



## **BEDINGUNGEN für die Unfallversicherung für Motorradsportler (MSP-UVB 2013)**

**Versicherungsnehmer** ist die Person, die den Versicherungsvertrag mit der Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft abschließt.

**Versicherter (versicherte Person)** ist die Person, für welche die Leistungen nach Abschnitt B versichert werden können.

**Bezugsberechtigter** (Begünstigter) ist die Person, die für den Empfang einer bestimmten Leistung benannt ist.

**Versicherer** ist die Wüstenrot Versicherungs-Aktiengesellschaft mit dem Sitz in A-5033 Salzburg, Alpenstraße 61, FN 34521 t, Landes- als Handelsgericht Salzburg, DVR: 0035793.

# U 115/V01

Seite 2 von 13

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abschnitt A: Versicherungsschutz</b> .....	<b>3</b>
Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung .....	3
Artikel A.2 Versicherungsfall .....	3
Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich .....	3
Artikel A.4 Zeitlicher Geltungsbereich .....	3
Artikel A.5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung .....	3
Artikel A.6 Begriff des Unfalles .....	3
<b>Abschnitt B: Versicherbare Leistungen</b> .....	<b>4</b>
Artikel B.1 Unfallinvalidität .....	4
Artikel B.2 Unfalltod .....	5
Artikel B.3 Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS .....	5
Artikel B.4 Unfallpauschale .....	8
Artikel B.5 Unfallspitalgeld .....	8
Artikel B.6 Zusatzleistungen .....	8
Artikel B.7 Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung .....	8
Artikel B.8 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission) .....	9
<b>Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes</b> .....	<b>9</b>
Artikel C.1 Ausschlüsse .....	9
Artikel C.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes .....	9
<b>Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers</b> .....	<b>10</b>
Artikel D.1 Beitrag .....	10
Artikel D.2 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten .....	10
Artikel D.3 Obliegenheiten .....	11
<b>Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages</b> .....	<b>12</b>
Artikel E.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Altersgrenzen .....	12
Artikel E.2 Kündigung, Erlöschen des Vertrages .....	12
<b>Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen</b> .....	<b>12</b>
Artikel F.1 Rechtsstellung der am Vertrag beteiligten Personen .....	12
Artikel F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand .....	13
Artikel F.3 Form von Willenserklärungen und Anzeigen .....	13
Artikel F.4 Gebühren, Mehraufwendungen .....	13
Artikel F.5 Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde .....	13

## Abschnitt A: Versicherungsschutz

### Artikel A.1 Gegenstand der Versicherung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich ausschließlich auf Unfälle (Art. A.6), welche die versicherte Person bei der Teilnahme an motorsportlichen Veranstaltungen erleidet, sofern diese von einem Motorsportverband bzw. einem Motorsportveranstalter welcher von FIM (**Fédération Internationale de Motocyclisme**) anerkannt bzw. genehmigt sind. Die nationale Sporthoheit und die Umsetzung der FIM-Vorschriften wird in Österreich durch die OSK (**Oberste Nationale Sportkommission für den Kraftfahrtsport**) wahrgenommen.

Der Versicherungsschutz gilt für die Teilnahme an offiziellen Rennveranstaltungen weltweit; für offizielle Trainings- und Übungsfahrten auf offiziellen Trainingsstrecken EU-weit. Bei der Teilnahme an Wettbewerben ausländischer Veranstalter muss für Lizenzinhaber die Auslandsgenehmigung vorliegen.

Der Versicherungsschutz für die versicherte Person beginnt innerhalb des Versicherungszeitraumes mit dem Besteigen des Fahrzeuges unmittelbar vor dem offiziellen Start der Veranstaltung, bzw. dem Beginn des offiziellen Trainings auf der Rennstrecke. Der Versicherungsschutz endet mit dem Verlassen des Fahrzeuges nach der offiziellen Beendigung der Veranstaltung bzw. des Trainings. Bei Vorzeitiger Aufgabe endet der Versicherungsschutz mit dem Verlassen (Absitzen) des Fahrzeuges.

