt 2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben davon Kosten nach Art. 24. Punkt 2.3.

Artikel 17.

Fälligkeit der Leistung und Verjährung

1. Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats, bei Ansprüchen auf Leistung für dauernde Invalidität innerhalb dreier Monate, zu erklären, ob und in welcher Höhe er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen

mit dem Eingang der Unterlagen beim Versicherer, die der Anspruchsberechtigte zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens dem Versicherer vorzulegen hat.

2. Steht die Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig. Die Fälligkeit der Leistung tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Anspruchsberechtigte nach Ablauf zweier Monate seit dem Begehren nach einer Geldleistung eine Erklärung vom Versicherer verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten, und diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
3. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Anspruchsberechtigte vom Versicherer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen gehabt hätte.
4. Für die Verjährung gilt § 12. VersVG.

Artikel 18.

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 8. 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 unter Bekanntgabe der Forderung bzw. Auffassung und unter Vorlage eines diese Forderung/Auffassung begründenden medizinischen Gutachtens zu erfolgen. Auf dieses Recht sowie die dafür geltenden Erfordernisse und Rahmenbedingungen 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 beigezogenes 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. 24 Punkt 2.4. bis 2.7. gelten sinngemäß für das Schiedsgutacherverfahren. Die versicherte Person trifft demnach auch die Obliegenheit, sich vom Schiedsgutachter untersuchen zu lassen.
6. Der Schiedsgutachter hat ein Gutachten zu erstatten und über die strittigen Tatsachen im Sinne 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 er 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 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 19.

Unversicherbare Sportarten

Insbesondere die nachstehenden Sportarten und Aktivitäten sind nicht versicherbar:

1. Alle im Mannschaftssport tätigen Sportler der jeweils obersten beiden nationalen Spielklassen
2. Kampfsportarten, z.B. Boxen, Karate etc., wenn sie vereins- und/oder wettbewerbsmäßig ausgeübt werden.
3. Aggressive Mannschaftssportarten mit erhöhtem Körperkontakt, z.B. alle Arten von Football, Rugby, Eishockey etc., wenn sie vereins- und/oder wettbewerbsmäßig ausgeübt werden.
4. Extremsportarten, z.B. Downhill (und Downhillmountainbike), Freeclimbing, Sky-Running, Rodeo, BMX-Freestyle, Free-riding, Motocross, -training und -wettbewerbe sowie Fahrten auf Motocross-Strecken
5. Klettern/Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad VI nach französischer Skala; Klettersteig über Schwierigkeitsgrad E; Tauchen tiefer als 60 m sowie bei Verwendung von Mischgas.
6. Teilnahme an Expeditionen, Rekordversuche
7. Berufssportler

Artikel 20.

Ausschlüsse

Soweit nichts anderes vereinbart ist, umfasst der Versicherungsschutz nicht:

1. Unfälle und sonstige Leistungsfälle bei der Benützung von Luftfahrtgeräten und bei Fallschirmabsprüngen sowie bei der Benützung von Luftfahrzeugen, soweit sie nicht unter die Bestimmungen des Art. 6. Punkt 4. (Begriff des Unfalles) fallen;
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 Freestyling, 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 Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
6. Unfälle und sonstige Leistungsfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person daran auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
7. 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;
8. 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 veranlasst waren.
9. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die bei der Ausübung von folgenden besonders gefährlichen Sportarten eintreten: Bungeejumping, House-Running, Hydro Speed, Basejumping, Scad Diving, Airboarding, Rafting, Canyoning, Kitesurfen, Indoorklettern, Klettern/Bergsteigen über Schwierigkeitsgrad IV nach französischer Skala, Klettersteig über Schwierigkeitsgrad D. (Sport-)Tauchen ist nur nach absolvierter Tauchausbildung bis zu einer Tiefe von maximal 40 Metern versichert.
Des Weiteren sind auch Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die bei einer sportlichen Betätigung in Bike- oder Funparks oder auf ausgewiesenen Downhill-Strecken passieren, nicht vom Versicherungsschutz erfasst.
10. Unfälle und sonstige Leistungsfälle, die bei der Ausübung von vereinsmäßigem Fußballsport ab dem vollendeten 15. Lebensjahr eintreten.
11. 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.

12. Selbstmorde oder Selbstmordversuche und deren jeweilige Folgen.

Artikel 21.

Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

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

Darüber hinausgehend 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., Dauernde Invalidität, bemessen.
2. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung – insbesondere solche Verletzungen, die durch krankhaft 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.
3. Für Gesundheitsschädigungen, die aufgrund akuter Mangel durchblutung 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 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.
5. 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- od. unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
- es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
6. Für Bauch- und Unterleibsbrüche jeder Art wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch eine von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.
7. Für Unfälle, die Versicherte in der Berufsgruppe II (siehe Anhang) in Ausübung ihres Berufs erleiden, kommt Art. 7. Punkt 8. zu Anwendung.

Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

Artikel 22.

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 23.

Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlicher Betätigung

Als Obliegenheiten werden vereinbart:

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung der versicherten Person sind unverzüglich anzuzeigen.
 - 1.1. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportliche Betätigung der versicherten Person nach dem dem Vertrag zugrundeliegenden Tarif eine niedrigere Prämie, so ist diese ab Zugang der Anzeige beim Versicherer zu bezahlen.
 - 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 oder sportliche Betätigung der volle Versicherungsschutz. Danach besteht der volle Versicherungsschutz nur bei Zahlung der dem höheren Risiko angepassten Prämie. Hierzu wird nach Meldung des erhöhten Risikos der Versicherer einen Änderungsvorschlag übermitteln. Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Änderungsvorschlags ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen. Wird der Versicherungsvertrag nicht innerhalb dieser Frist gekündigt, so gilt die durch den Versicherer vorgeschlagene erhöhte Prämie ab dem Zeitpunkt der Gefahrenerhöhung.
 - 1.3. Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung 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 oder sportlichen Betätigung erforderlichen Prämie zurückbleibt.
 - 1.4. Besteht für die neu ausgeübte Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlichen Betätigung grundsätzlich kein Versicherungsschutz, kommen die Bestimmungen der §§ 23 ff VersVG über die Gefahrenerhöhung zur Anwendung.
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. 1a und 2 VersVG im Anhang).

Artikel 23 a.

Anzeige der Veränderung des Hauptwohnsitzes

Eine Verlegung des Hauptwohnsitzes ist dem Versicherer unverzüglich in geschriebener Form an zu zeigen. 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 dem Zugang der Anzeige beim Versicherer folgenden Tag 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.

Artikel 24.

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. 23 (Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit, Beschäftigung oder sportlicher Betätigung).
 - 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 gemeldet, so ist auch diese im vorstehenden Sinne zu ermächtigen.
- 2.6. Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die 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. 10 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. 11 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 25.

Versicherungsperiode, Vertragsdauer

1. Versicherungsperiode
Als Versicherungsperiode gilt, wenn der Versicherungsvertrag nicht für eine kürzere Zeit abgeschlossen ist, der Zeitraum eines Jahres.
2. Vertragsdauer
Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet der Vertrag ohne Kündigung.
Beträgt die vereinbarte Vertragsdauer mindestens ein Jahr, dann verlängert sich die Vertragsdauer jeweils automatisch um ein weiteres Jahr, wenn die schriftliche Kündigung des Versicherungsnehmers nicht spätestens einen Monat vor

dem Ende der vereinbarten Vertragsdauer beim Versicherer einlangt.

Langt die Kündigung rechtzeitig beim Versicherer ein, endet der Vertrag mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer.

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 26.

Kündigung, 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 ihre Anerkennung verzögert.

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. 18 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten);
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung bei Verzögerung der Anerkennung (Art.17., Fälligkeit unserer 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, oder 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.
3. Hat der Versicherer mit Rücksicht auf die Vertragslaufzeit eine Ermäßigung der Prämie vereinbart, so kann er bei einer vorzeitigen Auflösung des Vertrages die Nachzahlung des Betrages fordern, um den die Prämie höher bemessen worden wäre, wenn der Vertrag nur für den Zeitraum geschlossen worden wäre, während dessen er tatsächlich bestanden hat.

Artikel 27.

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

Wird eine Versicherung gegen Unfälle, die einem anderen zustoßen, vom Versicherungsnehmer für eigene Rechnung genommen, so ist zur Gültigkeit des Vertrages die schriftliche Zustimmung des anderen erforderlich.

Ist der Andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den seine Person betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann 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 Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 28.

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 29.

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. Telefax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss.

