Wüstenrot Versicherungs-AG

Bedingungen für die Lenker-Unfallversicherung

Dem Versicherungsvertrag über die Unfallversicherung „Lenker-Unfallversicherung“ und „Lenker-Unfallversicherung-Plus“ (Lenker- und Insassenunfallversicherung) werden vereinbarungsgemäß die nachfolgenden (Versicherungs-)Bedingungen zu Grunde gelegt.

Artikel 1 – Versicherungsfall

Versicherungsfall ist das von der Versicherung umfasste Schadenereignis (gem. Artikel 14).

Artikel 2 – Beitrag, Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

1. Beitrag

Der erste/einmalige Beitrag einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Aushändigung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung zu zahlen (Einlösung der Versicherungsurkunde). Die Folgebeiträge einschließlich Gebühren und Versicherungssteuer sind zu den vereinbarten, in der Versicherungsurkunde angeführten Fälligkeitsterminen zu entrichten. Bei Zahlungsverzug gelten die §§ 38, 39 und 39 a des Versicherungsvertragsgesetzes 1958 (VersVG 1958).

2. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit der Einlösung der Versicherungsurkunde (Pkt. 1), jedoch nicht vor dem vereinbarten Zeitpunkt. Wird die Versicherungsurkunde erst danach ausgehändigt, dann aber der Beitrag binnen 14 Tagen oder ohne schuldhaften weiteren Verzug gezahlt, ist Versicherungsschutz ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn gegeben.

3. Vorläufige Deckung

Gemäß § 1a (2) VersVG kommt der Versicherungsvertrag erst mit Zugang der Versicherungsurkunde oder einer gesonderten Annahmeerklärung zustande. Ohne besondere Vereinbarung besteht daher vor diesem Zeitpunkt kein Versicherungsschutz. Abweichend hiervon gewährt jedoch die Wüstenrot Versicherungs-AG ab Eingang des Antrages in einer Landesdirektion vorläufige Deckung (Versicherungsschutz) unter der Voraussetzung, dass das beantragte Risiko den Annahmerichtlinien der Wüstenrot Versicherungs-AG entspricht. Ist ein späterer Beginn beantragt, besteht die Deckung frühestens ab diesem Zeitpunkt. Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von zwei Wochen zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall der auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende anteilige Beitrag. Die vorläufige Deckung endet mit der endgültigen Annahme oder Ablehnung des beantragten Versicherungsvertrages.

Artikel 3 – Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung umfasst Versicherungsfälle, die in Europa eintreten, jedenfalls aber das Gebiet jener Staaten, die das multilaterale Garantieabkommen zwischen den Nationalen Versicherungsbüros vom 30.05.2002 (Amtsblatt der Europäischen Gemeinschaften Nr. L 192 vom 31.07.2003, S. 23) unterzeichnet haben. Der Begriff Europa ist geographisch zu verstehen. Nicht in den örtlichen Geltungsbereich fallen jedoch Island, Grönland und Spitzbergen, ferner die Kanarischen Inseln, Madeira, Zypern (türkischer Teil), die Azoren und die asiatische Türkei. Bei Transport des Fahrzeuges zu Wasser wird der Versicherungsschutz nicht unterbrochen, wenn die Verladeorte innerhalb des örtlichen Geltungsbereiches liegen; sonst endet er mit Beendigung des Verladevorganges in Europa. Versichert sind Unfälle, die während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit des Versicherungsvertrages unter Beachtung der §§ 38, 39 und 39a VersVG) eingetreten sind.

Artikel 4 – Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Schadenereignisse (Unfälle),

1. die bei Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten, Rallyes) und den dazugehörenden Trainingsfahrten entstehen;

2. die bei der Vorbereitung oder Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte(n) Person(en) eintreten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;

3. die mit Aufruhr, inneren Unruhen, Kriegsereignissen, hoheitlichen Verfügungen und Erdbeben unmittelbar oder mittelbar zusammenhängen;

4. die durch den Einfluss von ionisierenden Strahlen im Sinne des Strahlenschutzgesetzes vom 8. Juli 1969 (BGBl. Nr. 227/69 in der jeweils geltenden Fassung) sowie durch Kernenergie verursacht werden;

5. bei Fahrten, die ohne Willen des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten vorbereitet, ausgeführt oder ausgedehnt werden;

6. die der Versicherte infolge einer Geistes- oder Bewusstseinsstörung (auch durch Alkohol- oder Suchtgifteinfluss sowie durch Medikamentenmissbrauch) erleidet;
7. Ausgeschlossen sind ferner als Unfallfolgen (auch Verschlimmerungen): Bandscheibenhernien und Bauch- oder Unterleibsbrüche jeder Art.
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Versicherte beweist, dass die Bandscheibenhernien durch direkte mechanische oder chemische Einwirkung auf die Wirbelsäule aufgetreten sind, und dass es sich dabei nicht um eine Verschlimmerung schon vor dem Unfall bestehender Krankheitserscheinungen handelt.
Dies gilt auch für die angeführten Bauch- oder Unterleibsbrüche, sofern der Versicherte beweist, dass sie durch eine von außen kommende mechanische oder chemische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagebedingt waren.