Mitversichert sind auch Fahrten auf offiziellen Rennstrecken und Trainingsstrecken von Privatpersonen, die zur Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten dienen.

**Die Leistungen, die versichert werden können, ergeben sich aus Abschnitt B. Aus der Versicherungsurkunde ist ersichtlich, welche Leistung(sart)en und Versicherungssummen auf Grund des Antrages versichert sind.**

### Artikel A.2 Versicherungsfall

Versicherungsfall ist der Eintritt eines Unfalles (Art. A.6).

### Artikel A.3 Örtlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt für die Teilnahme an offiziellen Rennveranstaltungen weltweit; für offizielle Trainings- und Übungsfahrten auf offiziellen Trainingsstrecken EU-weit.

### Artikel A.4 Zeitlicher Geltungsbereich

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

### Artikel A.5 Beginn des Versicherungsschutzes, vorläufige Deckung

#### 1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, sobald der Versicherer die Annahme des Antrages in geschriebener Form oder durch Zustellung der Versicherungsurkunde bestätigt und der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag rechtzeitig bezahlt hat (Art. D.1). Vor dem vereinbarten bzw. in der Versicherungsurkunde angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

Der Versicherungsschutz für die versicherte Person beginnt innerhalb des Versicherungszeitraumes mit dem Besteigen des Fahrzeuges unmittelbar vor dem offiziellen Start der Veranstaltung, bzw. dem Beginn des offiziellen Trainings auf der Rennstrecke. Der Versicherungsschutz endet mit dem Verlassen des Fahrzeuges nach der offiziellen Beendigung der Veranstaltung bzw. des Trainings. Bei Vorzeitiger Aufgabe endet der Versicherungsschutz mit dem Verlassen (Absitzen) des Fahrzeuges.

#### 2. Vorläufige Deckung

Soll der Versicherungsschutz vor der Einlösung der Versicherungsurkunde beginnen (vorläufige Deckung), ist eine besondere Zusage der vorläufigen Deckung durch den Versicherer erforderlich. Sie endet mit der Aushändigung der Versicherungsurkunde.

Der Versicherer ist berechtigt, die vorläufige Deckung mit einer Frist von einer Woche in geschriebener Form zu kündigen. Dem Versicherer gebührt in diesem Fall der auf die Zeit des Versicherungsschutzes entfallende Beitrag.

### Artikel A.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 körperliche Gesundheitsschädigung oder den Tod erleidet.
2. Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse
  - a) Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
  - b) Einatmen von Gasen oder Dämpfen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;

# U 115/V01

Seite 4 von 13

- c) Unfälle infolge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles, sowie ein Herzinfarkt oder Schlaganfall, der als Folge eines Unfalles eintritt;
  - d) Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen. Hinsichtlich krankhaft abnutzungsbedingter Einflüsse findet insbesondere Art. C.2 Pkt. 3, Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes, Anwendung.
3. Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Folgen von Insektenstichen und -bissen sowie Folgen von Tierbissen und Wundstarrkrampf sind mitversichert, wenn die Erkrankung frühestens 3 Monate nach Vertragsbeginn bzw. spätestens 3 Monate nach Vertragsende eintritt.
- Als Krankheitsbeginn (Zeitpunkt des Versicherungsfalles) gilt der Tag, an dem erstmals ein Arzt wegen der als Folge des Insektenstiches und -bisses sowie als Folge des Tierbisses diagnostizierten Krankheit, zu Rate gezogen wurde. Eine Leistung wird nur für Unfalldod oder Unfallinvalidität erbracht.