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

Anhang zu den AUVB (2010 / Fassung 04/2019) für die Unfallversicherung

RENTENTAFEL

Aufgrund der Sterbetafel AVÖ 2005 unisex und eines Zinsfußes von jährlich 1,5 %, Jahresbeitrag der monatlich im Voraus zahlbaren lebenslangen Rente für eine kapitalmäßige Berechnungsgrundlage von EUR 1.000,00											
Alter	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Jahresrente	66,76	70,12	73,82	77,89	82,38	87,35	92,86	98,97	105,75	113,28	121,66

EINTEILUNG DER BERUFSGRUPPEN

<p>BERUFSGRUPPE I: Alle Berufe, die nicht unter Berufsgruppe II fallen.</p> <p>BERUFSGRUPPE II</p> <ul style="list-style-type: none">• Arbeiter im Hoch- und Tiefbau• Landwirte, Wald- und Forstarbeiter• Dachdecker, Spengler, Zimmermann• Holzbearbeiter, -verarbeiter• Polizist im Außendienst <p>Wichtiger Hinweis:</p> <p>Leistungen nach Art. 7 werden, sofern nicht anders vereinbart, in der Berufsgruppe II erst ab einer Dauerinvalidität von 20 % erbracht.</p> <p>Erhöhte Gliedertaxe siehe Art. 7 Punkt 2.1.2</p>

SONDERRISKEN (lineare Invaliditätsleistung, keine Progression i.S.d. Art. 7 Punkt 5 AUVB)

<p>SONDERRISKEN 1</p> <ul style="list-style-type: none">• Rafting• Kitesurfen• Canyoning• Indoorklettern• Klettern/Bergsteigen in den Schwierigkeitsgraden IV bis max. VI (französische Skala)• Klettersteig Schwierigkeitsgrad E	<p>SONDERRISKEN 2</p> <ul style="list-style-type: none">• Nicht motorische Flugrisiken wie<ul style="list-style-type: none">• Segelfliegen,• Ballonfahren• Drachenfliegen• Fallschirmspringen• Gleitsegeln• Hänge- und Paragleiten• Bungeejumping
---	--

AMATEURSPORTRISKEN

Nachstehende Amateursportarten sind, wenn keine Entgeltleistung (z.B. Startgeld; nicht als Entgelt zählen Aufwandsentschädigungen, Spesenersatz, allfälliges Preisgeld) an den Sportler erfolgt, bei Bestreitung von Wettbewerben wie Landes-, Bundes-, Staatsmeisterschaften und internationalen Meisterschaften gegen entsprechenden Prämienzuschlag versichert:

<p>Amateurgruppe 1: Badminton, Basketball, Eislaufen, Eisschießen, Fechten, Sportschießen, Laufen, Leichtathletik, Mountainbiken, Radfahren, Reiten, Rudern (ausgenommen Wildwasser), Schwimmen, Segeln, Skating, Skateboarden, Squash, Tanzen, Tennis, Tischtennis, Turnen, Volleyball, Wasserski.</p>
<p>Amateurgruppe 2:</p> <ul style="list-style-type: none">• Handball unter den obersten beiden Spielklassen• Nicht-Kaderschiläufer im ÖSV bzw. vergleichbaren Länderorganisationen• Kampfsport ohne ausgeprägten Körperkontakt• Gewichtheben, Kraftsport und Schwerathletik

MUKI 24H-HILFE (UNFALL-ASSISTANCE)

Die in Art. 11.4. (Nottransport aus dem Ausland nach Österreich) und Art. 11.5. (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. 11.4. 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. € 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 Ausbeißen von Zähnen oder Zahnteilen, für Kosten für Kur-, Bade- und Erholungsreisen und -aufenthalte, 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 (2010/ Fassung 04/2019) 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. 1a - zu erfüllen ist, so kann sich der Versicherer auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen, wenn die Verletzung keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder soweit sie keinen Einfluss auf den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

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

4. Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt sein soll, ist unwirksam.

5. Der Versicherer kann aus 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 Versicherungsvertrages 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.

§ 38.

1. Ist die erste oder einmalige Prämie innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages 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 schriftliche 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.

- 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.

§ 75.

- 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.
- 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.

§ 184

- 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.
- Sind nach dem Vertrag die Sachverständigen vom Gericht zu bestellen,

so sind auf die Bestellung die Vorschriften des § 64 Abs.2 entsprechend anzuwenden.

- Eine Vereinbarung, die von der Vorschrift des Abs.1 Satz 1 abweicht, ist nichtig.

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

§ 14

- 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.
- Das Fehlen der inländischen Gerichtsbarkeit sowie der örtlichen Zuständigkeit des Gerichtes ist in jeder Lage des Verfahrens von Amts wegen wahrzunehmen; die Bestimmungen über die Heilung des Fehlens der inländischen Gerichtsbarkeit oder der sachlichen oder örtlichen Zuständigkeit (§ 104 Abs. 3 JN) sind jedoch anzuwenden.
- 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.
- 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.