Artikel 5 – Obliegenheiten

1. Als Obliegenheiten, deren Verletzung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 1 und 1a VersVG 1958 befreit, wird die Verpflichtung bestimmt, das Fahrzeug nicht zu einem anderen als dem im Versicherungsvertrag vereinbarten Zweck zu verwenden.
2. Als Obliegenheiten zur Verminderung der Gefahr oder zur Verhütung einer Erhöhung der Gefahr, deren Verletzung zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 2 VersVG 1958 befreit, werden bestimmt,
2.1 dass der Lenker in jedem Fall die kraftfahrrechtliche Berechtigung besitzt, die für das Lenken des Fahrzeuges auf Straßen mit öffentlichem Verkehr vorgeschrieben ist; dies gilt auch dann, wenn das Fahrzeug nicht auf Straßen mit öffentlichem Verkehr gelenkt wird; ferner dass sich der Lenker nicht in einem durch Alkohol, Suchtgift oder durch Medikamentenmissbrauch beeinträchtigten Zustand befindet. Die Verpflichtung zur Leistung bleibt gegenüber dem Versicherungsnehmer und den versicherten Personen bestehen, wenn für diese die Obliegenheitsverletzung ohne Verschulden nicht erkennbar war.
2.2 mit dem Fahrzeug Personen nur unter Einhaltung der betreffenden kraftfahrrechtlichen Vorschriften zu befördern.
3. Als Obliegenheiten, deren Verletzung nach Eintritt des Versicherungsfalles den Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung gemäß den Voraussetzungen und Begrenzungen des § 6 Abs. 3 VersVG 1958 befreit, werden bestimmt,
3.1 nach Möglichkeit zur Feststellung des Sachverhaltes beizutragen;
3.1.2 dem Versicherer innerhalb einer Woche
- den Versicherungsfall unter möglichst genauer Angabe des Sachverhaltes sowie
- die Einleitung eines damit im Zusammenhang stehenden verwaltungsbehördlichen oder gerichtlichen Verfahrens in geschriebener Form mitzuteilen:
3.1.3 dass der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, ermächtigt und aufgefordert werden, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen und Berichte zu liefern. Ist der Unfall einem Sozialversicherer gemeldet, so ist auch dieser im vorstehenden Sinne zu ermächtigen;
3.1.4 dass sich der Unfallgeschädigte auf Verlangen des Versicherers von den von diesem bezeichneten Ärzten untersuchen lässt;
3.1.5 dass ein Todesfall dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen ist, und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist;
3.1.6 dem Versicherer das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte zu besichtigen zu lassen;
3.1.7 dass der Unfallgeschädigte unverzüglich ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und die ärztliche Behandlung bis zum Abschluss des Heilverfahrens regelmäßig fortzusetzen hat;
3.2 Nach Erhalt des Formulars für Unfallanzeigen ist dieses ohne Verzug dem Versicherer ausgefüllt zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen.
3.3 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.
3.4 Dem Versicherer ist, wenn der Versicherte in ein Spital zu ambulanter und/oder stationärer Behandlung der Unfallfolgen eingewiesen ist, nach der Entlassung aus dem Spital bzw. der ambulanten Behandlung eine Bescheinigung der Spitalsverwaltung einzusenden, in welcher der volle Vor- und Zuname des Versicherten, dessen Geburtsdaten, der Tag der Aufnahme zur Spitalsbehandlung und der Tag der Entlassung sowie die Diagnose angegeben sein müssen.
3.5 Bei Inanspruchnahme von Unfallkosten PLUS-Leistungen sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

Artikel 6 – Schadenminderungs- und Rettungspflicht

1. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, beim Eintritt des Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die

Abwendung und Minderung des Schaden zu sorgen und dabei die Weisungen des Versicherers zu befolgen. Wenn es die Umstände gestatten, hat er solche Weisungen einzuholen. Ebenso ist für angemessene Krankenpflege zu sorgen.
2. Hat der Versicherungsnehmer diese Verpflichtungen verletzt, ist der Versicherer nach den Bestimmungen des § 62 Abs. 2 VersVG 1958 leistungsfrei.

Artikel 7 – Abtretungsverbot

Versicherungsansprüche dürfen vor ihrer endgültigen Feststellung ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers weder abgetreten noch verpfändet werden.