## Abschnitt B: Versicherbare Leistungen

Die nachstehend beschriebenen Leistungen können versichert werden.  
Die tatsächlich vereinbarten versicherten Leistungen und Versicherungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

### Artikel B.1 Unfallinvalidität

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. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Unfallinvalidität von einem hierzu befugten, unbefangenen Facharzt in geschriebener Form festgestellt und beim Versicherer - bei sonstigem Anspruchsverlust - schriftlich innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht wird.
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	80 %
eines Daumens	20 %
eines Zeigefingers	10 %
eines anderen Fingers	5 %
eines Beines	70 %
einer großen Zehe	5 %
einer anderen Zehe	2 %
der Sehkraft beider Augen	100 %
der Sehkraft eines Auges	50 %
des Gehörs beider Ohren	60 %
des Gehörs eines Ohres	30 %
des Geruchsinnes	10 %
des Geschmacksinnes	10 %
der Milz	10 %
der Niere	20 %
der Stimme	40 %

Bei teilweisem Verlust oder teilweiser Funktionsunfähigkeit der vorgenannten Körperteile oder Organe werden die vorstehend genannten Prozentsätze anteilig angewendet. Bei Funktionseinschränkungen von Armen und Beinen ist der Prozentsatz für die gesamte Extremität anteilig anzuwenden. Wenn bereits die zweite Niere vor dem Unfall oder als Unfallfolge beeinträchtigt ist, ist Punkt. 3 anzuwenden.

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.

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.
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.
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.
7. Stirbt der Versicherte
  - 7.1 unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht kein Anspruch auf Unfallinvaliditätsleistung;
  - 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;
  - 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.

## Artikel B.2 Unfalltod

1. Tritt innerhalb eines Jahres vom Unfalltag an gerechnet der Tod als Folge des Unfalles ein, wird die für den Unfalltod vereinbarte Versicherungssumme gezahlt.
2. Auf die Unfalltodleistung werden Zahlungen die für Unfallinvalidität aus demselben Ereignis geleistet worden sind angerechnet. Einen Mehrbetrag an Leistung für Unfallinvalidität kann der Versicherer nicht zurückverlangen.

## Artikel B.3 Unfallkosten-Assistanceleistungen 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). Die Leistungsbegrenzung von Assistanceleistungen ergeben sich aus Pkt. 3.1.1, 3.1.2, 3.3, 3.4.

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.

Bei Abschluss der Leistungsart Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS ist auch eine Beitragsbefreiung bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit mitumfasst. Eine nähere Beschreibung dazu ist in den "Bedingungen für die Zusatzversicherung Beitragsgutschrift bei unfreiwilliger Arbeitslosigkeit" enthalten.

Als Ausland gelten für die Teilnahme an offiziellen Rennveranstaltungen alle Länder der Erde mit Ausnahme der Republik Österreich und für offizielle Trainings- und Übungsfahrten auf offiziellen Trainingsstrecken alle Mitgliedstaaten der EU mit Ausnahme der Republik Österreich.

Der Begriff des **Unfalles** ist in Artikel A.6. definiert.

### 1. UNFALLKOSTEN sind:

- 1.1. Bergungs- und Transportkosten bis zu € 15.000,-
- 1.2. Verlegungskosten bis zu € 15.000,-
- 1.3. Rücktransport- und Rückholkosten (aus dem Ausland)
- 1.4. Überführungskosten (aus dem Ausland)
- 1.5. Heil- und Begleitkosten bis zu € 3.000,-
- 1.6. Behandlungskosten (im Ausland) bis zu € 36.500,-
- 1.7. Kosmetische Operationen bis zu € 15.000,-
- 1.8. Rehabilitationskosten bis zu € 12.000,-
- 1.9. Fixkostenersatz bis zu € 8.000,-

#### 1.1. Bergungs- und Transportkosten

1.1.1 Der Versicherer organisiert die Bergung bzw. Rettung und übernimmt die notwendigen Kosten bis zu € 15.000,-, wenn der Versicherte

- einen Unfall erlitten hat und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss, oder
- durch einen Unfall den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

# U 115/V01

Seite 6 von 13

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 bzw. EU-weit) und bei einer akuten Erkrankung (im Ausland) die Kosten bis zu € 15.000,- 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-Assistanceleistungen zur Gänze angerechnet, sodass für weitere Unfallkosten (vgl. Pkt. 1) und Assistanceleistungen (vgl. Pkt 3.) 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. Heilkosten

Pro Versicherungsfall werden Heilkosten im In- und Ausland bis zu € 3.000,- 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.

## 1.6. 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 € 36.500,- 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 € 15.000,-.

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 € 12.000,- durch den Versicherer übernommen. Voraussetzung dafür ist, dass die Kosten im Rahmen des durch den Versicherer organisierten Rehabilitationsmanagements laut Punkt 3.2 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. € 1.000,- 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 (gelten nicht für Assistenzleistungen gemäß Pkt. 3.)

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.

## 3. ASSISTANCELEISTUNGEN

Über die in Pkt. 1. angeführten Unfallkosten hinaus ist nach einem Unfall gemäß Artikel A.6. die Organisation und Kostenübernahme für die nachstehend angeführten Dienstleistungen mitversichert.

3.1. Dienstleistungen im Haushaltsbereich, soweit diese notwendig sind, von der versicherten Person in Folge eines Unfalles nicht durchgeführt und auch nicht von einer anderen im selben Haushalt des Versicherten lebenden Person übernommen werden können:

- Haushaltshilfe
- häusliche Versorgung der erkrankten oder verunfallten Person
- Essensversorgung
- Wohnungsreinigung
- Wohnungssicherung
- Versorgung und Betreuung von Kindern im selben Haushalt
- Versorgung und Betreuung von Haustieren im selben Haushalt
- unaufschiebbare Behördenwege.

3.1.1 Ersetzt werden die durch den Assistenten organisierten Leistungen durch Professionisten bis zu € 80,- pro Tag für einen Zeitraum von 6 Wochen ab dem ersten Tag der stationären Aufnahme in einem Krankenhaus bzw. ab dem Unfalltag.

3.1.2 Pro Kalenderjahr ist die Inanspruchnahme von Dienstleistungen im Haushaltsbereich auf insgesamt 6 Wochen beschränkt.

3.1.3 Die Kosten der Dienstleistungen gemäß Pkt. 3.1 werden nur in Österreich übernommen.

# U 115/V01

Seite 8 von 13

3.1.4 Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Dienstleistungen gemäß Pkt. 3.1 ist ein zumindest 24-stündiger Spitalaufenthalt des Versicherten aufgrund eines Unfalles. Die Dienstleistungen können bereits ab dem Eintritt der Unfallfolgen in Anspruch genommen werden, wenn die Voraussetzung eines mindestens 24-stündigen unfallbedingten Spitalaufenthaltes mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

## 3.2. Rehabilitationsmanagement

Nach einem Unfall mit dauernder Unfallinvalidität - wenn mit großer Wahrscheinlichkeit mit einer dauernden Invalidität von zumindest 35 % zu rechnen ist - werden in Österreich organisiert:

- Psychologische Beratung
- Beratung für Lebensplanung
- Beratung für Berufsumschulung
- Beratung für Wohnungsumbau
- medizinische Rehabilitationsmaßnahmen.

Entstehen dem Versicherten - durch vom Rehabilitationsmanagement veranlasste Maßnahmen - Kosten, so sind diese im Rahmen des Punktes 1.8 (Rehabilitationskosten) versichert.

3.3. Der Versicherer übernimmt nach einem Unfall im Ausland die Organisation und die innerhalb einer Woche nach dem Ereignis anfallenden notwendigen Kosten eines Dolmetschers bis zu einem Höchstbetrag von € 800,--.

3.4. Der Versicherer übernimmt nach einem Unfall die Organisation und die Kosten einer einmaligen Rechtsberatung über die rechtlichen Auswirkungen des Unfalles bis zu einem Höchstbetrag von € 100,--.