Artikel 8 – Vertragsdauer und Kündigung

1. Vertragsdauer
Die Versicherung wird auf unbestimmte Dauer abgeschlossen. Sie verlängert sich jeweils um ein weiteres Jahr, wenn sie nicht unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der Vertragsdauer bzw. zum Ende jedes nachfolgenden Versicherungsjahres in geschriebener Form gekündigt wird. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn, sofern nicht eine ausdrückliche andere Regelung besteht oder vereinbart ist. Beträgt die Vertragsdauer weniger als ein Jahr, endet die Versicherung ohne Kündigung.
Hiervon unabhängig teilt diese Lenker-Unfallversicherung ungeachtet einer allfälligen separaten Vertragsausfertigung das Schicksal des Kfz-Haftpflichtversicherungsvertrages; d.h. im Falle der Auflösung des KFZ-Haftpflichtversicherungsvertrages für das versicherte und in der Versicherungsurkunde bezeichnete Kraftfahrzeug (z.B. bei Veräußerung des Kfz) erlischt auch diese Lenker-Unfallversicherung. Bei Wegfall des versicherten Interesses gelten die Bestimmungen des § 68 VersVG 1958. Im Fall der Veräußerung des Fahrzeuges gelten die §§ 69 ff VersVG 1958.
2. Kündigung nach Eintritt des Versicherungsfalles
2.1 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherungsnehmer kündigen, wenn der Versicherer einen begründeten Anspruch auf die Versicherungsleistung ablehnt oder seine Anerkennung verzögert.
Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monates
- nach Ablehnung des begründeten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
- nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;
- nach Fälligkeit der Versicherungsleistung (Art. 18).

Die Kündigung kann mit sofortiger Wirkung oder zum Ende der laufenden Versicherungsperiode erfolgen.
2.2 Nach Eintritt des Versicherungsfalles kann der Versicherer kündigen, wenn er den Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Grunde nach anerkannt oder eine Versicherungsleistung erbracht hat oder wenn der Versicherungsnehmer einen Anspruch auf Versicherungsleistung arglistig erhoben hat.
Die Kündigung ist vorzunehmen innerhalb eines Monates
- nach Anerkennung dem Grunde nach;
- nach erbrachter Versicherungsleistung;
- nach Ablehnung des arglistig erhobenen Anspruches auf Versicherungsleistung.

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.
2.3 Dem Versicherer gebührt der auf die abgelaufene Versicherungszeit bis zur Vertragsauflösung entfallende anteilige Beitrag.

Artikel 9 – Form der Erklärungen

1. Für alle Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, versicherter Personen oder sonstiger Dritter genügt es zur Wirksamkeit, wenn sie in geschriebener Form erfolgen und dem Versicherer zugehen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen. Ausgenommen hiervon sind Erklärungen, für welche gesetzlich die Schriftform vorgesehen ist oder für welche die Schriftform ausdrücklich und gesondert vereinbart wurde. Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung vom Erklärenden eigenhändig unterschrieben zugehen muss. Bloß mündlich abgegebene Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, der versicherten Personen oder sonstigen Dritten sind nicht wirksam.
2. Wenn der Versicherungsnehmer seinen Wohnort wechselt (bzw. bei Änderung seiner Postanschrift) muss er dem Versicherer seine neue Adresse unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für ihn Nachteile entstehen, da der Versicherer ihm gegenüber abzugebende Erklärungen an seine, dem Versicherer zuletzt bekannt gegebene Adresse zusenden kann. In diesem Fall wird die Erklärung des Versicherers zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie dem Versicherungsnehmer ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre und dieser bei seiner Anwesenheit davon hätte Kenntnis nehmen können.

Artikel 10 – Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen

1. Die Unfallversicherung wird gegen Unfälle, die dem Fahrzeuglenker (gemäß Artikel 14) zustoßen, genommen.
2. Eine Versicherung gegen Unfälle, die einem Anderen (Fahrzeuginsassen) zustoßen, gilt im Zweifel als für Rechnung des Anderen genommen. Die Vorschriften der §§ 75 bis 79 VersVG sind mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Ausübung der Rechte aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich dem Versicherungsnehmer zusteht.
3. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für den Fahrzeuglenker und jene Personen, die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend machen. Diese Personen sind neben dem Versicherungsnehmer für die Erfüllung der Obliegenheiten, der Schadenminderungs- und Rettungspflicht verantwortlich.

Artikel 11 – Gerichtsstand und Erfüllungsort

1. Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag, insbesondere jene der Beitragszahlung sowie der Versicherungsleistung, ist jeweils der Sitz des Versicherers.
2. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen, die zur selbständigen Geltendmachung von Ansprüchen aus dem Versicherungsverhältnis berechtigt sind, können diese auch bei den Gerichten geltend machen, in deren Sprengel sie ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt oder ihren Sitz im Inland haben.