## Artikel B.4 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 € 2.000,--. 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. Nicht als Spitäler gelten z.B. Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.

## Artikel B.5 Unfallspitalgeld

1. Unfallspitalgeld wird für jeden Kalendertag, an dem sich die versicherte Person wegen eines Versicherungsfalles in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet, für längstens 365 Tage innerhalb von vier 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.
3. Nicht als Spitäler gelten z.B. Erholungs- und Genesungsheime, Altersheime und deren Krankenabteilungen sowie Kuranstalten, ferner Heil- und Pflegeanstalten für Nerven- und Geistesranke.

## Artikel B.6 Zusatzleistungen

Der Versicherer übernimmt die erforderlichen Kosten, die durch die Erfüllung der in Artikel D.3 Pkt. 2. bestimmten Obliegenheiten entstehen. Ausgenommen bleiben hiervon Kosten nach Artikel D.3 Pkt. 2.4.

Nicht ersetzt werden die Kosten für ärztliche Bestätigungen oder Gutachten, welche nicht durch den Versicherer beauftragt wurden. Gleiches gilt für die Kosten eines Rechtsbeistandes, außer die Beziehung war wegen eines vertragswidrigen Verhaltens des Versicherers geboten.

## Artikel B.7 Anspruchstellung, Fälligkeit der Leistung, Verjährung

1. Die Versicherungsleistung ist mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung(en) des Versicherers nötigen Erhebungen fällig. Die Fälligkeit tritt jedoch unabhängig davon ein, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf von zwei Monaten seit dem Begehren nach einer Leistung eine Erklärung des Versicherers verlangt, aus welchen Gründen die Erhebungen noch nicht beendet werden konnten und der Versicherer diesem Verlangen nicht binnen eines Monats entspricht.
2. Steht die Leistungspflicht nur dem Grunde nach fest, kann der Versicherungsnehmer Vorschüsse bis zu der Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen haben wird.
3. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Steht der Anspruch einem Dritten, so beginnt die Verjährung zu laufen, sobald diesem sein Recht auf die Leistung des Versicherers bekannt geworden ist. Ist dem Dritten dieses Recht nicht bekannt geworden, so verjähren seine Ansprüche erst nach zehn Jahren.



4. 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.
5. 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 der Versicherer die Leistung in geschriebener Form dem Versicherungsnehmer bzw. dem Berechtigten gegenüber in einer dem Absatz 4 entsprechenden Weise abgelehnt und gleichzeitig auf diese mit dem Ablauf der Frist verbundene Rechtsfolge hingewiesen hat. Die Frist ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch und für die Zeit, in der der Versicherungsnehmer bzw. der Berechtigte ohne Verschulden an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs gehindert ist, gehemmt.

## Artikel B.8 Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztekommission)

Bei diesem Versicherungsvertrag ist kein Ärztekommis­ sionsverfahren zur Klärung allfälliger Ansprüche aufgrund eines Unfalles vorgesehen. Ein solches kann jedoch im Einzelfall nach einem Unfallereignis von den Vertragsparteien vereinbart werden.

## Abschnitt C: Begrenzungen des Versicherungsschutzes

### Artikel C.1 Ausschlüsse

Ausgeschlossen von der Versicherung sind Unfälle der versicherten Person

1. als Berufsmotorsportler
2. wenn sie das 70. Lebensjahr überschritten hat;
3. bei privaten Trainingsfahrten, die den Charakter von Rennveranstaltungen haben und auf öffentlichen Wegen, Straßen und sonstigem Gelände durchgeführt werden;
4. bei der An- und Rückreise zum und vom Veranstaltungsort;
5. beim Versuch oder der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist;
6. die unmittelbar oder mittelbar mit Kriegsereignissen jeder Art zusammenhängen;
  - 6.1 Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt spätestens 14 Tage nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg.
7. infolge einer Bewusstseinsstörung hervorgerufen durch Drogen, Suchtmitteln, missbräuchlicher Verwendung von Medikamenten oder Trunkenheit (beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt 0,8 ‰ nicht übersteigt);
8. durch Gesundheitsschädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen und Eingriffe durch einen, von diesem Vertrag gedeckten, Unfall veranlasst waren.

### Artikel C.2 Sachliche Begrenzung des Versicherungsschutzes

1. Eine Versicherungsleistung wird nur für die durch den eingetretenen Unfall hervorgerufenen Folgen (körperliche Schädigung oder Tod) erbracht.
2. 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.

Die Vorinvalidität wird nach Artikel B.1 Pkt. 2. und 3. bemessen.
3. Haben schon vor dem Unfall bestandene Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis hervorgerufenen Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt oder die Unfallfolgen beeinflusst, wird
  - 3.1. im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
  - 3.2. bei Unfallspitalgeld die Anzahl der Leistungsbegründenden Tage,
  - 3.3. bei den sonstigen versicherten Leistungsarten die Versicherungsleistungentsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens verringert, sofern der Anteil der bestandenen Krankheiten oder Gebrechen mindestens 25 % beträgt. Dies gilt insbesondere für Verletzungen, die durch krankhaft abnutzungsbedingte Einflüsse verursacht oder mitverursacht worden sind.

4. 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.
5. 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.
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.

## Abschnitt D: Pflichten des Versicherungsnehmers

### Artikel D.1 Beitrag

1. Die Beiträge sind Jahres- oder einmalige Beiträge, die für den Versicherer kostenfrei zu bezahlen sind. Sie sind abhängig vom Wohnsitz der versicherten Person bei Abschluss des Vertrages.  
Die Beiträge können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten, dann jedoch auf Verlangen des Versicherers mit Zuschlägen (2 % für halbjährliche, 4 % für vierteljährliche und 5 % für monatliche Raten) bezahlt werden. Wird Ratenzahlung vereinbart, so hat der Versicherer trotzdem mit Beginn des Versicherungsjahres Anspruch auf den gesamten Jahresbeitrag; die nach der ersten Beitragsrate zu zahlenden Raten gelten bis zu den in der Vereinbarung festgelegten Fälligkeitsterminen gestundet.
2. Der erste und/oder einmalige Beitrag einschließlich Gebühren und der Versicherungssteuer in der jeweils geltenden Höhe ist vom Versicherungsnehmer gegen Aushändigung der Versicherungsurkunde und Aufforderung zur Beitragszahlung innerhalb von 14 Tagen zu zahlen (Einlösung der Versicherungsurkunde). Ist der erste oder einmalige Beitrag zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der vorgenannten Frist noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.  
Darüber hinaus kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf den Beitrag nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.
3. Folgebeiträge sind jeweils zu dem in der Versicherungsurkunde angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen. Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf dieser Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung des Folgebeitrages in Verzug, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages ohne sein Verschulden gehindert war.  
Darüber hinaus kann der Versicherer nach Ablauf der Frist das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung in Verzug ist. Die Kündigung kann bereits mit der Zahlungsfrist verbunden werden, so dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist.  
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 bereits der Versicherungsfall eingetreten ist.
4. Der Versicherer kann sowohl bei nicht rechtzeitiger Bezahlung des Folgebeitrages als auch des Erstbeitrages unter Setzung einer Nachfrist von zwei Wochen Terminverlust geltend machen und den noch offenen Beitrag (steil) für das laufende Versicherungsjahr - auch bei vereinbarter Ratenzahlung gemäß Pkt. 1. - sofort verlangen.
5. Im Übrigen gelten für die Folgen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung die §§ 38, 39 und 39a Versicherungsvertragsgesetz.