Artikel 12 – Anzuwendendes Recht, Versicherungsaufsichtsbehörde

Auf diesen Vertrag kommt österreichisches Recht zur Anwendung. Die Versicherungsaufsicht obliegt der "Finanzmarktaufsicht" (FMA), A-1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5.

Artikel 13 – Versicherungsformen und versicherte Personen

1. Die Versicherung wird abgeschlossen
1.1 für den Lenker:
Die für die versicherten Leistungen (siehe Artikel 15) vereinbarten, in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungssummen gelten für den jeweiligen Lenker des im Vertrag (in der Versicherungsurkunde) bezeichneten Fahrzeuges.
1.2 für die Insassen (für maximal vier (4) Plätze nach dem Platzsystem):
Die für die versicherten Leistungen (siehe Artikel 15) vereinbarten, in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungssummen gelten für jeden einzelnen kraftfahrrechtlich genehmigten Platz des im Vertrag bezeichneten Fahrzeuges, höchstens jedoch für insgesamt vier Plätze (ohne Berücksichtigung des Lenkers).
Sind im Unfallzeitpunkt mehr als vier (4) Personen oder mehr Personen versichert, als Plätze kraftfahrrechtlich genehmigt sind oder mehr Plätze vorhanden als im Versicherungsantrag angegeben (jeweils ohne Berücksichtigung des Lenkers), so wird die Versicherungsleistung für die einzelne Person entsprechend gekürzt. Die auf die einzelne versicherte Person entfallende Versicherungssumme errechnet sich aus der Teilung der insgesamt zur Verfügung stehenden Versicherungssumme durch die Anzahl der im Unfallzeitpunkt versicherten Personen.
2. Versicherte Personen sind solche, die sich mit Willen des Versicherungsnehmers oder des über das Fahrzeug Verfügungsberechtigten in dem Fahrzeug befinden oder im ursächlichen Zusammenhang mit ihrer Beförderung im Rahmen des Artikels 14 Pkt. 1. tätig werden.

Artikel 14 – Umfang der Versicherung

1. Gegenstand der Versicherung
1.1 Die Versicherung bezieht sich auf Unfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Lenken, Benutzen, dem Be- und Entladen sowie dem Einweisen des versicherten Kraftfahrzeuges oder Anhängers. Unfälle beim Ein- und Aussteigen sind mitversichert.
1.2 Für die Dauer der Zuweisung eines Wechselkennzeichens hat die Lenker-Unfallversicherung nur für das Fahrzeug Gültigkeit, an dem die Kennzeichentafeln jeweils angebracht sind.
2. Unfallbegriff
2.1 Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.
2.2 Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:
a) Ertrinken;
b) Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
c) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
d) Unfälle infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles, sowie ein Herzinfarkt oder Schlaganfall, der als Folge eines Unfalles eintritt;
e) Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln.

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

Artikel 15 – Versicherungsleistung

Versichert sind
- der Unfalltod (Pkt. 1.)
- die dauernde Invalidität (Pkt. 2.)
- Ersthilfeleistung bei Schwerverletzung (Pkt. 3.)
- Unfallkosten PLUS (Pkt. 4.)
- Unfallpauschale (Pkt. 5.)

1. Unfalltod

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

1.2 Auf die Unfalltodleistung werden nur Zahlungen angerechnet, die für Unfallinvalidität (mit und ohne Progression) und für Ersthilfeleistung bei Schwerverletzung aus demselben Ereignis geleistet worden sind. Einen Mehrbetrag an Leistung für Unfallinvalidität und für Ersthilfeleistung bei Schwerverletzung kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

1.3 Bei Personen unter 15 Jahren werden innerhalb der Versicherungssumme nur die aufgewendeten angemessenen Begräbniskosten ersetzt.

In den Fällen des Artikel 13 Pkt. 1.2 wird der auf andere versicherte Personen entfallende Teilbetrag aus der versicherten Todesfallsumme um den durch diese Begrenzung freiwerdenden Betrag verhältnismäßig erhöht.

2. Dauernde Invalidität

2.1 Ergibt sich innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet, dass als Folge des Unfalles eine dauernde Unfallinvalidität zurückbleibt, wird aus der hierfür versicherten Summe der dem Grade der Unfallinvalidität entsprechende Betrag gezahlt.