### Artikel D.2 Anzeige der Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung des Versicherten sowie besonders gefährlicher Freizeitaktivitäten

1. Veränderungen der im Antrag anzugebenden Berufstätigkeit, Beschäftigung oder der besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person sind unverzüglich in geschriebener Form anzuzeigen. Einberufungen zum ordentlichen Präsenzdienst, zum Zivildienst sowie zu kurzfristigen militärischen Reserveübungen gelten nicht als Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

- Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der versicherten Person nach dem zur Zeit der Veränderung gültigen Tarif des Versicherers ein niedrigerer Beitrag, so ist vom Zugang der Anzeige an nur dieser Beitrag zu bezahlen.
  - Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten ein höherer Beitrag, so wird auf die Dauer von drei Monaten ab dem Zeitpunkt, zu welchem dem Versicherer die Anzeige hätte zugehen müssen, auch für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten der volle Versicherungsschutz gewährt.
  - Tritt ein auf die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten zurückzuführender Versicherungsfall nach Ablauf der drei Monate ein, ohne dass inzwischen eine Einigung über den Mehrbeitrag erreicht worden wäre, so werden die Leistungen des Versicherers in der Weise bemessen, dass dem Vertrag als Versicherungssummen jene Beträge zugrunde gelegt werden, welche sich nach den für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten erforderlichen Beitragssätzen aufgrund der tatsächlichen in der Versicherungsurkunde berechneten Beiträge ergeben.
2. Bietet der Versicherer für die neue Berufstätigkeit, Beschäftigung oder die besonders gefährlichen Freizeitaktivitäten grundsätzlich keinen Versicherungsschutz an, finden die Bestimmungen der §§ 23ff. VersVG (Gefahrenerhöhung) Anwendung. Nach diesen kann der Versicherer den Vertrag bei Vorliegen einer Gefahrenerhöhung mit sofortiger Wirkung kündigen. Das Kündigungsrecht erlischt, wenn der Versicherer hiervon nicht innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Gefahrenerhöhung Gebrauch macht. Zudem ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Unfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt.
3. Als besonders gefährliche Freizeitaktivitäten gelten solche, die aufgrund des erhöhten Unfallrisikos hinsichtlich des vereinbarten Versicherungsschutzes zu einer Gefahrenerhöhung führen. Dazu zählen beispielsweise: Paragleiten, Snowboarden, Canyoning, Rafting, Boxen, Kampfsportarten, Klettern (ab Schwierigkeitsgrad 4), Tauchen ab einer Tauchtiefe von 40 Metern, Teilnahme an Expeditionen, etc.. Eine Gefahrenerhöhung liegt dann vor, wenn durch erhebliche Änderung der Umstände der Eintritt des Versicherungsfalles wahrscheinlicher wird.

## Artikel D.3 Obliegenheiten

### 1. Obliegenheiten vor Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheit, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 2 VersVG bewirkt, wird bestimmt, dass der Versicherte als Lenker eines Kraftfahrzeuges 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. Die Leistungsfreiheit des Versicherers tritt nicht ein, 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.

### 2. Obliegenheiten nach Eintritt des Versicherungsfalles

Als Obliegenheiten, deren Verletzung die Leistungsfreiheit des Versicherers gemäß § 6 Abs. 3 VersVG bewirkt, werden bestimmt:

2.1 Ein Unfall ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche, in geschriebener Form anzuzeigen.

2.2 Ein Todesfall ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen und zwar auch dann, wenn der Unfall bereits gemeldet ist.

2.3 Dem Versicherer ist das Recht einzuräumen, die Leiche durch Ärzte besichtigen zu lassen.

2.4 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.

2.5 Die Unfallmeldung ist dem Versicherer unverzüglich zuzusenden; außerdem sind dem Versicherer alle verlangten sachdienlichen Auskünfte zu erteilen. Im Leistungsfall ist eine offizielle Bestätigung des Veranstalters über die ordnungsgemäße Teilnahme des Versicherten an der jeweiligen Veranstaltung einzureichen

2.6 Der behandelnde Arzt oder die behandelnde Krankenanstalt sowie diejenigen Ärzte oder Krankenanstalten, von denen der Versicherte aus anderen Anlässen behandelt oder untersucht worden ist, sind zu ermächtigen und aufzufordern, 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.