2.2 Für die Bemessung des Unfallinvaliditätsgrades gilt – unter Ausschluss jeder anderen Art des Nachweises eines höheren oder geringeren Invaliditätsgrades – folgende Bestimmung:

bei völligem Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit
eines Armes ab Schultergelenk 80%
eines Daumens 20%
eines Zeigefingers 10%
eines anderen Fingers 5%
eines Beines bis über die Mitte des Oberschenkels 70%
einer großen Zehe 5%
einer anderen Zehe 2%
bei völligem Verlust der Sehkraft beider Augen 100%
bei völligem Verlust der Sehkraft eines Auges 50%
bei völligem Verlust des Gehörs beider Ohren 60%
bei völligem Verlust des Gehörs eines Ohres 30%
bei völligem Verlust des Geruchssinnes 10%
bei völligem Verlust des Geschmackssinnes 10%
der Milz 10%
der Niere 20%
der Stimme 40%

2.2.1 Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die Prozentsätze des Pkt. 2.2. anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen und Beinen ist der Satz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden. Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Punkt 2.3 anzuwenden.

2.3 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Unfallinvaliditätsgrad 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 Unfallinvaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert.

2.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Unfallinvaliditätsgrade zusammengerechnet. Der Invaliditätsgrad aus einem Unfall bzw. die Versicherungsleistung pro Versicherungsfall sind jedoch mit 100 % (der versicherten Summe) begrenzt.

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

2.6 Steht der Grad der dauernden Unfallinvalidität nicht eindeutig fest, sind sowohl der Versicherte als auch der Versicherer berechtigt, den Unfallinvaliditätsgrad jährlich bis vier Jahre ab dem Unfalltag ärztlich neu bemessen zu lassen.
2.7 Stirbt der Versicherte
2.7.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallinvaliditätsleistung;
2.7.2 aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, ist nach dem Grad der dauernden Unfallinvalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.
2.7.3 unfallbedingt oder aus unfallfremder Ursache später als ein Jahr nach dem Unfall, ist ebenfalls nach dem Grad der dauernden Unfallinvalidität zu leisten, mit dem aufgrund der zuletzt erstellten ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

3. Ersthilfeleistung bei Schwerverletzung

3.1 Der Versicherer erbringt nach einem Unfall gemäß den nachstehenden Bestimmungen eine Ersthilfeleistung in Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme bei folgenden schweren Verletzungen, soweit diese nicht innerhalb eines Monats nach Eintritt des Unfalles zum Tod des Versicherten führen:

- Querschnittlähmung nach Schädigung des Rückenmarks;
- Amputation eines Fußes oberhalb des oberen Sprunggelenkes oder einer Hand oberhalb des Handgelenkes;
- Schweres Schädel-Hirntrauma mit zweifelsfrei nachgewiesener Hirnquetschung und/oder Hirnblutung und Bewusstlosigkeit;
- Verbrennung 2. oder 3. Grades von mehr als 30% der Körperoberfläche;
- Erblindung oder hochgradige Sehbehinderung beider Augen. Als hochgradige Sehbehinderung gilt eine Verminderung der Sehschärfe auf höchstens 1/20 der normalen Sehschärfe.

Schwere Mehrfachverletzung:

- Fraktur von mehreren Wirbelkörpern;
- Fraktur von zwei langen Röhrenknochen an unterschiedlichen Extremitäten;
- Gewebezerstörende Schäden an zwei inneren Organen;

Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen:

- Fraktur eines langen Röhrenknochens,
- Fraktur des Beckens, sofern die Stabilität des Beckens beeinträchtigt ist,
- Fraktur eines Wirbelkörpers,
- Gewebezerstörender Schaden eines inneren Organs.

3.2 Das Vorliegen einer schweren Verletzung im Sinne dieser Bedingungen ist durch einen ausführlichen Bericht der behandelnden Ärzte nachzuweisen. Der Anspruch auf Ersthilfeleistung bei Schwerverletzungen entsteht einen Monat nach Eintritt des Unfalles.

4. Unfallkosten PLUS

Pro Versicherungsjahr werden Unfallkosten maximal bis zur Höhe der hierfür vereinbarten Versicherungssumme ersetzt. Darüber hinaus sind bei den Unfallkosten für einzelne Leistungsarten weitere Begrenzungen der Versicherungsleistung vorgesehen (vgl. Pkt. 1.1.1, 1.2, 1.5, 1.6, 1.7, 1.8, 1.9)
Besteht gegenüber einem Sozialversicherungsträger oder einem sonstigen Leistungsträger ein Ersatzanspruch, sind allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.
Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Republik Österreich.
Der Begriff des Unfalles ist in Artikel 14, Pkt.2. definiert.
1. UNFALLKOSTEN sind:
1.1. Bergungs- und Transportkosten bis zu EUR 15.000,00
1.2. Verlegungskosten bis zu EUR 15.000,00
1.3. Rücktransport- und Rückholkosten (aus dem Ausland)
1.4. Überführungskosten (aus dem Ausland)
1.5. Heil- und Begleitkosten bis zu EUR 3.000,00
1.6. Behandlungskosten (im Ausland) bis zu EUR 36.500,00
1.7. Kosmetische Operationen bis zu EUR 15.000,00
1.8. Rehabilitationskosten bis zu EUR 12.000,00
1.9. Fixkostenersatz bis zu EUR 8.000,00
1.1. Bergungs- und Transportkosten
1.1.1 Der Versicherer organisiert die Bergung bzw. Rettung und übernimmt die notwendigen Kosten bis zu EUR 15.000,00, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss, oder
- durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