2.7 Die mit dem Unfall befassten Behörden sind zu ermächtigen und zu veranlassen, die vom Versicherer verlangten Auskünfte zu erteilen.

2.8 Der Versicherer kann verlangen, dass sich der Versicherte durch die vom Versicherer bezeichneten Ärzte untersuchen lässt.

2.9 Wird Anspruch auf die Unfallpauschale gestellt, so ist dem Versicherer, nach der Entlassung aus dem Spital eine Aufenthaltsbestätigung der Spitalsverwaltung mit angegebener Diagnose zuzusenden.

2.10 Im Falle der Mitversicherung von Unfallkosten-Assistanceleistungen PLUS sind dem Versicherer die Originalbelege zu überlassen.

2.11 Die Leistungsfreiheit des Versicherers tritt nicht ein, wenn die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt. Insofern sich der Vorsatz nicht darauf bezieht, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die für die Feststellung der Leistungspflicht wesentlichen Umstände zu beeinträchtigen, besteht Leistungspflicht des Versicherers, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss hat.

## Abschnitt E: Vertragsdauer, Ende des Versicherungsvertrages

### Artikel E.1 Versicherungsperiode, Vertragsdauer, Altersgrenzen

1. Als Versicherungsperiode gilt der Zeitraum eines Jahres.
2. Wird der Versicherungsvertrag auf eine bestimmte Zeit abgeschlossen, so verlängert sich der Vertrag jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der Vertragsdauer bzw. zum Ende jeder nachfolgenden Versicherungsperiode in geschriebener Form gekündigt wird.
3. Versicherungsschutz besteht maximal bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.

### Artikel E.2 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 seine Anerkennung verzögert. In diesen Fällen ist die Kündigung vorzunehmen innerhalb eines Monats
    - nach Ablehnung des gerechtfertigten Anspruches auf die Versicherungsleistung;
    - nach Rechtskraft des Urteiles im Fall eines Rechtsstreites vor Gericht;Die Kündigung kann per sofort 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 vorzunehmen innerhalb eines Monats
    - 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.
  - 1.3 Dem Versicherer gebührt der auf die verstrichene Vertragslaufzeit entfallende anteilige Beitrag.
2. Erlischt der Vertrag, weil der Versicherte gestorben ist oder wird der Vertrag vorzeitig aufgelöst, so gebührt dem Versicherer der Beitrag nur für die bis dahin verstrichene Vertragslaufzeit.
3. Ordentliche Kündigung (vgl. Art. E.1 Pkt. 2).

## Abschnitt F: Sonstige Vertragsbestimmungen

### Artikel F.1 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 §§ 75 bis 79 VersVG 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 notwendig.

Ist der andere geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt und steht die Vertretung in den ihn betreffenden Angelegenheiten dem Versicherungsnehmer zu, so kann dieser den anderen bei der Erteilung der Zustimmung nicht vertreten.

2. Alle für den Versicherungsnehmer getroffenen Bestimmungen gelten sinngemäß auch für Versicherte 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 F.2 Erfüllungsort, Gerichtsstand

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 F.3 Form von Willenserklärungen und Anzeigen

1. Für alle Erklärungen und Informationen des Versicherungsnehmers, versicherten Personen oder sonstigen Dritten 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 Person 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.
3. Die mit der Vermittlung von Versicherungsgeschäften betrauten Personen sind nicht bevollmächtigt, Erklärungen für den Versicherer abzugeben oder Geld bzw. Geldeswert für den Versicherer in Empfang zu nehmen.

## Artikel F.4 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 F.5 Vertragsrecht, Versicherungsaufsichtsbehörde

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