1.1.2 Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten, der medizinischen

Erstversorgung und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße. Wenn andere Bergungsmittel nicht möglich sind, bzw. wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

1.1.3 Der Versicherungsschutz umfasst die Organisation und den Ersatz der Kosten eines infolge Unfalles erforderlichen, medizinisch begründeten und ärztlich angeordneten Transportes von der Unfallstelle in das nächstgelegene Krankenhaus inklusive der dabei entstandenen Kosten der medizinischen Versorgung. Wenn schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, werden die Kosten auch für ein Rettungsflugzeug (Rettungshubschrauber) einer hierfür eingerichteten Organisation übernommen.

1.2. Verlegungskosten

Der Versicherer ersetzt nach einem Unfall (weltweit) und bei einer akuten Erkrankung (im Ausland) die Kosten bis zu EUR 15.000,00 für eine medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete Verlegung des Versicherten, das ist der Transport von einem erstversorgenden Krankenhaus in ein Schwerpunktkrankenhaus oder in ein Krankenhaus mit einer speziellen Fachabteilung.

1.3. Rücktransport- und Rückholkosten (aus dem Ausland)

1.3.1 Der Versicherer organisiert und übernimmt die Kosten eines infolge Unfalles oder akuter Erkrankung erforderlichen, ärztlich angeordneten und medizinisch notwendigen Rücktransportes aus dem Ausland an den Wohnsitz des Versicherten bzw. zu einem dem Wohnsitz naheliegenden Krankenhaus, einschließlich der beim Transport notwendigen ärztlichen Versorgung und Betreuung. Voraussetzung ist, dass der Transport durch eine behördlich zugelassene Rettungsorganisation erfolgt (z.B. Tyrolean Air Ambulance).

Für einen solchen Rücktransport aus dem Ausland wird unbeschränkt Versicherungsschutz geboten. Die dafür aufgewendeten Kosten werden jedoch der vereinbarten Versicherungssumme für Unfallkosten zur Gänze angerechnet, sodass für weitere Unfallkosten (vgl. Pkt. 1) maximal der verbleibende Differenzbetrag geleistet wird.

1.3.2 Der Versicherer organisiert und übernimmt im Falle des Rücktransportes des verunfallten oder akut erkrankten Versicherten nach Pkt. 1.3.1 aus dem Ausland die Mehrkosten der gemeinsamen Rückholung von mitreisenden, im gemeinsamen Haushalt mit der versicherten Person lebenden Kindern und des Ehepartners (Lebensgefährten) oder einer Begleitperson minderjähriger versicherter Personen. Unter Mehrkosten sind jene Kosten zu verstehen, die durch die Nichtverwendbarkeit oder nur teilweisen Verwendbarkeit gebuchter und bezahlter Rückflugtickets bzw. sonstiger Fahrausweise entstehen.

1.4. Überführungskosten (aus dem Ausland)

Im Todesfall des Versicherten nach Unfall oder akuter Erkrankung im Ausland organisiert der Versicherer die Überführung der Leiche bzw. übernimmt er die nachweislich aufgewendeten Kosten der Überführung bis zu dessen letztem Wohnort.

1.5. Heil- und Begleitkosten

Pro Versicherungsfall werden Heil- und Begleitkosten im In- und Ausland bis zu EUR 3.000,00 ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

1.5.1 Heilkosten sind die Kosten, die zur Behebung der Unfallfolgen aufgewendet wurden und nach ärztlicher Verordnung, dem in Österreich anerkannten medizinischen Wissensstand folgend, notwendig waren und innerhalb von vier Jahren vom Unfalltag an gerechnet entstehen. Hierzu zählen auch die notwendigen Kosten des Verletztentransportes, einer physikalischen Behandlung, Leihgebühren für Heilbehelfe (z.B.: Gehhilfen, Rollstuhl) Kosten der erstmaligen Anschaffung künstlicher Gliedmaßen und eines Zahnersatzes sowie anderer, nach ärztlichem Ermessen erforderlicher erstmaliger Anschaffungen.

1.5.2 Wird aufgrund des Unfalles eines versicherten Kindes ein Krankenhausaufenthalt erforderlich, werden die für die Unterbringung einer Begleitperson vom Krankenhaus dafür verrechneten Verpflegungskosten der allgemeinen Gebührenklasse, im Rahmen der vereinbarten Versicherungssumme gegen Vorlage der Originalrechnung übernommen.

1.6. Behandlungskosten (nur im Ausland)

Im Falle eines Unfalles oder einer akuten Erkrankung im Ausland übernimmt der Versicherer die nachgewiesenen Kosten (Behandlungskosten) für die stationäre und ambulante Heilbehandlung operativer und nicht operativer Art in Krankenhäusern und Sanatorien; die ärztliche Behandlung außerhalb eines Krankenhauses ebenso wie einen medizinisch notwendigen ärztlich angeordneten Krankentransport zur ärztlichen Behandlung, auch wenn dieser auf dem Luftweg erfolgt.

Pro Versicherungsfall werden Behandlungskosten im Ausland bis zu EUR 36.500,00 ersetzt, sofern nicht von einem Sozialversicherungsträger Ersatz zu leisten ist oder von einem sonstigen Leistungsträger Ersatz geleistet wurde. Allfällige Vergütungen, auch wenn sie nachträglich erfolgen, sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen bzw. diesem weiterzugeben.

1.7. Kosmetische Operationen

1.7.1 Wird durch einen Unfall die Körperoberfläche der versicherten Person derart beschädigt oder verformt, dass

nach Abschluss der Heilbehandlung ihr äußeres Erscheinungsbild dauernd beeinträchtigt ist und entschließt sich die versicherte Person, sich zum Zwecke der Beseitigung dieses Mangels einer kosmetischen Operation zu unterziehen, übernimmt der Versicherer je Versicherungsfall die mit der Operation und der klinischen Behandlung in Zusammenhang stehenden Kosten für Arzthonorar, Medikamente, Verbandszeug und sonstige ärztlich verordnete Heilmittel sowie die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung in der allgemeinen Gebührenklasse der Klinik bis zu EUR 15.000,00.
1.7.2 Ersetzt werden nur jene Operationskosten und nur jene Kosten der klinischen Behandlung, die durch den Unfall nachweislich entstanden sind.
1.8. Rehabilitationskosten
Ist nach einem Unfall mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer dauernden Unfallinvalidität von zumindest 35 % zu rechnen, werden Kosten für Maßnahmen der Rehabilitation bis zu EUR 12.000,00 durch den Versicherer übernommen. Voraussetzung dafür ist, dass die Kosten im Rahmen des durch den Versicherer organisierten Rehabilitationsmanagements innerhalb von 2 Jahren nach dem Unfall entstehen. Für durch den Versicherten selbst veranlasste Maßnahmen werden Kosten nur im Rahmen der Heilkosten (siehe Pkt. 1.5) ersetzt.
1.9. Fixkosten
Ist nach einem Unfallereignis, die versicherte Person unfallbedingt zu 100 % (völlig) arbeitsunfähig, werden Fixkosten (Wohnraummiete inkl. Betriebskosten), Kreditzahlungen für Wohnraumschaffung, Alimente, sowie Versicherungsprämien für Sachversicherungen und reine Risikolebensversicherungen bei Wüstenrot bis max. EUR 1.000,00 pro Monat übernommen. Die genannten Fixkosten werden nach einer Karenz von 4 Monaten für höchstens 8 Monate, bei ununterbrochener/durchgehender Arbeitsunfähigkeit aufgrund des Unfallereignisses, jeweils monatlich gegen Nachweis, im Nachhinein ersetzt.
2. AUSSCHLÜSSE (für Unfallkosten)
Eine Leistungspflicht besteht nicht:
2.1. für bestehende chronische Leiden und Folgen;
2.2. für Krankheiten und Gebrechen, die in den letzten 6 Monaten vor Versicherungsbeginn behandelt worden oder behandlungsbedürftig gewesen sind und deren Folgen;
2.3. für Kosten von Impfungen und Pflegepersonal sowie vom Versicherer nicht bzw. nicht mit seiner Zustimmung in Auftrag gegebene ärztliche Gutachten und Atteste;
2.4. für Kosten die durch eine Unterbringung in der Sonderklasse in Spitälern, Krankenanstalten, privaten Sanatorien und gleichartigen Gesundheitseinrichtungen entstehen;
2.5. für Kosten von Erholungsreisen sowie von Bade- und Erholungsaufenthalten, ferner für Kosten der Reparatur oder der Wiederbeschaffung eines Zahnersatzes, künstlicher Gliedmaßen oder sonstiger künstlicher Behelfe.
2.6. für Schwangerschaftskomplikationen, Entbindungen, Fehlgeburten und Schwangerschaftsunterbrechungen mit allen Folgen, außer wenn diese durch einen Unfall herbeigeführt werden.

5. Unfallpauschale

Befindet sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles mehr als 14 Tage in ununterbrochener, medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung, erbringt der Versicherer eine einmalige Pauschalleistung in der Höhe von EUR 2.000,00. Ein Anspruch auf diese Versicherungsleistung besteht pro Kalenderjahr nur einmal. 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.

Artikel 16 – Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
1. Bei der Bemessung des Unfallinvaliditätsgrades 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.
Eine Vorinvalidität wird nach Artikel 15 Pkt. 2.2. und 2.3. bemessen.
2. Haben schon vor dem Unfall bestandene Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt oder die Unfallfolgen beeinflusst, ist im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades, ansonsten die Leistung entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens zu verringern, sofern dieser Anteil mindestens 25% beträgt.
3. Für organisch bedingte Störungen des Nervensystems wird eine Leistung nur erbracht, wenn und soweit diese Störung auf eine durch den Unfall verursachte organische Schädigung zurückzuführen ist. Seelische Fehlhaltungen (Neurosen, Psychosen, Psychoneurosen) gelten nicht als Unfallfolgen.
4. Für Bandscheibenvorfälle wird eine Leistung nur erbracht, wenn sie durch direkte mechanische Einwirkung auf die Wirbelsäule entstanden sind und es sich nicht um eine Verschlimmerung von vor dem Unfall bestandenen Krankheitserscheinungen handelt.
5. 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.

Artikel 17 – Erklärung über die Versicherungsleistung

Der Versicherer ist verpflichtet, bei Ansprüchen auf Heilkosten oder Unfalltod-Leistung innerhalb eines Monates, bei allen anderen Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag innerhalb dreier Monate zu erklären, ob und inwieweit er eine Leistungspflicht anerkennt. Die Fristen beginnen mit dem Eingang der vollständigen Unterlagen, die der Anspruchserhebende zur Feststellung des Unfallherganges und der Unfallfolgen und über den Abschluss des Heilverfahrens beizubringen hat.

Artikel 18 – Fälligkeit der Versicherungsleistung

1. Steht die Leistungspflicht des Versicherers dem Grunde und der Höhe nach fest, ist die Leistung fällig.
2. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer nach Ablauf eines Monates seit der Anzeige des Versicherungsfalles in Anrechnung auf seine Gesamtforderung Abschlagszahlungen bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache auf Grund von vorgelegten Bescheinigungen mindestens zu zahlen haben wird.

Artikel 19 – Gebühren, Mehraufwendungen

1. Es werden nur jene Abgaben, Portospesen und Gebühren zusätzlich verrechnet, die durch einen vom Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwand entstehen. Derartige Mehraufwendungen sind
– die uns verrechnete Rückbuchungsgebühr nach Widerruf oder Nichteinlösung einer uns erteilten Einzugsermächtigung;
– die üblichen Kosten der Mahnung bei Zahlungsverzug;
– die dem Versicherer verrechneten Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistung;
– die Kosten der Ausstellung einer Ersatzurkunde bei Verlust der Versicherungsurkunde;
– die ortsüblichen Kosten der Anfertigung von Kopien aus der Vertragskorrespondenz;
– die Kosten der Vormerkung einer Vinkulierung, Verpfändung oder Abtretung;
– die Kosten der Durchführung von nach dem Vertrag nicht geschuldeten Vertragsänderungen.
Die Höhe der jeweiligen Gebühren können Sie bei uns kostenfrei erfragen.
2. Aus der Nichtgeltendmachung von Kosten derartiger Mehraufwendungen, auch über einen längeren Zeitraum hinweg, kann kein Verzicht für die Zukunft abgeleitet werden.

Artikel 20 – Wie lange können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag geltend gemacht werden?

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 bekannt geworden ist. Ist dem Dritten sein Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.
2. Hat der Versicherungsnehmer bzw. ein berechtigter Dritter einen Anspruch angemeldet, so ist die Verjährung bis zum Erhalt einer Entscheidung des Versicherers in geschriebener Form gehemmt, die zumindest mit der Anführung einer der Ablehnung zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach zehn Jahren tritt die Verjährung jedenfalls ein.
3. Lehnt der Versicherer eine Leistung aus dem Vertrag ab, so ist er von der Verpflichtung zur Leistung endgültig frei, wenn der Anspruch vom Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten nicht innerhalb eines Jahres nach Erhalt der Ablehnung gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst zu laufen, nachdem die Leistung in geschriebener Form gegenüber dem Berechtigten in einer dem Abs. 2 entsprechenden Weise abgelehnt und gleichzeitig auf diese mit dem Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hingewiesen wurde. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Berechtigte ohne Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.